

DOSSIER DE PRESSE

Voyage au centre de vos pratiques

*Mieux identifier les particularités d'exercice
des médecins généralistes en Ile-de-France*

Présentation de l'enquête menée par
le Comité "médecins à exercice particulier" (comité MEP) de l'URML Ile-de-France

Conférence de presse

Jeudi 19 juin 2008

Autour de :

- **Dr Daniel Scimeca,**
Médecin homéopathe, président du Comité MEP de l'URML IdF
- **Dr Pierre Popowski,**
Pédiatre, membre du Comité MEP et secrétaire général adjoint de l'URML IdF
- **Dr François Wilthien,**
Médecin généraliste, secrétaire général de l'URML IdF

Contact Presse :

Sylvie Courboulay, Responsable communication URML Ile-de-France - Tél : 01 40 64 56 91
sylvie.courboulay@urml-idf.org

Les pratiques des médecins généralistes en Ile-de-France : un désir de singularité

Les médecins à exercice particulier (médecin MEP) existent-ils ? Oui, selon l'Assurance maladie, qui recensait au 31 décembre 2005, 6 803 MEP France entière, soit 11 % des médecins généralistes. Pas si sûr, si l'on analyse les résultats de l'enquête menée par l'Union régionale des médecins libéraux d'Ile-de-France, qui a enquêté auprès de 1 774 médecins généralistes franciliens sur leur pratique au quotidien. Le portrait d'un nouveau médecin généraliste se dessine : le médecin à orientation particulière.

Médecin à exercice particulier est le qualificatif d'usage pour désigner les médecins généralistes pratiquant les médecines alternatives (homéopathie, acupuncture...), des spécialités non reconnues comme telles comme l'allergologie ou l'angiologie ou encore les médecins libéraux membres d'associations d'urgentistes. Cette énumération à la Prévert permet-elle de dégager des caractéristiques communes, des pratiques particulières homogènes qui justifieraient encore leur appartenance à une même entité ? Pour le savoir, l'URML a souhaité dresser l'état des lieux à partir des pratiques de l'ensemble des omnipraticiens mais également croiser ces réponses avec la façon dont ils envisageaient leur exercice, en s'affranchissant des typologies existantes.

La méthode a donc été la suivante : après avoir interrogé l'ensemble des omnipraticiens sur leurs pratiques, l'URML leur a ensuite demandé d'une part s'ils considéraient avoir une orientation particulière et d'autre part si le terme de « MEP » leur convenait. Aux côtés des médecins généralistes traditionnels (907 MGT) et des médecins à exercice particulier (224 MEP), un troisième groupe de 543 médecins a alors émergé, plus nombreux que les MEP : les médecins à orientation particulière (les MOP). Les réponses à chaque question ont ensuite été analysées selon l'appartenance des médecins au groupe des MGT, des MOP et des MEP.

► MOP : médecins généralistes avant tout

Selon la définition européenne de la médecine générale en onze critères élaborée par la Wonca*, l'enquête de l'URML révèle que les médecins généralistes traditionnels et les MOP répondent tous aux huit mêmes critères. Ils partagent une identité commune.

Pour tous, la qualité relationnelle avec le patient est primordiale. La pédagogie et la prévention sont au cœur de leurs pratiques (plus de 98 %). Ils souhaitent que la médecine soit davantage orientée sur la relation et le contact humain. Ils travaillent en lien avec d'autres professionnels de soins primaires pour 85 % d'entre eux.

Un tiers seulement des omnipraticiens franciliens ont formalisé une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles. En revanche plus de 86 % consacrent une partie de leur temps à la formation médicale continue.

Par rapport à la définition de la Wonca*, les MOP se distinguent seulement pour trois critères : ils sont moins souvent médecins de premier recours que leurs confrères,

remplissent moins souvent le rôle de coordinateurs des soins. Enfin, ils attachent une importance moins grande à la médecine basée sur des preuves (*evidence based medicine*) qu'aux outils thérapeutiques alternatifs (homéopathie, ostéopathie, acupuncture).

Les outils thérapeutiques intervenants dans la pratique de chacune des catégories de médecins révèlent leur spécificité. Ainsi, les MOP utilisent davantage, dans l'ordre décroissant, l'homéopathie (9,2 %), l'acupuncture (6,1 %) et l'ostéopathie (4,6 %).

► Un désir de singularité partagé

Les médecins généralistes traditionnels, qui n'ont pourtant pas le sentiment d'avoir une orientation particulière, reconnaissent pourtant utiliser certains outils thérapeutiques, et ce davantage que leurs homologues MOP en ce qui concerne le conseil diététique (25 %), l'entretien prolongé (22 %), la psychothérapie (13 %) ou l'allergologie (7 %).

Sans surprise, si les MOP sont plus nombreux à penser que la médecine devrait utiliser davantage des outils thérapeutiques alternatifs chaque fois que c'est possible (près d'un tiers d'entre eux), un médecin généraliste traditionnel sur cinq partage également cet avis. En revanche les MOP sont moins nombreux que leurs confrères à souhaiter que la médecine soit plus scientifique et orientée sur la médecine basée sur les preuves (24 % contre 31 % des MGT).

Notre enquête démontre qu'il n'y a pas de médecins dont « l'exercice » serait particulier, il n'existe que des médecins qui peuvent avoir une orientation diagnostique ou thérapeutique particulière, que nous avons appelé en conséquence les médecins « à orientation particulière ». Plus généralement, l'étude montre que tous les médecins sont à la recherche d'une singularité, visible pour ceux qui pratiquent l'homéopathie ou l'ostéopathie, moins visible lorsqu'ils pratiquent la diététique ou la psychothérapie comme de nombreux médecins généralistes « traditionnels ». Un désir de singularité pour lutter contre le burn out ?

*Wonca : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Dr Daniel Scimeca, président du comité MEP – Tél. : 06 64 33 08 85

Dr Michel Roueff, président de l'URML Ile-de-France – Tél. : 06 20 80 73 67

Contact presse : Sylvie Courboulay T : 01 40 64 56 91 - mail : sylvie.courboulay@urml-idf.org

SOMMAIRE

PARTIE 1	
Etre MEP a-t-il un sens ?.....	5
▶ Constat : une définition floue	5
▶ Objectif et méthode	5
PARTIE 2	
Résultats : Emergence du médecin à orientation particulière.....	8
▶ MEP, MOP, MGT : médecin généraliste avant tout	8
▶ MEP et MOP : trois différences essentielles.....	9
▶ Médecin généraliste traditionnel : un MOP qui s'ignore ?.....	11
PARTIE 3	
Recommandations du Comité MEP.....	13
▶ Le terme MEP Est invalide.....	13
▶ Le terme MOP leur convient davantage pour définir leur pratique.....	13
▶ Des pistes de réflexions.....	13
PARTIE 4	
L'URML Ile-de-France	14
▶ Ses missions	14
▶ Le comité MEP.....	14
ANNEXE 1	
Questionnaire.....	15
ANNEXE 2	
Médecine générale : définition européenne de la WONCA.....	17

PARTIE 1

Etre MEP a-t-il un sens ?

► Constat : une définition floue

Dans les années 70, les omnipraticiens / spécialistes ayant un mode de diagnostic et/ou thérapeutique différents des omnipraticiens « classiques » se sont vus attribuer par la CNAMTS le terme de **médecin à exercice particulier** (MEP). Depuis cette date, la ventilation des médecins à exercice particulier reste un exercice difficile, car leurs activités recouvrent une multitude de pratiques sans pour autant être recensées ou déclarées de manière exhaustive.

Ce terme MEP est flou car les médecins ont du mal à s'y reconnaître.

En 2001, l'étude de la DREES¹ a comptabilisé 95 000 omnipraticiens dont 5 000 MEP (5,2 % des omnipraticiens) et 17 000 praticiens à orientations complémentaires (17,89 % des omnipraticiens). En 2003, le Baromètre Santé 2003² a comptabilisé 65,3 % médecins pratiquant un mode d'exercice particulier occasionnellement ou systématiquement. Au 31 décembre 2005, la CNAMTS estimait le nombre d'omnipraticiens libéraux à 64 332 dont 6 803 MEP (10,57 % des omnipraticiens).

Ces chiffres montrent donc que dans la mesure où le terme MEP n'est pas clairement défini dans un texte réglementaire, peu d'éléments permettent d'homogénéiser ces pratiques et leur recensement.

Généralement, il s'agit avant tout d'une **pratique volontairement déclarée** par le médecin. Tout médecin pratiquant un exercice particulier peut ainsi se définir comme omnipraticien, spécialiste ou MEP.

Par ailleurs nombreux sont les médecins généralistes qui ont une activité ponctuelle de MEP et qui, dans leurs pratiques quotidiennes, s'inscrivent pleinement dans la définition du médecin de famille établie par la WONCA³ en 2002.

De ce fait, le terme MEP est-il un terme de façade ? Quelle est la réalité d'exercice d'un MEP ? Les médecins pratiquant une mode d'exercice particulier se considèrent-ils comme médecin traitant ou non ?

► Objectif et méthode

Objectifs

Afin de recenser et clarifier le mode d'exercice de ces médecins, le comité d'enquête MEP de l'Union régionale des médecins libéraux d'Île-de-France (URML IdF) a lancé une enquête auprès de tous les médecins généralistes franciliens. Pour répondre à ces questions, le Comité a souhaité interroger tous les omnipraticiens franciliens et s'intéresser à leur pratique quotidienne pour mieux la qualifier.

¹ Etude DREES « Les médecins omnipraticiens au 1^{er} Janvier 2000 », N°99- janvier 2001

² Baromètre Santé -Médecins Pharmaciens- 2003 – « Le mode d'exercice particulier »

³ WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Parmi les objectifs poursuivis, on notera la volonté de :

- Comparer la pratique des médecins traitant et la pratique des médecins à exercice particulier ;
- Mesurer le nombre de ceux qui se considèrent comme MEP ;
- Mesurer le nombre de ceux qui se considèrent comme médecin traitant, ou médecin de famille ;
- Etudier la pratique des MEP ;
- Analyser le terme MEP dans la pratique médicale ;
- Qualifier la pratique des omnipraticiens.

Méthodologie

La méthodologie choisie est une méthode quantitative par questionnaire. Le questionnaire, parfaitement anonyme, a été envoyé par voie postale et par voie électronique à l'ensemble des médecins libéraux généralistes et omnipraticiens de la région francilienne soit 9 479 praticiens. Le questionnaire était auto-administré. Afin de donner à cette étude une valeur réglementaire, la majorité des questions s'appuient sur les critères de la WONCA, d'autres questions sont plus spécifiques et sont destinées à enrichir la connaissance de la pratique du MEP.

Questionnaire

Le questionnaire de l'enquête a été élaboré par le Comité de Réflexion MEP de l'URML IdF. Il se divise en quatre parties concernant :

- Les patients ;
- L'art exercé (ou exercice particulier) ;
- L'avis du professionnel de soins ;
- L'identification et la typologie du professionnel de soins.

Administration

→ *Modalité de recrutement des médecins*

Le questionnaire a été envoyé à partir du mois d'octobre 2007 à la totalité des médecins généralistes et omnipraticiens libéraux exerçant en Ile-de-France soit 9 479 praticiens. Le fichier a été constitué à partir de la base des adhérents à l'URML Ile-de-France.

→ *Mode d'administration du questionnaire*

La méthodologie choisie est une méthode quantitative par questionnaire. Le questionnaire a été envoyé par voie postale accompagné d'un courrier explicatif et d'une enveloppe réponse T. Les retours ont été comptabilisés jusqu'au 19 novembre 2007. Les médecins avaient également la possibilité de répondre au questionnaire sur le site Web de l'URML IdF.

Traitement

L'exploitation des résultats a été effectuée en fin d'année 2007 et début du premier trimestre 2008. Pour l'analyse, les non-réponses ont été ignorées et les réponses ont été traitées sur l'ensemble des médecins répondants. L'analyse a été effectuée à partir de tris à plat et de tris croisés. Pour comparer les pratiques des médecins, on a distingué à travers l'étude 3 catégories de médecins, qui ont fait l'objet d'une analyse sous tris croisés uniquement.

Ces trois catégories de médecins ont été définies par rapports aux réponses données aux deux dernières questions du questionnaire :

- Question 23 : « **Vous considérez-vous comme médecin ayant une orientation particulière ?** ».
- Question 24 : « **Le terme MEP vous convient-il ?** »

Catégorie 1 : Les « *médecins généralistes traditionnels* » (**MGT**) sont ceux ayant répondu « NON » à la question 23. On dénombre 1189 MGT, soit 68,6 % des médecins interrogés.

Catégorie 2 : Les « *médecins à exercice particulier* » (**MEP**) sont ceux ayant répondu « OUI » à la question 24 « Le terme MEP vous convient-il ? » (224 médecins).

Catégorie 3 : Enfin les « *médecins ayant une orientation particulière* » (**MOP**) sont ceux ayant répondu « OUI » à la question 23 « Vous considérez-vous comme médecin ayant une orientation particulière ? » (543 médecins).

PARTIE 2

Résultats :

Emergence du médecin à orientation particulière

L'enquête, menée sans aucune relance, a généré un taux de réponse de 18,7 %, soit 1 774 répondants, un taux de participation intéressant.

Les médecins généralistes ayant répondu ont une répartition selon l'âge proche de celle observée sur l'ensemble des médecins généralistes libéraux franciliens ; la part des répondants de plus de 50 ans et moins de 60 ans représente 55,9 %. La répartition des répondants selon le sexe est également proche de la population médicale libérale en Ile-de-France avec 66,9 % d'hommes et 33,1 % de femmes. La répartition des réponses selon le département actuel d'exercice est à l'image de la répartition de l'ensemble des médecins généralistes libéraux sur le territoire francilien. Les médecins sont à 88 % urbains, 10 % en zone semi-rurale et 2 % en zone rurale.

► MEP, MOP, MGT : médecin généraliste avant tout

Tous les médecins généralistes partagent des pratiques communes, et sont donc des médecins généralistes avant tout :

Des similitudes dans la relation patient-médecin

Aussi bien pour les médecins généralistes « traditionnels », médecins à mode d'exercice particulier (MEP) et médecins à orientation particulière (MOP), on note des similitudes dans la relation patient-médecin. En effet, la communication et la qualité de la relation est importante avec plus de 99 % de médecins qui privilégient ces aspects relationnels. Ainsi, ils acceptent également à plus de 93 % la demande des patients indépendamment de leur sexe et de leur âge. Par ailleurs, plus de 92 % des médecins répondent aux problèmes de santé de leurs patients dans plusieurs dimensions : psychique, psychologique, sociale, culturelle, et existentielle. Plus de 94 % des médecins sont sensibles à une approche centrée sur la personne dans les dimensions individuelles, familiales et communautaires.

Des pratiques comparables

Les trois types de médecins (traditionnels, MEP, MOP) ont des pratiques qui se ressemblent, ils assurent dans des proportions équivalentes le suivi des ALD, des diabétiques, des pathologies cardiovasculaires, des cancéreux, des surcharges pondérales, et également des pathologies lourdes. Cependant, les pathologies lourdes et les cancers sont plutôt suivis par les médecins généralistes « traditionnels ».

Par ailleurs, les médecins travaillent rarement avec d'autres professionnels de soins primaires. Les médecins généralistes traditionnels collaborent davantage (40 %) avec les professionnels de soins primaires.

Démarche Qualité

Plus de 98 % des médecins font de la pédagogie et de la prévention auprès de leurs patients, ils sont cependant rarement impliqués dans les actions de santé publique, de plus 32 % ne sont aucunement impliqués dans ce type d'actions. Certains médecins n'adhèrent pas à une démarche qualité, soit du fait d'un déficit d'information soit que leur évaluation des pratiques professionnelles a déjà été réalisée. On peut cependant remarquer que les médecins sont très intéressés par la formation médicale continue.

Un tiers seulement des omnipraticiens franciliens ont formalisé une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles. En revanche plus de 86 % consacrent une partie de leur temps à la formation médicale continue.

On remarque ainsi que les MGT, MEP, et MOP ont des pratiques semblables du fait de leur formation mais également car ils ont le titre de médecins généraliste avant tout. Cependant, des différences existent.

► MEP, MOP et MGT : trois différences essentielles

Quelques caractéristiques sociodémographiques distinguent les MEP ET MOP des médecins généralistes traditionnels : les MEP et MOP ont plus tendance à s'installer en cabinet individuel par rapport au médecin généraliste traditionnel qui préfère à 54,4 % exercer en cabinet de groupe. La féminisation est présente à 36,8 % chez le MOP et MEP. Les hommes restent à 69,1 % médecin généraliste traditionnel.

On retrouve plus de MEP et MOP entre 50 ans et 60 ans que de médecins traditionnels, alors que les moins de 50 ans restent des médecins généralistes traditionnels.

Au-delà, des différences de pratique existent également entre les médecins généralistes traditionnels, les MEP et les MOP.

1. Premier recours et coordination des soins

Les médecins généralistes traditionnels se considèrent médecin de premier recours à 98,9 %, par ailleurs, ils encouragent des patients à les désigner comme médecin traitant (98,5 %) et à les consulter pour tout problème de santé (85,5 %), devenant le médecin de premier recours. Les médecins généralistes traditionnels ont recours à 73 % à d'autres spécialités, sans pour autant privilégier les patients envoyés par leurs confrères (rarement pour 68,8 % et majoritairement à 5,5 %).

On observe que les MOP et MEP souhaitent à 14,1 % être rarement le coordinateur des recours aux spécialistes et même ne pas l'être du tout à 34,3 %. Au contraire, les médecins généralistes traditionnels désirent en grande majorité avec 76,3 % être le coordinateur de ces recours.

Les résultats concernant la coordination des soins et le premier recours sont donc opposés entre les MEP et les MOP d'une part, les MGT de l'autre.

2. Les outils thérapeutiques de leur art

La majorité (plus de 75 %) des médecins basent leur pratique et leurs décisions sur les données de la littérature. Les MOP et MEP utilisent dans leur pratique des outils thérapeutiques spécifiques assez similaires comme l'**acupuncture**, l'**homéopathie**, l'**ostéopathie**. Tandis que les médecins généralistes traditionnels utilisent des outils thérapeutiques en relation avec le patient comme l'allergologie (6,8 %), le conseil diététique (24,8 %), l'entretien prolongé (22,2 %), la psychothérapie (13,3%). D'autres pratiques comme l'angiologie, la médecine du sport, la phytothérapie, et la phlébologie sont assez similaires aux 3 groupes de répondants (MG, MEP et MOP).

3. Les orientations médicales

Parmi les MEP et MOP, seuls 31,8 % pensent que la médecine devrait davantage utiliser les outils thérapeutiques alternatifs chaque fois que cela soit possible. Aussi bien les MOP, MEP ou médecins généralistes traditionnels pensent que la médecine devrait davantage s'orienter sur la relation et le contact humain. Cependant, les médecins généralistes traditionnels sont plus nombreux (30,7 %) à penser que la médecine devrait être plus scientifique et orientée sur l'EBM et sur les preuves.

Les outils thérapeutiques intervenant dans la pratique des médecins généralistes

	Médecin à orientation particulière (MOP)	Médecin généraliste traditionnel (MGT)	Médecin à exercice particulier (MEP)
Acupuncture	6,1	1,7	7,7
Allergologie	5,1	6,8	4,6
Angiologie	5,4	4,4	4,3
Conseil diététique	17,5	24,8	17,8
Entretien prolongé	16,4	22,2	15,9
Homéopathie	9,2	3	12
Médecine du sport	6,4	7,5	4,8
Ostéopathie	4,6	2,1	4,9
Psychothérapie	10,2	13,3	9,9
Phytothérapie	4,8	4,3	5,2
Phlébologie	3,7	3,8	4,1
Thérapie Cognitive	3,4	2	3
Autre	7,1	3,9	5,7
Total	100	100	100

► Médecin généraliste traditionnel : un MOP qui s'ignore ?

L'existence de travaux antérieurs dans d'autres URML avait montré les limites d'une étude descriptive et naturaliste du phénomène MEP. Le comité a d'abord étudié le terme MEP à son origine pour constater le flou total de sa naissance et le flou encore plus total de son périmètre.

A travers cette étude, on a remarqué que sur les 11 critères de la définition de WONCA, 7 sont identiques (A, B, C, D, G, I, K) chez les médecins généralistes traditionnels et les MOP. Sur les 4 restants (E, F, H, J), le critère lié à « la responsabilité de santé publique dans la communauté » est également identique dans les deux populations (cf. Q17 de l'enquête).

Il reste donc 3 critères sur lesquels les MGT et les MOP diffèrent :

- le **premier recours** : « la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient » (cf. Q10).
- l'**EBM** : « démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires » (cf. Q12).
- la **PDS** : « intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide » (cf. Q20).

Les résultats de l'enquête nous ont orientés dans trois directions conclusives :

1. Le terme MEP est invalidé et doit être abandonné

Le terme MEP est considéré comme trop flou. L'étude montre très clairement que tous les médecins interrogés se retrouvent sur une identité commune : **un exercice médical unique avec de nombreuses préoccupations et valeurs communes**. Les orientations thérapeutiques d'un médecin ne préjugent pas d'une méthodologie univoque et universelle : la démarche médicale. Celle-ci suppose un mode de recrutement éthique, un interrogatoire et une prise en compte de l'individu dans sa globalité personnelle sociale, etc. (voir les 11 critères de la Wonca 2002), un examen clinique et un diagnostic avec les outils objectifs de la science et subjectifs de la relation humaniste.

Il n'y a pas de médecins dont l'exercice serait particulier, il n'existe que des médecins qui peuvent avoir une orientation diagnostique ou thérapeutique particulière.

2. Un certain nombre de confrères présentent une singularité, une spécificité

L'étude montre que si le MEP n'est pas signifiant, il se dégage un groupe de praticiens qui présentent quelques singularités. Ils sont davantage consultants que le groupe général et font sensiblement plus de deuxième intention. Ils sont légèrement moins les médecins traitants de leurs patients et ont un peu moins recours aux spécialistes. Ils ont une caractéristique commune : **une orientation thérapeutique particulière**.

Ces médecins à orientation particulière (MOP) ont donc une singularité thérapeutique, qui se résume presque exclusivement à trois domaines de la thérapeutique : **homéopathie, acupuncture et ostéopathie**. L'étude montre cependant que la dimension globaliste, sociale, systémique de leur approche, dont ils arguent généralement, ne les distingue pas du groupe général.

3. Il existe des critères inattendus communs à tous les médecins, mis en évidence par l'enquête du Comité de l'URML IDF

La dimension individuelle, la notion d'entretien prolongé et l'approche nutritionnelle de la maladie, de même que l'approche globale sociale et systémique sont l'apanage de tous les médecins.

Paradoxalement, un pourcentage légèrement supérieur de médecins « non MOP » s'oriente vers la psychothérapie, l'entretien prolongé ou la diététique.

L'étude montre que la recherche d'une singularité n'est pas une particularité des seuls MOP mais concernent tous les praticiens. Les MOP expriment ce besoin de singularité dans leur pratique de manière visible dans des orientations telles que l'homéopathie, l'ostéopathie ou l'acupuncture, alors que le reste des médecins généralistes l'exprime de manière inapparente dans la diététique ou l'approche psychosociale.

Il n'existe donc pas de monopole de la globalité ou de la relation thérapeutique mais bien une universalité du désir de singularité.

Un hiatus apparaît entre deux vecteurs

L'aspiration de tous les médecins à exercer la dimension « artistique » de la médecine, tout en utilisant les outils de la science.

La formation initiale des médecins mais aussi post-universitaire et médiatique qui leur enjoignent de n'exercer que la dimension scientifique.

Il existe une aspiration de tous les médecins à exercer la médecine de manière scientifique tout autant qu'artistique.

Le terme MEP est invalide, il convient de lui substituer par exemple le terme MOP (médecin à orientation particulière) pour désigner un médecin ayant une orientation thérapeutique préférentielle dans une démarche qui reste médicale avant tout.

Les MOP comme les MG classiques sont attachés à une dimension humaniste globale de leur exercice.

Notre enquête démontre donc qu'il n'y avait pas de médecins dont « l'exercice » serait particulier, il n'existe que des médecins qui peuvent avoir une orientation diagnostique ou thérapeutique particulière, que nous avons appelé en conséquence les médecins « à orientation particulière ».

Plus généralement, l'étude montre que tous les médecins sont à la recherche d'une singularité, visible pour ceux qui pratiquent l'homéopathie ou l'ostéopathie, moins visible lorsqu'ils pratiquent la diététique ou la psychothérapie comme de nombreux médecins généralistes « traditionnels ». Un désir de singularité pour lutter contre le burn out ?

PARTIE 3

Recommandations du Comité MEP

Le comité a adopté dès le départ une attitude sceptique à l'égard du terme MEP, en essayant de découvrir la pratique des médecins à partir des critères de définition de la médecine générale par la WONCA⁴. A travers cette enquête, le terme MEP a été invalidé. Les résultats ont pu démontrer qu'un certain nombre de confrères présentait leur activité comme une singularité et même comme une spécificité. La caractéristique commune qui les rassemble est l'orientation thérapeutique particulière qui dévoile la singularité de leur pratique, d'où leur dénomination de « MOP ». Toutefois, certains outils thérapeutiques montrent que la recherche d'une singularité n'est pas une particularité des seuls MOP mais semble concerner tous les praticiens. Ainsi, il y aurait donc une universalité du désir de singularité, remède essentiel pour lutter contre l'épuisement professionnel (le Burn-Out) et la démotivation.

Les recommandations formulées par le comité sont :

► Le terme MEP est invalide

A travers cette enquête, le terme MEP a été invalidé. Il appartiendra, avec l'aide des organismes institutionnels, d'évaluer la pertinence de l'abandon de ce vocable et de son remplacement par celui, par exemple, de médecin à orientation particulière.

► Le terme MOP leur convient davantage pour définir leur pratique

Le pourcentage important de confrères se désignant comme MOP devrait inciter les pouvoirs publics à inclure dans le cursus universitaire l'enseignement de ces différentes orientations thérapeutiques.

► Des pistes de réflexions

Des référentiels devraient être élaborés, tenant compte de ces orientations thérapeutiques particulières, pour l'EPP et la FMC, voire l'évaluation des compétences.

La recherche d'une singularité dans l'exercice de la médecine semble être une piste intéressante dans la prévention de l'épuisement professionnel (burn-out).

⁴ Cf. annexe 1 : Définition européenne de la médecine générale – médecine de famille - WONCA Europe 2002

PARTIE 4

L'URML Ile-de-France

► Ses missions

Les Unions régionales des médecins libéraux ont été créées par la loi 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie. Elles contribuent à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins.

En Ile-de-France, l'URML représente 25.000 médecins libéraux, médecins généraliste et spécialistes confondus, exerçant en cabinet libéral ou en clinique.

Ses missions définies par la loi sont les suivantes :

- analyse et étude relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux ;
- évaluation des comportements et des pratiques ;
- organisation et régulation du système de santé ;
- prévention et actions de santé publique ;
- coordination avec les autres professionnels de santé ;
- information et formation des médecins et des usagers.

L'URML Ile-de-France est présidée depuis juin 2006 par le Dr Michel Roueff.

► Le comité MEP

Le Comité de l'enquête « Voyage au centre de vos pratiques » a été créé en décembre 2006 afin de réfléchir sur l'exercice de ces médecins dits MEP, qui surprennent à la fois par leur fort pourcentage en Ile-de-France et parce qu'ils correspondent à des profils très hétérogènes (médecines douces, allergologie, phlébologie, etc.). Ce comité s'est formé indépendamment de l'actualité sur la question de la qualification en médecine générale. Après une recherche sur la bibliographie existante et l'historique des MEP, le flou de cette notion d'exercice particulier persistait, ce qui a incité le comité à vouloir approfondir la connaissance des pratiques des médecins franciliens.

Il est composé ainsi :

Dr Docteur Daniel SCIMECA, médecin généraliste, Président du Comité MEP
Dr Pierre POPOWSKI, pédiatre, Secrétaire général adjoint de l'URML Ile-de-France
Dr François WILTHIEN, médecin généraliste, Secrétaire général de l'URML Ile-de-France
Dr Serge LARCHER, médecin généraliste
Dr Mardoche SEBBAG, médecin généraliste
Dr Régis MOURIES, médecin généraliste

Au sein du service des Etudes de l'URML Ile-de-France, ont particulièrement suivi cette enquête :

Chantal AMBROISE, Chargée de mission,
Alexandre GRENIER, Directeur des Etudes.

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE



Voyage au centre des pratiques ?

L'exploitation des questionnaires sera strictement anonyme et confidentielle

A - Vos PATIENTS :

- 1- /Vous êtes a priori le médecin de premier recours de votre patientèle ?
 Oui Non
- 2- / Vous accédez à la demande de soins de vos patients indépendamment de leur âge et de leur sexe ?
 Oui Non
- 3- / Vous recevez des patients envoyés par vos collègues ?
 Oui, majoritairement Oui, rarement Non
- 4- / Vous travaillez avec d'autres professionnels de soins primaires ?
 Oui, majoritairement Oui, rarement Non
- 5- a / Vous avez recours aux autres spécialités ?
 Oui, majoritairement Oui, rarement Non
- b / Souhaitez-vous être le coordinateur de ces recours ?
 Oui, majoritairement Oui, rarement Non
- 6- / Vous êtes sensible à une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires ?
 Oui Non
- 7- / Vous gérez simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de vos patients ?
 Oui Non
- 8- / Vous répondez aux problèmes de santé de vos patients dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle ?
 Oui Non
- 9- / Vous acceptez que vos patients vous choisissent comme médecin traitant ?
 Oui Non
- 10- / Vous encouragez vos patients à vous consulter pour tous problèmes les concernant ?
 Oui Non
- 11- / Quel est le pourcentage de vos patients vous contactant en premiers recours ?
 0 à 25 % 26 à 50 % 51 à 75 % > à 75 %

B - VOTRE ART :

- 12- / Vous basez votre pratique et ses décisions sur les données de la littérature ?
 Oui Non
- 13- / a- Parmi les outils thérapeutiques suivants, quels sont ceux qui interviennent dans votre pratique ? (Plusieurs réponses possibles)
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acupuncture | <input type="checkbox"/> Ostéopathie |
| <input type="checkbox"/> Allergologie | <input type="checkbox"/> Psychothérapie |
| <input type="checkbox"/> Angiologie | <input type="checkbox"/> Phytothérapie |
| <input type="checkbox"/> Conseil diététique | <input type="checkbox"/> Phlébologie |
| <input type="checkbox"/> Entretien prolongé | <input type="checkbox"/> Thérapie Cognitive |
| <input type="checkbox"/> Homéopathie | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Médecine du sport | |
- b- Quels sont vos diplômes (DU – DIU ou autre) justifiant une orientation particulière ?

c- Pour quelle orientation ?

14- / Vous assurez le suivi : (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Des cancéreux | <input type="checkbox"/> Des surcharges pondérales |
| <input type="checkbox"/> Des ALD | <input type="checkbox"/> Des pathologies cardio-vasculaires |
| <input type="checkbox"/> Des diabétiques | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Des pathologies lourdes | |

15- / La communication avec le patient et la qualité de la relation médecin-patient sont importantes dans votre pratique ?

- Oui Non

16- / Faites-vous de la pédagogie et de la prévention auprès de vos patients ?

- Oui Non

17- / Participez-vous à des actions de santé publique ?

- Oui, souvent Oui, rarement Non

18- / Participez-vous à une démarche qualité (ex : groupe d'analyse de pratiques) ?

- Oui Non

19- / Participez-vous à une formation médicale continue ?

- Oui Non

20- / Participez-vous à un système de garde ou de permanence des soins :

- Oui Non

D - VOTRE AVIS :

21- / Vous décrivez-vous comme :

- a - un médecin de famille ? Oui Non
- b - un médecin traitant ? Oui Non
- c - un médecin consultant ? Oui Non

22- / Pensez-vous que la médecine : (Plusieurs réponses possibles)

- Devrait-être plus scientifique et orientée sur l'EBM (médecine basée sur les preuves) ;
- Devrait-être davantage orientée sur la relation et le contact humain ;
- Devrait utiliser davantage des outils thérapeutiques alternatifs chaque fois que c'est possible ;

23- / Vous considérez vous comme un médecin ayant une orientation particulière ?

- Oui Non

24- / Le terme « MEP » vous convient-il ?

- Oui Non

D - Vous :

25- / Votre sexe : Féminin Masculin

26- / Votre année de naissance :

27- / Votre code postal :

28- / Etes-vous installé dans une zone : Urbaine Semi-rurale Rurale

29- / Etes-vous : en cabinet individuel en cabinet de groupe

30- / Vos Commentaires :

ANNEXE 2

LA DEFINITION EUROPEENNE DE LA MEDECINE GENERALE – MEDECINE DE FAMILLE - WONCA EUROPE 2002

Les caractéristiques de la discipline de la médecine générale-médecine de famille

- A) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- B) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- C) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- D) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- E) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- F) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- G) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- H) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- I) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- J) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- K) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.