

Juin 2014

La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale

Etude sur la répartition des médecins généralistes et évolution de la spécialité

A propos des données du Conseil National de l'Ordre des Médecins au 1^{er} janvier 2014

**Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins :
Docteur Patrick BOUET**

**Coordination :
Pr Robert NICODEME**

Auteurs :

**Dr Patrick BOUET
Dr Jean-Louis BLANC
Dr Elie CHOW-CHINE
Dr Xavier DEAU
Pr Claude-François DEGOS
Pr Bernard GUERRIER
Dr Bruno KEZACHIAN
Dr Michel LEGMANN
Dr André LEON
Dr Roger-Michel LOUPEC
Pr Robert NICODEME
Pr Rolland PARC
Dr André RAYNAL
Dr Patrick ROMESTAING
Dr François ROUSSELOT
Dr Walter VORHAUER
Dr François WILMET
Pr Henry ZATTARA**



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil National de l'Ordre

EDITORIAL

Les médecins généralistes en activité sont 103 013, pour 271 970 médecins inscrits au 1^{er} janvier 2014.

Depuis 2007, tous les médecins diplômés sortant de nos facultés sont spécialistes. Cette évolution favorable a cependant créé deux populations ; l'une composée, d'une part, des diplômés du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) depuis 2007 et, d'autre part, des généralistes qualifiés par l'Ordre à la suite de l'avis des Commissions de qualification ordinaires.

L'autre est composée des médecins exerçant la Médecine Générale, ou d'autres activités dont les critères ne sont pas ceux de la maquette du DES de Médecine Générale.

Aussi, aujourd'hui, seuls 44% des médecins inscrits en Médecine Générale à l'Ordre sont qualifiés spécialistes.

Un travail de concertation a été mené pour analyser la situation de l'ensemble des généralistes inscrits à l'Ordre.

Cette discussion a rendu nécessaire une analyse détaillée de ces médecins quant à leur mode d'exercice, leur activité, leur statut. Le tout permettant de mettre en place, avec les structures professionnelles représentatives (le collège de spécialités, l'Université, le CNU, l'Ordre, les Ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur), la concertation nécessaire pour permettre à ces médecins d'être spécialistes, dans une des 42 spécialités reconnues aujourd'hui en France, ou d'en créer des nouvelles et de savoir « Qui fait Quoi » en Médecine Générale.



Professeur Robert NICODEME
Président de la Section Formation
et Compétences Médicales



Docteur Patrick BOUET
Président

*

REMERCIEMENTS

Les auteurs de ce rapport sont les membres de la Section Formation et Compétences Médicales du Conseil National de l'Ordre des médecins, je les remercie pour leur investissement dans cette étude, ainsi que l'ensemble des Conseillers Nationaux qui participent aux Commissions d'Autorisation d'Exercice.

Je remercie très chaleureusement tous les auteurs de ce rapport, qui par leur analyse, ont permis une meilleure argumentation et de structurer ce travail.

Je remercie l'ensemble des services du Tableau qui ont grandement contribué à l'élaboration du rapport.

Nous proposons au Conseil National un travail original de référence qui, je l'espère, lui permettra d'argumenter son positionnement sur la spécialité en médecine générale.

Cette étude doit avoir un développement futur, afin de faire des propositions pour rendre la médecine générale plus lisible et plus attractive.

C'est le souhait de l'ensemble des auteurs.



Professeur Robert NICODEME

SOMMAIRE

EDITORIAL	2
REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE	4
RÉSUMÉ	7
1. Intérêt du rapport.....	7
2. Objectifs du rapport.....	7
3. Méthode.....	7
4. Résultats de l'étude réalisée.....	8
5. Commentaires sur le rapport.....	8
PARTIE I : L'EVOLUTION DE LA FORMATION EN MEDECINE GENERALE	12
<u>Chapitre I : De l'ancien régime au nouveau régime des études médicales en médecine générale.....</u>	<u>12</u>
Section I : La distinction du régime des études médicales, pour la qualification en médecine générale.....	12
Section II : La qualification en médecine générale issue du résidanat en France de 1984 (1an) à 2001 (3 ans).....	15
1. Pour les promotions d'avant celle de novembre 1984.....	15
2. Pour les promotions à partir de 1984 et avant celle du 1er octobre 1995.....	15
3. Pour les promotions allant de 1995 à celles d'avant le 1er octobre 2001.....	15
4. Pour les promotions à compter de celle de novembre 2001.....	15
5. Pour la promotion de novembre 2004.....	16
<u>Chapitre II : le contexte actuel des voies de qualification de spécialiste en médecine générale.....</u>	<u>17</u>
Section I : Qualification de spécialiste par diplôme ou titre de spécialiste.	18
1. Le Diplôme d'Etudes spécialisées en médecine générale.....	18
2. Le titre de médecin spécialiste en médecine générale délivré par un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.....	20
Section II : Qualification par la Commission de qualification placée auprès de l'Ordre des Médecins.....	22
Section III : Procédures d'autorisation ministérielle	24
1. Procédure PAE :	24
2. La procédure du « Régime général européen » de la Directive 2005/36/CE modifiée.....	31

PARTIE II : REPARTITION DES VOIES DE QUALIFICATION EN MEDECINE GENERALE 33

SECTION I : Répartition globale des médecins généralistes, par qualification 35

- 1) Répartition des médecins généralistes par age et par qualification 36
- 2) Répartition globale des médecins généralistes par qualification 37
- 3) Répartition globale des médecins généralistes par origine du titre 38
- 4) Répartition des médecins généralistes sans titre qualifiant en médecine générale, par origine du titre 39
- 5) Répartition des médecins généralistes avec un titre qualifiant en médecine générale, par origine du titre 40
- 6) Répartition des médecins généralistes qualifiés spécialistes en médecine générale, par origine du titre 41

SECTION II : Répartition globale des médecins généralistes, par mode d'exercice..... 42

- 1) Répartition des médecins généralistes, par mode d'exercice, toutes qualifications confondues 43
- 2) Répartition des médecins généralistes sans titre qualifiant, par mode d'exercice 44
- 3) Répartition des médecins généralistes avec un titre qualifiant, par mode d'exercice 45
- 4) Répartition des médecins généralistes ayant obtenu leur résidanat qualifiant entre 2004 et 2013, par mode d'exercice 46
- 5) Répartition des médecins généralistes qualifiés spécialiste en MG, par mode d'exercice 47
- 6) Répartition des médecins généralistes qualifiés spécialiste en MG sur la base d'un diplôme européen, par mode d'exercice 48
- 7) Répartition des médecins généralistes qualifiés spécialiste en MG par les Commissions nationales de qualification, par mode d'exercice 49
- 8) Répartition des médecins généralistes qualifiés spécialiste en MG sur la base d'une autorisation ministérielle d'exercice, par mode d'exercice 50
- 9) Répartition des médecins généralistes qualifiés spécialiste en MG par la voie du DES, par mode d'exercice 51

SECTION III : Evolution du numéris clausus et des qualifications enregistrées à l'ordre dans la filière médecine générale 52

- 1) Nombre de postes offerts aux Epreuves Classantes Nationales, dans la filière médecine générale, entre 2004 et 2010 53
- 2) Concordance des postes ouverts à l'ECN, avec les DES enregistrés à l'Ordre et le mode d'exercice choisi 54
- 3) Qualifications enregistrées à l'Ordre dans la filière médecine générale entre 2009 et 2013 55
- 4) Evolution des qualifications enregistrées à l'Ordre dans la filière médecine générale entre 2009 et 2013 56

SECTION IV : Répartition globale des médecins généralistes, par qualification, par mode d'exercice et par fonction 57

- 1) Répartition globale des médecins généralistes, par mode d'exercice, en fonction de la qualification 58
- 2) Fonctions exercées par les médecins généralistes salariés, par qualification 59
- 3) Fonctions exercées par les médecins généralistes libéraux, par qualification 61
- 4) Fonctions exercées par les médecins généralistes hospitaliers, par qualification 62

SECTION V : Répartition globale des médecins généralistes, par qualification, par mode d'exercice et par discipline complémentaire déclarée exercée 63

- 1) Répartition globale des disciplines complémentaires déclarées exercées par des médecins généralistes..... 64
- 2) Répartition des médecins généralistes exerçant la médecine du sport, par mode d'exercice et par qualification 66
- 3) Répartition des médecins généralistes exerçant la médecine d'urgence, par mode d'exercice et par qualification 67
- 4) Répartition des médecins généralistes exerçant la gériatrie, par mode d'exercice et par qualification 68
- 5) Répartition des médecins généralistes exerçant l'angéiologie, par mode d'exercice et par qualification 69
- 6) Répartition des médecins généralistes exerçant l'homéopathie, par mode d'exercice et par qualification 70
- 7) Répartition des médecins généralistes exerçant l'ostéopathie, par mode d'exercice et par qualification 71
- 8) Répartition des médecins généralistes exerçant la médecine du travail, par mode d'exercice et par qualification 72

9)	Répartition des médecins généralistes exerçant l'acupuncture, par mode d'exercice et par qualification	73
10)	Répartition des médecins généralistes exerçant la réparation juridique du dommage corporel, par mode d'exercice et par qualification	74
11)	Répartition des médecins généralistes exerçant l'allergologie, par mode d'exercice et par qualification	75
12)	Répartition des médecins généralistes exerçant la mésothérapie, par mode d'exercice et par qualification	76
13)	Répartition des médecins généralistes exerçant l'échographie, par mode d'exercice et par qualification	77
14)	Répartition des médecins généralistes exerçant la médecine thermique, par mode d'exercice et par qualification	78
15)	Répartition des médecins généralistes exerçant la médecine tropicale, par mode d'exercice et par qualification	79
16)	Répartition des médecins généralistes exerçant l'addictologie, par mode d'exercice et par qualification	80
17)	Répartition des médecins généralistes exerçant en soins palliatifs, par mode d'exercice et par qualification	81
18)	Répartition des médecins généralistes exerçant la tabacologie, par mode d'exercice et par qualification	82
19)	Répartition des médecins généralistes exerçant le traitement de la douleur, par mode d'exercice et par qualification	83
20)	Répartition des médecins généralistes exerçant la médecine subaquatique, par mode d'exercice et par qualification	84
21)	Répartition des médecins généralistes exerçant la médecine aéronautique, par mode d'exercice et par qualification	85
22)	Répartition des médecins généralistes exerçant en maladies du sang, par mode d'exercice et par qualification	86
23)	Répartition des médecins généralistes exerçant la médecine légale, par mode d'exercice et par qualification	87
24)	Répartition des médecins généralistes exerçant la sexologie, par mode d'exercice et par qualification	88
25)	Répartition des médecins généralistes exerçant la médecine morphologique, par mode d'exercice et par qualification	89
26)	Répartition des médecins généralistes exerçant la médecine aérospatiale, par mode d'exercice et par qualification	90
27)	Répartition des médecins généralistes exerçant la gynécologie, par mode d'exercice et par qualification	91
28)	Répartition des médecins généralistes exerçant en pratiques médico-judiciaires, par mode d'exercice et par qualification	92
29)	Répartition des médecins généralistes exerçant la réanimation, par mode d'exercice et par qualification	93
30)	Répartition des médecins généralistes exerçant la pédiatrie, par mode d'exercice et par qualification	94

ANNEXE I : PRINCIPALES DISCIPLINES COMPLEMENTAIRES DECLAREES 95

ANNEXE II : AUTRES DISCIPLINES COMPLEMENTAIRES DECLAREES..... 96

ANNEXE III : MENTIONS AUTORISEES DECLAREES EXERCEES 97

ANNEXE IV : LES DIFFERENTES VOIES DE QUALIFICATION EN MEDECINE GENERALE . 98

ANNEXE V : COMPTE RENDU REUNION DU 18 DECEMBRE 2013 99

ANNEXE VI : COMPTE RENDU REUNION DU 18 DECEMBRE 2013 101

ANNEXE VII : COMPTE RENDU REUNION DU 6 FEVRIER 2014 103

ANNEXE VIII : COMPTE RENDU REUNION DU 24 AVRIL 2014 105

RÉSUMÉ

1. Intérêt du rapport.

La médecine générale devient, aux termes de la réforme des études médicales, une spécialité à part entière et une discipline universitaire. Cette reconnaissance universitaire a été clairement actée par le développement d'une filière universitaire.

La dénomination même du diplôme de troisième cycle diplômes d'études spécialisées (« DES ») de médecine générale fait que le médecin qui sortira en 2007 avec ce diplôme sera un praticien spécialiste en médecine générale.

Les médecins qui ont passé les épreuves classantes nationales (« ECN ») en 2004 et qui sont sortis en novembre 2007 avec un Diplôme d'Etudes Spécialisées en médecine générale sont tous spécialistes en médecine générale et qualifiés par l'Ordre des médecins comme tels. Il en sera de même pour les promotions suivantes.

Mais que se passe-t-il pour les médecins en exercice qui sont qualifiés en médecine générale « ancienne formule » ? Pour être reconnus comme spécialistes en médecine générale, ils doivent obtenir la qualification de spécialiste en médecine générale délivrée par l'Ordre des Médecins.

La création diplôme d'études spécialisées en médecine générale a créé deux populations de médecins généralistes et mis à jour la difficulté d'appréhender les modes d'exercice en médecine générale, lors des Commissions de qualification en médecine générale. Aussi, aujourd'hui, seuls 44% des médecins inscrits en Médecine Générale à l'Ordre sont qualifiés spécialistes en Médecine Générale.

2. Objectifs du rapport.

L'objectif principal du rapport l'étude est de répertorier les médecins généralistes, en fonction de l'origine de la qualification et des modes d'exercice, afin de clarifier au mieux la situation des médecins généralistes et d'essayer d'appréhender la cohérence entre la formation et l'exercice, afin de faire évoluer les qualifications de spécialistes pour un très grand nombre de médecins (cf. résultats).

L'objectif secondaire est d'examiner les formations complémentaires déclarées par les médecins généralistes.

3. Méthode.

D'après les données du Tableau de l'Ordre des médecins au 1^{er} janvier 2014, trois populations de médecins répertoriés comme généralistes ont été définies et réparties, en fonction de l'origine de la qualification : *médecin généraliste sans titre qualifiant en médecine générale, médecin généraliste avec un titre qualifiant en médecine générale, médecin généraliste qualifié spécialiste en médecine générale.*

Les trois populations répertoriées comme généralistes ont été définies et réparties par mode d'exercice : libéral, salarié, hospitalier (la catégorie des remplaçants, qui figurait dans l'étude

sur la répartition des médecins généralistes parue à la Session du Conseil National d'avril 2012, a été intégrée à la catégorie des libéraux).

La répartition des médecins titulaires du diplôme d'études spécialisées en médecine générale a été également comparée aux postes ouverts à l'Epreuve Classante Nationale.

L'étude précédente a également été étoffée, en ajoutant d'une part la répartition globale de ces médecins répertoriés généralistes par fonction renseignée, mais également avec un focus sur les disciplines complémentaires que ceux-ci déclarent exercer.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins s'est également réuni avec les représentants de la spécialité de médecine générale : Commission nationale de première instance de qualification de spécialiste en médecine générale, Commission nationale d'Appel de qualification de spécialiste en médecine générale, Collège national des généralistes enseignants (« CNGE »), Collège de Médecine Générale, et les syndicats CSMF, UNOF, SML et MG France. Ainsi, plusieurs réunions coordonnées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (le 24 octobre 2013, le 18 décembre 2013, le 6 février 2014 et le 24 avril 2014) ont permis d'explicitier le positionnement des différents acteurs et de faire des propositions.

4. Résultats de l'étude réalisée.

Sur **103 013** médecins répertoriés comme généralistes au 1er janvier 2014, **68 778** médecins en médecine générale exercent en libéral (incluant la population des médecins remplaçants), soit 67% des médecins répertoriés comme généralistes.

Sur 103 013 médecins répertoriés généralistes :

- **9 250** n'ont pas de titre qualifiant, soit 9%
- **48 825** possèdent un titre qualifiant en médecine générale, soit 47%
- **44 938** sont spécialistes en médecine générale, soit 44%

Sur **19 625** postes ouverts à l'Epreuve Classante Nationale de 2004 à 2010, **5 503** médecins spécialistes en médecine générale, titulaires du diplôme d'études spécialisées en médecine générale depuis 2004, exercent en libéral, soit 28% des postes ouverts à l'ECN.

5. Commentaires sur le rapport.

Sachant que les critères actuels de la spécialité en médecine générale s'appliquent quasi exclusivement à l'exercice libéral, on peut considérer que seuls les médecins spécialistes en médecine générale libéraux correspondent aux critères de la spécialité tels que retenus par la WONCA (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*).

Les missions de médecin généraliste de premier recours sont parfaitement définies depuis la mise en place du DES en médecine générale et sont actées dans la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite « HPST » premier recours « *porte d'entrée dans le système de soins* ».

L'article L4130-1 du Code de la santé publique, créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 – article 36 dispose que :

Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

- *1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;*
- *2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;*
- *3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;*
- *4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;*
- *5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;*
- *6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;*
- *7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;*
- *8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.*

A partir du moment (en 2007) où l'on décide que tous les médecins sont des spécialistes, on ne peut pas laisser des confrères sans spécialité au prétexte que leur exercice ne correspond pas au référentiel et aux missions de la spécialité, telle qu'elle est définie secondairement, en particulier dans la loi.

Il ressort de la synthèse de ces réunions :

- La possibilité de proposer une autre qualification de spécialiste (médecine « polyvalente/hospitalière » hors soins primaires avec des options) ou de réorienter les médecins vers une autre qualification de spécialiste.
- Pour les médecins qui exercent la médecine générale, les participants souhaitent mettre en place une procédure de re-certification.
- Concernant SOS médecin, le Collège estime que les médecins travaillant chez SOS médecins pourraient être intégrés dans la spécialité de médecine générale.

La médecine générale et la qualification de spécialiste : quelle répartition pour la médecine générale ?

Ces dernières années, on assiste à une inflation de création de « nouveaux titres » et d'orientations professionnelles, ainsi qu'une multiplication de modes d'activités au sein de la médecine générale.

Cette évolution pourrait conduire à une fragmentation de la médecine générale, dans laquelle la discipline développerait une pratique exclusive et isolée au sein d'un domaine de la médecine générale.

C'est la raison pour laquelle les auteurs ont jugé nécessaire de faire évoluer les critères d'attribution de la spécialité en médecine générale, en concertation étroite avec les représentants de la spécialité : Commission nationale de première instance de qualification de spécialiste en médecine générale, Commission nationale d'Appel de qualification de spécialiste en médecine générale, Collège national des généralistes enseignants (« CNGE »), Collège de MG, et les syndicats CSMF, UNOF, SML et MG France.

La création de la spécialité en médecine générale, avec la mise en place du diplôme d'études spécialisées en médecine générale en 2004, a créé deux populations des médecins généralistes et mis à jour la disparité des activités en médecine générale.

Les Commissions de qualification en médecine générale, en appliquant les critères du référentiel en médecine générale ont globalement exclu les médecins salariés et les médecins hospitaliers, qui se retrouvent non spécialistes.

Il nous est apparu utile de faire un état des lieux de la situation au 1er janvier 2014.

Ainsi, plusieurs réunions coordonnées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (le 24 octobre 2013, le 18 décembre 2013, le 6 février 2014 et le 24 avril 2014) ont permis d'explicitier le positionnement des différents acteurs et de faire des propositions.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a été amené à présenter des données demandées lors des réunions, à savoir l'âge moyen des médecins répertoriés généralistes et les disciplines complémentaires déclarées par les médecins répertoriés généralistes.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a adopté une résolution le 4 avril 2014 sur la non prorogation des commissions départementales de qualification de spécialiste en médecine générale et la proposition de création d'une nouvelle spécialité sous une terminologie à définir.

Le collège de médecine générale a souligné que dans le cadre des réflexions de la Commission Nationale de l'Internat et Post-Internat (CNIPI) la création de la spécialité en médecine d'urgence est évoquée et que d'autres spécialités pourraient apparaître.

Pour le collège, la qualification de spécialiste, via le DES devrait être réévaluée, notamment pour un médecin spécialiste en médecine générale, à partir 5 années d'exercice hors médecine générale (exemple : la médecine d'urgence).

Le groupe de réflexion soutient l'idée que la notion de re-certification en médecine générale devrait être proposée au Ministère chargé de la santé.

Concernant SOS médecin, le Collège estime que les médecins travaillant chez SOS médecins pourraient être intégrés dans la spécialité de médecine générale.

Concernant la qualification par l'Ordre des médecins de spécialiste en médecine générale, les membres des commissions et le CNGE estiment que la différence d'évaluation des critères auprès des Conseils Départementaux a été préjudiciable.

Le CNGE et les commissions souhaitent mettre à jour les documents de références (référentiel, critères, document de demande, grille d'étude,...). Le CNGE s'engage à mettre à jour les DIU de remise à niveau.

Le Collège a indiqué travailler sur une politique d'incitation des jeunes médecins d'opter pour la médecine générale. Attirer, les jeunes médecins vers la médecine générale, c'est élever le standard de la médecine générale et d'une mise à niveau. Dès lors, tant pour les médecins généralistes ou d'autres spécialités qui exercent une « discipline » ou une activité réduite de la spécialité dans son ensemble et désireux d'obtenir la spécialité en MG ne peut se réaliser que par les critères de la médecine générale et par une mise à niveau.

Concernant la proposition du Conseil National de l'Ordre des Médecins de créer une nouvelle spécialité, le groupe de réflexion est favorable, notamment sous la supervision de la médecine interne. Cependant, cette nouvelle spécialité avec option hospitalière devra nécessairement être hors soins primaires.

Il ressort de la synthèse de ces réunions :

- La possibilité de proposer une autre qualification de spécialiste (médecine « polyvalente/hospitalière » hors soins primaires avec des options) ou de réorienter les médecins vers une autre qualification de spécialiste.
- Pour les médecins qui exercent la médecine générale, les participants souhaitent mettre en place une procédure de re-certification.

L'étude, en fonction de l'origine des titres permettant l'exercice de la médecine générale, les modes d'exercice de la médecine générale (en détaillant cette fois les fonctions exercées par chaque catégorie d'exercice), mais également aux disciplines complémentaires que les médecins généralistes déclarent exercer a permis de mieux cerner les contours de la répartition.

En première partie, il est nécessaire d'établir un contexte clair sur l'évolution de la formation de la médecine générale en France, puis en décrivant le contexte actuel en France et en Europe.

En seconde partie, l'étude expose les voies de qualification en médecine générale.

La troisième partie relate l'activité en médecine générale, en fonction des modes d'exercice déclarés. Nous nous sommes également intéressés aux fonctions d'exercice que ces médecins ont déclaré à leur Conseils Départementaux.

La quatrième partie présente la ou les disciplines complémentaires que les médecins répertoriés généralistes déclarent exercer.

Partie I : L'évolution de la formation en médecine générale

La formation et la qualification en médecine générale ont connu des évolutions au cours des 30 dernières années.

Chapitre I : De l'ancien régime au nouveau régime des études médicales en médecine générale.

Section I : La distinction du régime des études médicales, pour la qualification en médecine générale

On indiquera que les « *médecins relevant de l'ancien régime des études médicales* » sont diplômés avant la mise en application de la loi de Janvier 1982 (loi effective en octobre 1984).

En effet, la loi n° 82-1083 du 23 décembre 1982 a introduit une réforme importante dans le régime des études médicales. Le décret n° 84-588 du 8 juillet 1984 modifié a fixé, à titre transitoire, l'organisation du 3^{ème} cycle des études médicales qui comprend : le 3^{ème} cycle de médecine générale et le 3^{ème} cycle de médecine spécialisée (DES).

Ces dispositions ont été modifiées par la loi n° 87-588 du 30 juillet 1987, qui a transformé en particulier l'internat de médecine générale en résidanat.

Les articles 60 et suivants de la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ont ensuite réformé la procédure d'accès au troisième cycle des études médicales et modifié la loi de Janvier 1982 sur les études médicales, qui avait institué l'internat qualifiant pour les étudiants entrant en troisième cycle des études médicales à partir d'Octobre 1984.

De la même manière, la loi de janvier 2002 a intégré la médecine générale parmi les spécialités médicales : depuis lors, la médecine générale a une formation d'une durée de 3 ans : la première génération d'étudiants, inscrits au diplôme d'études spécialisés de médecine générale (DES), a débuté son internat en Octobre 2004. C'est donc en Octobre 2007 que les premiers spécialistes diplômés en médecine générale ont été qualifiés spécialistes en médecine générale au tableau de l'ordre des médecins.

Des dispositions relatives à la qualification en médecine générale ont été prévues pour les médecins relevant de l'ancien régime des études médicales.

L'article 9 de la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 modifié dispose que « *par dérogation aux dispositions de l'article 50 de la loi d'orientation de l'enseignement supérieur n° 68-978 du 12 novembre 1968, obtiennent, sur leur demande adressée à l'ordre des médecins avant le 1er janvier 1995, la qualification en médecine générale les médecins ayant obtenu leur diplôme d'Etat de docteur en médecine antérieurement à la mise en œuvre des modalités d'octroi du diplôme définies par la loi no 82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques*

Il convient de spécifier aussi, qu'afin de trouver un statut à des médecins hors Communauté européenne et de la Communauté européenne, trois procédures d'autorisation d'exercice spécifiques ont été élaborées des années 80 aux années 2002, lesquelles ne conféraient pas de qualification, mais une autorisation d'exercice de la médecine :

- Procédure du CSCT (Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique), qui consistait en un examen écrit puis oral, en cas de succès, et permettait de déposer un dossier devant une commission chargée de donner un avis au Ministre chargé de la santé. Le Ministre donnait alors ces autorisations en fonction des besoins de médecins – existence de quotas.
- Autorisation d'exercice en qualité de PAC (Praticien Adjoint Contractuel). Concours permettant d'accéder à une procédure d'autorisation d'exercer mise en place en 1995, puis modifiée en 1999, en fonction de l'antériorité (3 ans ou 6 ans) des fonctions hospitalières du médecin.
- Commission de Recours, instituée par la loi CMU du 27 juillet 1999, sorte de « rattrapage » pour les recalés du CSCT ou du PAC, mais qui avaient cependant déjà 10 ans de fonctions hospitalières françaises.
- Autorisation ministérielle dite « Hocsman »: Application de l'arrêt de la Cour de Justice des communautés européennes : arrêts de la Cour dans les affaires C-238/98 et C-16/99 « Hugo Fernando HOCSMAN / Ministre de l'Emploi et de la Solidarité »

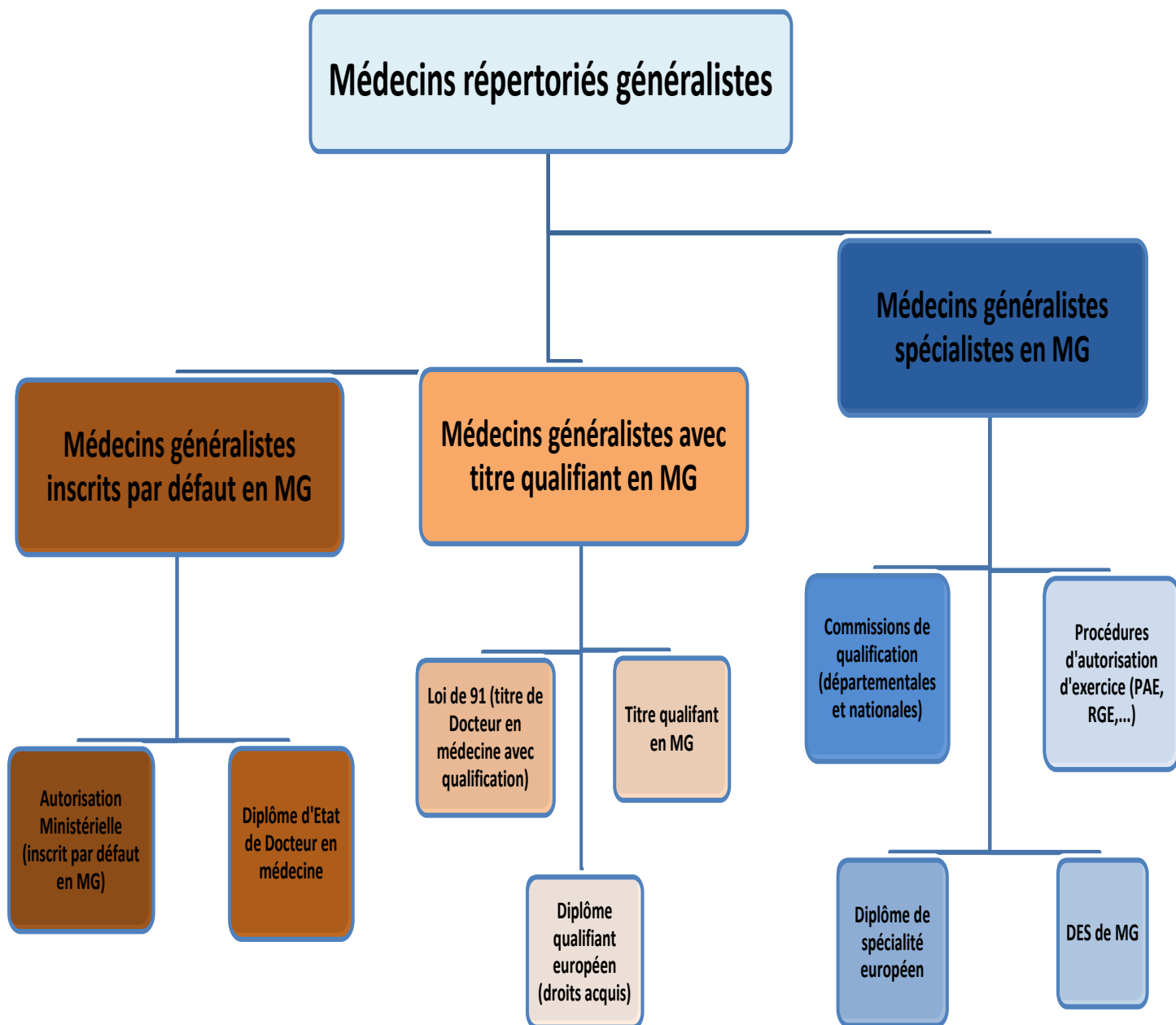
Par conséquent, le droit français fait coexister deux systèmes d'accès à la qualification, qui découlent du régime des études médicales dont est issu le médecin :

LES MEDECINS RELEVANT DE L'ANCIEN REGIME DES ETUDES MEDICALES comprend donc :

- les médecins généralistes titulaires d'un diplôme français d'Etat de docteur en médecine,
- les médecins généralistes titulaires d'un diplôme français d'Etat de docteur en médecine ayant obtenu la qualification en médecine générale, issue de la loi du 18 janvier 1991.

LES MEDECINS DU NOUVEAU REGIME DES ETUDES MEDICALES qui sont entrés en 3ème cycle à partir de 1984 et dont le cursus d'études dépend des dispositions de la Loi du 23 décembre 1982 portant Réforme des études médicales comprend :

- Les médecins généralistes titulaires d'un diplôme français d'Etat de docteur en médecine et d'une qualification en médecine générale (résidanat en médecine générale) ;
- Les médecins généralistes titulaires d'un diplôme français d'Etat de docteur en médecine et d'une qualification de spécialiste en médecine générale (internat en médecine générale).



Section II : La qualification en médecine générale issue du résidanat en France de 1984 (1an) à 2001 (3 ans).

1. Pour les promotions d'avant celle de novembre 1984

Ces étudiants devaient accomplir un stage d'une année dans un service agréé, valider trois examens cliniques et soutenir une thèse d'exercice.

2. Pour les promotions à partir de 1984 et avant celle du 1er octobre 1995

Le décret n°88-321 du 07 avril 1988 fixe à deux ans (soit quatre semestres) la durée du résidanat pour les étudiants accédant au troisième cycle des études médicales avant l'année universitaire 1995-1996.

3. Pour les promotions allant de 1995 à celles d'avant le 1er octobre 2001

L'ordonnance N°96-345 du 24 avril 1996 fixe à deux ans et demi (soit cinq semestres) la durée du résidanat pour les étudiants accédant au troisième cycle des études médicales à compter de l'année universitaire 1996-1997.

Cette disposition s'applique donc aux étudiants des promotions de novembre 1996, jusqu'à celle de novembre 2000 incluse. Ces résidents exerceront leurs fonctions, notamment durant un semestre dans les services d'un Centre universitaire hospitalier (« CHU ») et pendant un autre semestre auprès de praticiens généralistes agréés, dont une partie éventuelle (un ou deux mois) dans une structure extrahospitalière agréée.

4. Pour les promotions à compter de celle de novembre 2001

Pour les étudiants accédant au troisième cycle des études médicales à compter de l'année universitaire 2001-2002, la durée du résidanat est fixée par le décret n°2001-64 du 19 janvier 2001 à trois ans (soit six semestres).

Conformément à l'arrêté ministériel du 19 octobre 2001, les résidents concernés exerceront leurs fonctions dans des services agréés, durant un semestre en Médecine d'Adultes, un semestre en Gynécologie-Pédiatrie, un semestre en Médecine d'Urgence, deux semestres libres en médecine générale et un semestre auprès de praticiens généralistes agréés dont une partie éventuelle (un ou deux mois) dans une structure extrahospitalière agréée.

5. Pour la promotion de novembre 2004

Il s'agissait de la dernière promotion des étudiants de l'ancien régime à pouvoir accéder au résidanat de médecine générale. Ces étudiants avaient jusqu'à l'année 2011-2012 pour achever et valider leur résidanat.

La loi du 17 Janvier 2002, dans son article 60, réforme l'organisation du 3ème cycle des études médicales et les modalités d'accès aux spécialités : elle élève la médecine générale au rang de spécialité médicale, le troisième cycle des études médicales étant ouvert à tous les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales (Article L.632-2 du Code de l'éducation).

Depuis novembre 2004, tous les étudiants doivent passer par l'Epreuve Classante Nationale (ECN) pour postuler le Diplôme d'études spécialisés en Médecine Générale (DES de médecine générale).

Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine, pour une période de cinq ans, le nombre d'internes à former par spécialité, en particulier celle de médecine générale, et par subdivision territoriale, compte tenu de la situation de la démographie médicale et de son évolution au regard des besoins de prise en charge spécialisée.

Chaque année, un arrêté ministériel paraissant au Journal officiel¹ fixe le nombre de places offertes au concours de recrutement d'internes, dans les différentes disciplines et par faculté. Il s'agit de places offertes au concours de recrutement de l'internat qualifiant, et ce ne sont donc pas des places forcément occupées lors du choix des internes reçus au concours.

¹ <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Chapitre II : le contexte actuel des voies de qualification de spécialiste en médecine générale.

A l'heure actuelle, sont reconnus comme médecin spécialiste en médecine générale, les médecins qui transmettent l'un des documents suivants à l'Ordre des Médecins:

- Le diplôme d'études spécialisées ou un titre équivalent européen, qui ouvre à la qualification de spécialiste en médecine générale ;
- A défaut de la possession du document ci-dessus mentionné, les médecins, inscrits au tableau de l'Ordre, peuvent obtenir une qualification de spécialiste, conformément au 4^o de l'article L. 632-12 du code de l'éducation ;
- L'arrêté d'autorisation d'exercice de la médecine dans la spécialité, pris en application des dispositions des articles L. 4111-2 I et I Bis du code de la santé publique – dite procédure d'autorisation d'exercice – « PAE » ;
- L'arrêté d'autorisation d'exercice de la médecine dans la spécialité, pris en application des dispositions des articles L. 4111-2 II et L. 4131-1-1 – du code de la santé publique – procédure dite du « Régime général européen ».
- L'arrêté d'autorisation d'exercice de la médecine dans la spécialité pris en application de l'article L.4111-3-1 du Code de la santé publique en vue de la reconnaissance des qualifications avec la province de Québec, en application depuis le décret du 23 septembre 2010 ;

Les voies de qualifications sont donc :

- La reconnaissance d'un titre de spécialiste (Section I) ;
- La voie de la Commission de qualification placée auprès de l'Ordre des médecins (Section II) ;
- Les procédures d'autorisation ministérielles (section III).

Section I : Qualification de spécialiste par diplôme ou titre de spécialiste.

1. Le Diplôme d'Etudes spécialisées en médecine générale

Comme indiqué auparavant, la loi de janvier 2002 a intégré la médecine générale parmi les spécialités médicales ; depuis lors, la médecine générale a une formation d'une durée de 3 ans : la première génération d'étudiants inscrits au diplôme d'études spécialisés de médecine générale (DES) a débuté son internat en Octobre 2004. C'est donc en Octobre 2007 que les premiers spécialistes diplômés en médecine générale ont été qualifiés spécialistes en médecine générale à l'ordre des médecins.

Le décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 modifié, codifié aux articles R632-1 et suivants du Code de l'éducation, relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, dispose que « *Peuvent accéder au troisième cycle des études médicales :*

*1° Les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales en France ;
2° Les étudiants ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ou des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, de la Confédération helvétique ou de la Principauté d'Andorre ayant validé une formation médicale de base mentionnée à l'article 24 de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil de l'Europe du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Un arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé détermine les conditions dans lesquelles sont appréciées ces équivalences ».*

L'Arrêté du 22 septembre 2004 modifié fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine a défini le contenu du DES de médecine générale (modifié par l'arrêté du 10 août 2010 et du 4 octobre 2011).

La maquette du DES de médecine générale est ainsi constituée (Durée 3 ans).

« I - Enseignements (deux cents heures environ)

A) Enseignements généraux

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique en médecine générale ;*
- Épidémiologie et santé publique ;*
- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en médecine générale, économie de la santé.*

B) Enseignements spécifiques

- La médecine générale et son champ d'application ;*
- Gestes et techniques en médecine générale ;*
- Situations courantes en médecine générale : stratégies diagnostiques et thérapeutiques, leur évaluation ;*
- Conditions de l'exercice professionnel en médecine générale et place des médecins généralistes dans le système de santé ;*
- Formation à la prévention, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique ;*

- Préparation du médecin généraliste au recueil des données en épidémiologie, à la documentation, à la gestion du cabinet, à la formation médicale continue, à l'évaluation des pratiques professionnelles et à la recherche en médecine générale.

II - Formation pratique

A) Deux semestres obligatoires dans des lieux de stage hospitaliers agréés au titre de la discipline médecine générale :

- un au titre de la médecine d'adultes : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie ;

- un au titre de la médecine d'urgence.

B) Deux semestres dans un lieu de stage agréé au titre de la discipline médecine générale :

- un semestre au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie ;

- un semestre libre.

C) Un semestre auprès d'un médecin généraliste, praticien agréé-maître de stage des universités.

D) Un semestre, selon le projet professionnel de l'interne de médecine générale, effectué en dernière année d'internat, soit en médecine générale ambulatoire (sous la forme d'un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé), soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur de médecine générale.

Dans l'ensemble du cursus, des temps de formation à la prise en charge psychologique et psychiatrique des patients sont obligatoires. Ils sont réalisés à l'occasion de stages effectués dans les services et structures, y compris ambulatoires, agréés pour la formation des internes et habilités pour cette formation.»

2. Le titre de médecin spécialiste en médecine générale délivré par un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

L'article L.4131-1 du Code de la santé publique précise les titres de formation exigés en application du 1° de l'article L. 4111-1 pour l'exercice de la profession de médecin :

1° Soit le diplôme français d'Etat de docteur en médecine ;

Lorsque ce diplôme a été obtenu dans les conditions définies à l'article L. 632-4² du code de l'éducation, il est complété par le document mentionné au deuxième alinéa dudit article.

2° Soit, si l'intéressé est ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen :

Les titres de formation de médecin délivrés par l'un de ces Etats conformément aux obligations communautaires de la Directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

Depuis les premières directives, notamment la directive 75/362 du 16 juin 1975 du Conseil des communautés européennes, jusqu'à la directive 2005/36/CE modifiée, a été précisée la liste des qualifications de spécialiste produisant les mêmes effets de qualification en France et la reconnaissance automatique des qualifications.

Ainsi, l'article 28 de la Directive 2005/36/CE modifiée dispose que l'admission à la formation spécifique en médecine générale suppose l'accomplissement et la validation de six années d'études.

La formation spécifique en médecine générale, conduisant à l'obtention des titres de formation délivrés avant le 1er janvier 2006, est d'une durée d'au moins deux ans à temps plein.

Pour les titres de formation délivrés après cette date, elle a une durée d'au moins trois années à temps plein.

La formation spécifique en médecine générale s'effectue à temps plein sous le contrôle des autorités ou des organismes compétents. Elle est de nature plus pratique que théorique. La formation pratique est dispensée, d'une part, pendant six mois au moins, dans un établissement hospitalier agréé disposant de l'équipement et des services appropriés et, d'autre part, pendant six mois au moins, dans le cadre d'une pratique de médecine générale agréée ou d'un centre agréé dans lequel les médecins dispensent des soins primaires.

Elle se déroule en liaison avec d'autres établissements ou structures sanitaires s'occupant de la médecine générale. Toutefois, sans préjudice des périodes minimales mentionnées au deuxième alinéa, la formation pratique peut être dispensée pendant une période maximale de six mois dans d'autres établissements ou structures sanitaires agréés s'occupant de la médecine générale.

² Article L632-4 du Code de l'éducation : « Le diplôme d'Etat de docteur en médecine est conféré après soutenance avec succès d'une thèse de doctorat. Après la validation du troisième cycle, un document est délivré au titulaire du diplôme, mentionnant la qualification obtenue, soit en médecine générale, soit en spécialité [...] ».

La formation comporte une participation personnelle du candidat à l'activité professionnelle et aux responsabilités des personnes avec lesquelles il travaille.

Conformément à la Directive 2005/36/EC du 7 septembre 2005 consolidée, les titres de formation de médecin spécialiste visés à l'annexe V point 5.1.2 et point 5.1.4 ouvrent droit à la reconnaissance automatique des qualifications.

Les diplômes, titres ou certificats délivrés dans un Etat membre de l'Union européenne, lorsqu'ils sanctionnent une formation spécifique en médecine générale conforme aux dispositions de l'article 28 de la Directive 2005/36/CE, ouvrent à la reconnaissance automatique de la spécialité en médecine générale.

Les diplômes, titres ou certificats délivrés dans un Etat membre de l'Union européenne, qui permettent l'exercice de la médecine générale dans un Etat membre de l'Union européenne, corroborés par une attestation de droits acquis (article 30 de la Directive 2005/36/CE modifiée), ouvrent à la reconnaissance en qualité de médecin généraliste qualifié.

Les dispositions des directives européennes ont été transposées en France par différentes lois et notamment la loi du n° 76-1288 du 31 décembre 1976, jusqu'à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi dite « HPST »).

De la même manière, conformément à l'Accord du 26 juin 1999 entre la Communauté Européenne et ses Etats Membres, d'une part, et la Confédération Suisse, d'autre part, et ratifié par la France (loi n°2001-1117 du 28 novembre 2001 – décret n° 2002-946 du 25 juin 2002), sur la libre circulation des personnes, les diplômes délivrés en Suisse ouvrent droit à la reconnaissance des qualifications de la Directive 2005/36/CE modifiée et ratifié par la France (loi n°2001-1117 du 28 novembre 2001 – décret n° 2002-946 du 25 juin 2002).

Section II : Qualification par la Commission de qualification placée auprès de l'Ordre des Médecins.

Les médecins inscrits au Tableau peuvent obtenir une qualification de spécialiste différente de la qualification de généraliste ou de spécialiste qui leur a été initialement reconnue³.

L'obtention de la qualification de spécialiste, relève de la compétence de l'ordre des médecins.

Des commissions départementales de première instance de qualification de spécialiste en médecine générale et une Commission nationale d'appel de qualification de spécialiste en médecine générale ont été instituées.

En effet, à titre transitoire, il a été instauré dans chaque département, jusqu'au 1er octobre 2014, une commission de qualification de première instance en médecine générale, dont le secrétariat est assuré par le conseil départemental de l'ordre (Article 11-1 de l'Arrêté du 30 juin 2004 modifié portant règlement de qualification des médecins).

Pour obtenir cette qualification de spécialiste, le médecin doit justifier d'une formation et d'une expérience qui lui assurent des compétences équivalentes à celles qui sont requises pour l'obtention du diplôme d'études spécialisées en médecine générale.

Cette commission, dont les membres sont nommés par arrêté du représentant de l'Etat dans le département, sur proposition du conseil départemental, est composée de cinq membres titulaires choisis parmi les conseillers départementaux titulaires ou suppléants. Le président est élu parmi ces membres.

Des suppléants sont désignés suivant la même procédure et en même nombre. Ils siègent en l'absence des titulaires.

Un médecin inspecteur départemental de santé publique assiste à la commission, avec voix consultative.

Les membres de la Commission Nationale d'Appel de qualification sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé, pour une durée de cinq ans.

- Un président,
- Quatre médecins qualifiés en médecine générale, dont :
 - deux proposés par le Conseil national de l'ordre des médecins
 - deux proposés par le ou les syndicats nationaux les plus représentatifs de la discipline intéressée ou, à défaut, par le ou les syndicats médicaux nationaux les plus représentatifs

³ Décret n°2004-252 du 19 mars 2004 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste - Arrêté du 30 juin 2004 modifié portant règlement de qualification des médecins

- Deux membres assistent à la Commission avec voix consultatives : Un médecin inspecteur régional de la santé et un médecin-conseil de la caisse régionale d'assurance maladie pour la Commission nationale de première instance, ou le représentant du ministre chargé de la santé et un représentant du ministre chargé de la sécurité sociale pour la Commission nationale d'appel.
- Le président, devant être à la fois :
 - ✓ Médecin qualifié en médecine générale
 - et
 - ✓ PU-PH ou enseignant associé en médecine générale

↳ Ce médecin est proposé à la désignation du ministre chargé de la santé par le ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Des suppléants sont désignés suivant la même procédure et en même nombre. Ils siègent en l'absence des titulaires.

Section III : Procédures d'autorisation ministérielle

Outre, l'arrêté d'autorisation d'exercice de la médecine dans la spécialité, pris en application de l'article L.4111-3-1 du Code de la santé publique, en vue de la reconnaissance automatique des qualifications avec la province de Québec, en application depuis le décret du 23 septembre 2010, Il convient de distinguer la procédure « PAE⁴ » (1) et celle du « Régime général européen » (2).

1. Procédure PAE :

L'article L. 4111-2 I du Code de la santé publique précise que le ministre chargé de la santé peut, après avis d'une commission, autoriser individuellement à exercer les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice de la profession de médecin, dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre.

Ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves anonymes de vérification des connaissances, organisées par spécialité, et justifier d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue française.

Le nombre maximum de candidats susceptibles d'être reçus à ces épreuves, pour chaque spécialité, est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le nombre maximum mentionné n'est pas opposable aux réfugiés, apatrides, bénéficiaires de l'asile territorial et bénéficiaires de la protection subsidiaire et aux Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises.

Les lauréats, candidats à la profession de médecin, doivent en outre justifier de trois ans de fonctions accomplies dans un service ou organisme agréé pour la formation des internes.

Toutefois, les fonctions exercées avant la réussite à ces épreuves peuvent être prises en compte, après avis de la commission.

Ont accès à cette procédure, les médecins titulaires d'un diplôme hors Union européenne permettant l'exercice de la profession de médecin dans le pays d'obtention de ce diplôme (condition de diplôme) et les médecins diplômés dans l'Union européenne (hors France), mais de nationalité hors Union européenne (condition de nationalité).

La réglementation prévoit 3 cas de figure : les candidats, en fonction de leur statut, de leur formation et de leur exercice sont affectés à :

- ♦ Liste A : les candidats justifiant d'un diplôme, certificat ou autre titre extracommunautaire permettant l'exercice de la profession de médecin, dans le pays d'obtention;
- ♦ Liste B : les candidats qui, outre la condition précédente (liste A) se sont vus reconnaître le statut de réfugié, apatride, bénéficiaire de l'asile territorial, bénéficiaire de la protection subsidiaire ;

⁴ Procédure d'Autorisation d'Exercice : PAE

- ♦ Liste C : les candidats qui, outre la condition de diplôme prévue pour la liste A, justifient d'un recrutement dans un établissement de santé avant le 10 juin 2004, et sous des conditions secondaires explicitées par Décret sur l'échéance d'accès qui ont été régulièrement mises à jour⁵

La loi no 2012-157 du 1er février 2012 relative à l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et sage-femme titulaires d'un diplôme obtenu dans un État non membre de l'Union européenne a abrogé la disposition issue de la loi de 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 qui avait fixé au 31 décembre 2011 la date au-delà de laquelle les médecins et chirurgiens-dentistes à diplôme hors Union européenne ne pouvaient plus exercer dans les établissements de santé s'ils n'avaient pas satisfait aux épreuves de vérification des connaissances de la procédure d'autorisation d'exercice.

Elle a également créé une nouvelle épreuve de vérification des connaissances organisée et ouverte aux candidats éligibles à partir de 2012 et jusqu'en 2016. Les candidats éligibles pourront se présenter à cette épreuve au maximum trois fois.

Le Décret n° 2012-659 du 4 mai 2012 portant application de la loi n° 2012-157 du 1er février 2012 explicite la procédure.

1. Pré-requis pour passer les épreuves Liste C examen loi 2012:

Peuvent se présenter à l'épreuve de vérification des connaissances les médecins qui justifient avoir exercé en France avant le 3 août 2010 et :

a) Avoir exercé deux mois de fonctions rémunérées continues entre le 3 août 2010 et le 31 décembre 2011

Dans un établissement public de santé ou privé d'intérêt collectif :

- Les statuts d'attaché associé, de praticien attaché associé, d'assistant associé, de chef de clinique associé des universités ou d'assistant associé des universités, à condition d'avoir été chargés de fonctions hospitalières, parallèlement aux fonctions universitaires ;
- Les statuts de faisant fonction d'interne, hormis dans le cas où les deux mois ont été exercés en qualité de faisant fonction d'interne dans le cadre de la préparation d'un DFMS ou d'un DFMSA ;
- La qualité d'interne à titre étranger ;
- Les statuts de plein exercice dans le cadre d'une autorisation temporaire d'exercice délivrée en application de l'article L. 4131-4 du code de la santé publique ;
- Le statut de plein exercice dans le cadre de l'autorisation d'exercice délivrée en application de l'article L. 4131-5 du code de la santé publique (autorisation d'exercice dérogatoire au sein de la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon ou dans la région Guyane).
- Ingénieur hospitalier, uniquement dans un établissement public de santé ;

⁵ LOI no 2012-157 du 1er février 2012 relative à l'exercice des professions de médecin, chirurgien dentiste, pharmacien et sage-femme pour les professionnels titulaires d'un diplôme obtenu dans un Etat non membre de l'Union européenne.

- Attaché de recherche clinique dans un établissement public de santé, dans un établissement privé d'intérêt collectif, ou dans un organisme public de recherche ;
- Infirmier, quel que soit le type d'établissement.

Le statut d'interne dans le cadre de la préparation d'un diplôme DFMS, DFMSA anciens AFS, AFSA n'est pas admis.

b) Avoir exercé 3 années en équivalent temps plein de fonctions hospitalières à la date de clôture des inscriptions (jusqu'au 31 décembre 2016).

Autrement dit, l'épreuve est accessible aux médecins qui justifient d'une part, des fonctions hospitalières entre le 3 août 2010 et le 31 décembre 2011 et d'autre part, au moins trois années d'exercice.

Les trois années de fonctions doivent avoir été exercées sous les statuts suivants :

- Attaché associé, praticien attaché associé, assistant associé, chef de clinique associé des universités ou assistant associé des universités, à condition d'avoir été chargé de fonctions hospitalières, parallèlement aux fonctions universitaires ;
- Faisant fonction d'interne, hormis dans le cas où les trois années exercées l'ont été en qualité de faisant fonction d'interne dans le cadre de la préparation d'un DFMS ou d'un DFMSA ;
- Interne à titre étranger ;
- Statuts de plein exercice dans le cadre d'une autorisation temporaire d'exercice délivrée en application de l'article L. 4131-4 du code de la santé publique;
- Statuts de plein exercice dans le cadre d'une autorisation d'exercice dérogatoire au sein de la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon ou dans la région Guyane (art. L. 4131-5 du même code).

2. L'épreuve :

L'épreuve de vérification des connaissances est organisée chaque année, à compter de 2012 jusqu'en 2016, pour toutes les spécialités et sans quota.

Cette épreuve comporte :

- a) Un examen sur dossier relatif au parcours professionnel du candidat, portant sur l'activité professionnelle depuis l'obtention du diplôme permettant l'exercice de la profession dans le pays qui l'a délivré ; cet examen est affecté d'un coefficient 1 ;
- b) Un examen écrit de vérification des connaissances pratiques ; cet examen est affecté d'un coefficient 2.

Pour être déclarés admis, les candidats obtiennent une note moyenne d'au moins 10 sur 20. La composition du dossier et les modalités d'organisation de l'épreuve sont fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé.

3. La période probatoire pour les lauréats aux épreuves de vérification des connaissances Loi 2012

Les lauréats de l'épreuve de vérification des connaissances doivent effectuer une année probatoire de fonctions hospitalières durant laquelle leurs pratiques professionnelles sont évaluées.

Ces fonctions doivent être exercées au sein d'une structure agréée pour la formation des internes, dans la spécialité au titre de laquelle les candidats sollicitent l'autorisation d'exercice.

Les lauréats effectuent une année probatoire de fonctions hospitalières en qualité d'assistant spécialiste associé ou praticien attaché associé, dans un Etablissement Public de Santé ou Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif agréé pour la formation des internes, dans la spécialité.

Les fonctions sont exercées à temps plein ou à temps partiel pour une durée d'un an (les fonctions à temps partiel devront être effectuées à concurrence d'au moins cinq jours par semaine), à la fin de cette période un rapport d'évaluation est établi par le responsable de la structure.

4. Expertise par la Commission PAE

Les lauréats peuvent solliciter la Commission PAE, de principe, après la période probatoire, mais peuvent aussi solliciter la commission PAE pour un examen sans avoir effectué l'année probatoire.

a) Le lauréat a effectué l'année probatoire.

Si au vu du rapport d'évaluation, la commission considère que l'expérience et la formation du candidat sont suffisantes pour l'exercice de la spécialité demandée, la commission émet un avis favorable, dans le cas contraire la commission émet un avis défavorable et peut dispenser des recommandations.

b) Le lauréat sollicite la dispense de l'année probatoire :

Les lauréats pouvant justifier avoir occupé antérieurement à leur réussite à l'épreuve de vérification des connaissances des fonctions sous les statuts d'attaché associé, de praticien attaché associé, d'assistant associé ou de chef de clinique associé des universités ou d'assistant associé des universités à condition d'avoir été chargés de fonctions hospitalières, parallèlement aux fonctions universitaires, d'internes à titre étranger peuvent être dispensés en tout ou partie de l'exercice de fonctions hospitalières correspondant à l'année probatoire exigée, sous réserve de l'avis de la commission d'autorisation d'exercice.

Pour être prises en compte, ces fonctions doivent avoir été exercées à concurrence d'au moins cinq demi-journées par semaine. Elles sont prises en compte proportionnellement à la durée des fonctions à temps plein.

En effet, la commission PAE, au vu de la formation théorique et pratique du candidat, peut dispenser en tout ou partie de l'exercice des fonctions correspondant à l'année probatoire.

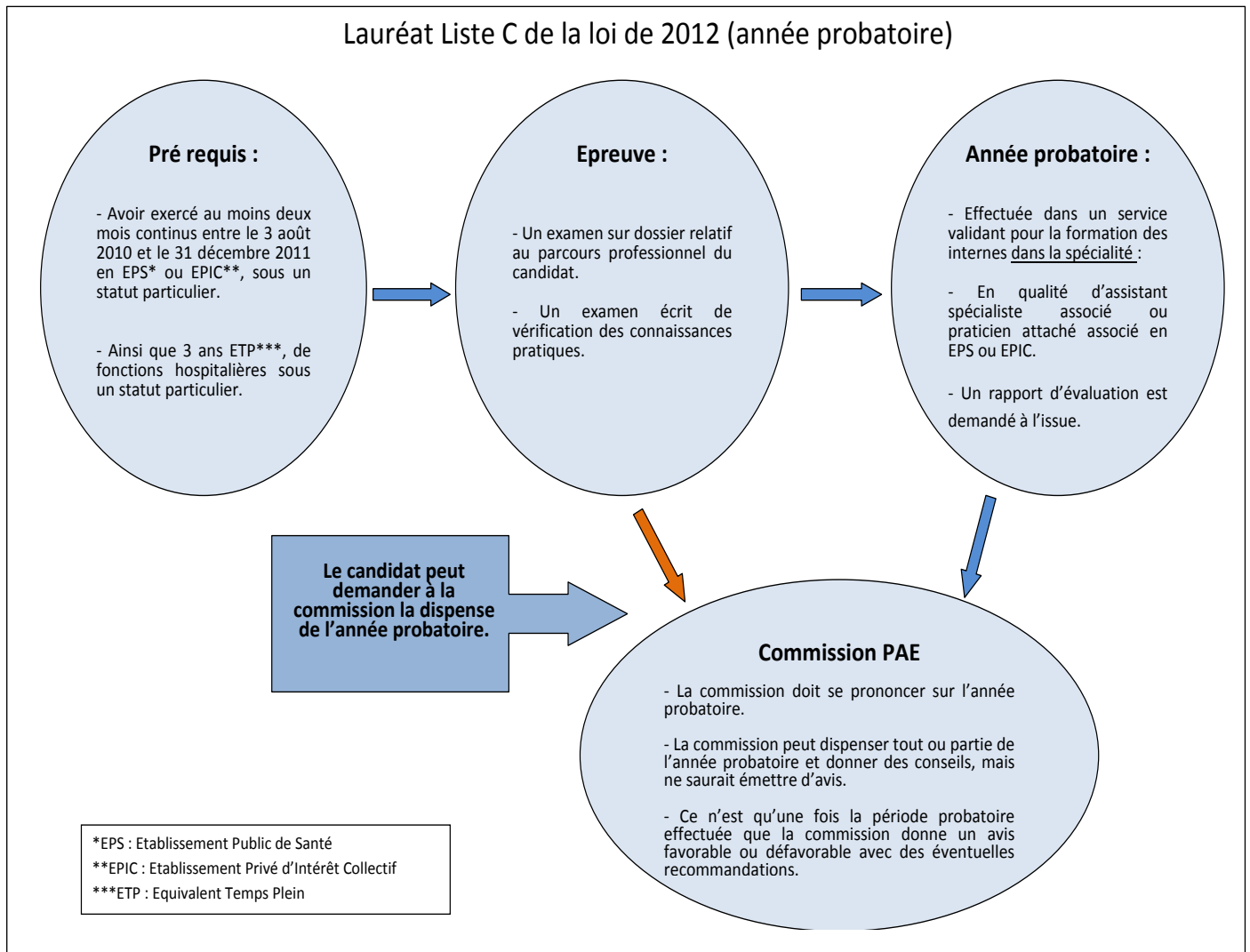
- Si la Commission n'est pas favorable à la dérogation totale, le candidat devra effectuer l'année probatoire. La Commission peut également préconiser des conseils sur des éléments complémentaires à acquérir.
- Si la Commission accorde une dérogation partielle, le candidat devra effectuer la période probatoire qui n'a pas été exemptée. La Commission peut également préconiser des conseils sur des éléments complémentaires à acquérir.

A l'issue de la période probatoire, il devra présenter son nouveau rapport d'évaluation pour l'étude de son dossier au sein de la Commission PAE.

- Si la Commission accorde la dérogation totale, elle statue sur le dossier du candidat en émettant un avis favorable ou un avis défavorable avec des recommandations ;

Pré requis pour Passer les épreuves	Epreuve PAE	Une année probatoire	Commission	Avis de la commission
- Au moins deux mois continus entre le 3 août 2010 et le 31 décembre 2011 en EPS ou EPIC - Avoir exercé 3 ans ETP	- Un examen sur dossier relatif au parcours professionnel - Un examen écrit de vérification des connaissances pratiques	- Service validant pour la formation des internes dans la spécialité : En qualité d'assistant spécialiste associé ou praticien attaché associé en EPS ou EPIC - Un rapport d'évaluation est demandé à l'issue	- Le dossier est étudié une fois la période probatoire accomplie, - Si le candidat justifie plusieurs années d'exercice, le candidat demande une dispense de l'année probatoire, le dossier est présenté en commission.	- La commission PAE peut accorder la dérogation totale ou partielle de l'année probatoire au vu du parcours du candidat. - Si la Commission ne déroge pas, le candidat devra effectuer soit l'année probatoire, soit la période exigée, à la fin de celles-ci, le dossier peut être à nouveau étudié. - La commission émet un avis favorable ou un avis défavorable avec des recommandations.

Lauréat Liste C de la loi de 2012 (année probatoire)



Des cas particuliers permettent l'accès direct devant la Commission « PAE » :

- ♦ loi de 1972 : Médecins qui ont passé l'équivalence du CSCT jusqu'en 2006 avec activité de 3 ans (jusqu'au 31 décembre 2010) ;
- ♦ diplôme communautaire : Article L.4111-2 I bis du Code de la santé publique.

« Nul ne peut être candidat plus de trois fois aux épreuves de vérification des connaissances et à l'autorisation d'exercice »⁶.

Chaque année, un arrêté ouvre un concours par spécialité avec un quota (certaines spécialités peuvent ne pas être ouvertes).

Après le concours, 3 années de fonction: « Les fonctions requises, sont accomplies dans un lieu de stage agréé pour la formation des internes à temps plein ou à temps partiel pour une durée de trois ans en équivalent temps plein. Les candidats recrutés pour accomplir ces fonctions par un établissement public de santé le sont, au choix de l'établissement, comme praticiens attachés associés ou assistants spécialistes associés ».

⁶ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi dite « HPST »)

Des dispositions transitoires⁷, applicables jusqu'au 31 décembre 2016, ont pour objectif de prendre en compte la situation particulière de praticiens exerçant sur le territoire national depuis plusieurs années.

La possibilité offerte à ces candidats de présenter un examen, au lieu d'un concours, est subordonnée à des conditions secondaires de date initiale de recrutement, de durée de fonctions.

Composition de la Commission (« PAE ») :

- Le directeur de la Direction générale de l'organisation des soins ou son représentant, président de la Commission
- Le directeur de la Direction générale de la santé ou son représentant
- Le directeur général de l'enseignement supérieur ou son représentant
- Le directeur général du centre national de gestion, ou son représentant
- Deux Conseillers Nationaux du Conseil National de l'Ordre des Médecins
- La commission de qualification ordinale de première instance, telle que prévue par le règlement de qualification
- Un membre de la profession concernée, proposé par les organisations nationales des praticiens titulaires d'un diplôme acquis en dehors de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen.
- A titre consultatif, un représentant d'une association d'accueil ou d'aide aux réfugiés

La commission est placée sous l'autorité du ministre chargé de la santé.

La commission émet un avis à la majorité des voix. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante. En cas d'avis défavorable, la Commission peut émettre des recommandations.

L'ensemble des candidats présentent leur dossier devant la Commission PAE (Listes A, B et C et cas particuliers).

⁷ LOI no 2012-157 du 1er février 2012 relative à l'exercice des professions de médecin, chirurgien dentiste, pharmacien et sage-femme pour les professionnels titulaires d'un diplôme obtenu dans un Etat non membre de l'Union européenne

2. La procédure du « Régime général européen » de la Directive 2005/36/CE modifiée

Issue de l'ordonnance du 17 décembre 2009, la nouvelle procédure du « régime général européen » de la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications, concernant les dossiers relevant de la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes « Hocsman » et « Dresseen », prévoit que dorénavant:

- Les titulaires de titres de formation délivrés par un Etat tiers, et reconnus dans un Etat de l'Union européenne permettant d'y exercer légalement la profession : vont bénéficier d'une autorisation dans la spécialité (« hocsman » article L. 4111-2 II du Code de la santé publique)
- Les titulaires de titres de formation délivrés par l'un des Etats de l'Union européenne, ne répondant pas aux conditions de reconnaissance mais permettant d'exercer légalement la profession de médecin dans cet Etat : vont bénéficier d'une autorisation dans une spécialité (« Dresseen » article L. 4131-1-1 du Code de la santé publique)

Ainsi, les articles L. 4111-2 II et L. 4131-1-1 du Code de la santé publique précisent que le ministère chargé de la santé peut, après avis d'une commission composée notamment de professionnels, autoriser individuellement à exercer la profession de médecin dans la spécialité concernée, les ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, titulaires de titres de formation délivrés par un Etat tiers, et reconnus dans un Etat, membre ou partie, autre que la France, permettant d'y exercer légalement la profession, ou les titulaires de titres de formation délivrés par l'un de ces Etats, ne répondant pas aux conditions prévues à l'article L. 4131-1, mais permettant d'exercer légalement la profession de médecin dans cet Etat.

Pour le régime général européen, le Ministère chargé de la santé peut donc, après avis d'une commission composée notamment de professionnels, autoriser individuellement à exercer la profession de médecin dans la spécialité concernée, les ressortissants d'un Etat membre de l'UE »...*en application de la Directive 2005/36/CE modifiée, s'ils sont :*

- titulaires de titres de formation délivrés par un Etat tiers, et reconnus dans un Etat de l'Union européenne permettant d'y exercer légalement la profession ;
- titulaires de titres de formation délivrés par l'un des Etats de l'UE, ne répondant pas aux conditions de reconnaissance mais permettant d'exercer légalement la profession de médecin dans cet Etat.

La Commission peut demander des mesures compensatoires au choix du candidat:

- stage d'adaptation de 3 ans maxi /formation théorique complémentaire ;

Ou

- une épreuve d'aptitude.

L'épreuve d'aptitude a pour objet de vérifier, par des épreuves écrites ou orales ou par des exercices pratiques, l'aptitude du demandeur à exercer la profession de médecin dans la spécialité concernée.

Elle porte sur les matières qui ne sont pas couvertes par le ou les titres de formation du demandeur et son expérience professionnelle.

Si le candidat réussit l'épreuve d'aptitude, l'autorisation ministérielle est délivrée.

Le stage d'adaptation a pour objet de permettre aux intéressés d'acquérir les compétences nécessaires. Il est accompli sous la responsabilité d'un médecin et est accompagné éventuellement d'une formation théorique complémentaire.

Sa durée n'excède pas trois ans.

Composition de la Commission régime général européen :

- Le directeur de la Direction générale de l'organisation des soins ou son représentant, président de la Commission
- Le directeur de la Direction générale de la santé ou son représentant
- Le directeur général de l'enseignement supérieur ou son représentant
- Le directeur général du centre national de gestion, ou son représentant
- Deux Conseillers Nationaux du Conseil national de l'Ordre des Médecins
- cinq membres parmi ceux composant les commissions de qualification ordinale

Elle émet son avis à la majorité des voix. En cas de partage égal, celle du président est prépondérante.

La commission est placée sous l'autorité du ministre chargé de la santé.

Partie II : Répartition des voies de qualification en médecine générale

La partie I expose les différentes voies de qualification pour la médecine générale.

L'étude se propose donc de considérer les voies de qualification suivantes :

Pour la qualité de médecin non spécialiste en médecine générale :

- ✓ les médecins généralistes titulaires d'un diplôme d'Etat français de docteur en médecine ;
- ✓ les médecins titulaires d'une autorisation ministérielle d'exercice de la médecine (sans spécialité avant 2007), inscrits par défaut en médecine générale ;
- ✓ les médecins généralistes titulaires d'un diplôme d'Etat français d'Etat de docteur en médecine, ayant obtenu la qualification en médecine générale issue de la loi du 18 janvier 1991 ;
- ✓ Les médecins généralistes titulaires d'un diplôme d'Etat français d'Etat de docteur en médecine et d'une qualification en médecine générale, par le résidanat en médecine générale ;
- ✓ Les médecins titulaires d'un titre de médecin généraliste d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen et de la Suisse.

Pour la qualité de médecin spécialiste en médecine générale :

- ✓ Les médecins généralistes titulaires d'un diplôme d'Etat français d'Etat de docteur en médecine et d'une qualification de spécialiste en médecine générale par l'internat qualifiant en médecine générale (DES de MG);
- ✓ Les médecins titulaires d'un titre de médecin spécialiste d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen et de la Suisse ;
- ✓ Les médecins titulaires d'une autorisation ministérielle d'exercice dans la spécialité de médecine générale (PAE, Régime général européen et accord France/Québec).
les médecins, inscrits au tableau de l'Ordre qui ont obtenu une qualification de spécialiste, conformément au 4° de l'article L. 632-12 du code de l'éducation (Commission de qualification) ;

Les terminologies suivantes sont retenues afin de distinguer les voies de qualification :

- **Médecin généraliste sans titre qualifiant en médecine générale ;**
- **Médecin généraliste ayant un titre qualifiant en médecine générale ;**
- **Médecin généraliste qualifié spécialiste en médecine générale.**

Les 3 terminologies retenues afin de distinguer les voies de qualification

Médecin généraliste sans titre qualifiant en médecine générale:

- ✓ les médecins généralistes titulaires d'un diplôme d'Etat français de docteur en médecine ;
- ✓ les médecins titulaires d'une autorisation ministérielle d'exercice de la médecine (sans spécialité avant 2007), inscrits par défaut en médecine générale.

Médecin généraliste ayant un titre qualifiant en médecine générale :

- ✓ les médecins généralistes titulaires d'un diplôme d'Etat français d'Etat de docteur en médecine ayant obtenu la qualification en médecine générale issue de la loi du 18 janvier 1991 ;
- ✓ Les médecins généralistes titulaires d'un diplôme d'Etat français d'Etat de docteur en médecine et d'une qualification en médecine générale par le résidanat en médecine générale) ;
- ✓ Les médecins titulaires d'un titre de médecin généraliste d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen et de la Suisse.

Médecin généraliste qualifié spécialiste en médecine générale :

- ✓ Les médecins généralistes titulaires d'un diplôme d'Etat français d'Etat de docteur en médecine et d'une qualification de spécialiste en médecine générale par l'internat qualifiant en médecine générale (DES de MG) ;
- ✓ les médecins, inscrits au tableau de l'Ordre qui ont obtenu une qualification de spécialiste, conformément au 4° de l'article L. 632-12 du code de l'éducation (Commission de qualification) ;
- ✓ Les médecins titulaires d'un titre de médecin spécialiste d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen et de la Suisse ;
- ✓ Les médecins titulaires d'une autorisation ministérielle d'exercice dans la spécialité de médecine générale après 2007 (PAE, Régime général européen et accord France/Québec).

Les terminologies retenues sur les modes d'exercice

- Modes d'exercice : libéral / salarié / hospitalier ; la terminologie « remplaçant, qui figurait dans l'étude d'avril 2012, a été intégrée à la catégorie « libéral ».
- Médecin en activité : déclaré en exercice au 1er janvier 2014.
- Fonction principale : celle déclarée par médecin à l'Ordre des médecins, en situation mixte, uniquement la fonction principale est retenue

La fonction et le mode d'exercice sont essentiels pour cette étude car cela permet de caractériser les médecins généralistes qui correspondent aux critères actuels de la spécialité par le statut libéral.

SECTION I : Répartition globale des médecins généralistes, par qualification

Il convient de distinguer la répartition des généralistes par âge, en fonction de leur qualification (1), la répartition globale par qualification qui permet de distinguer les médecins généralistes possédant un titre qualifiant ou non mais également un titre de spécialiste en médecine générale (2), la répartition des médecins généralistes en fonction de l'origine de leur titre (3), puis la répartition de chaque type de qualification, par origine du titre :

- Les médecins généralistes n'ayant pas de titre qualifiant (4)
- Les médecins généralistes possédant un titre qualifiant (5)
- Les médecins généralistes qualifiés spécialistes en médecine générale (6)

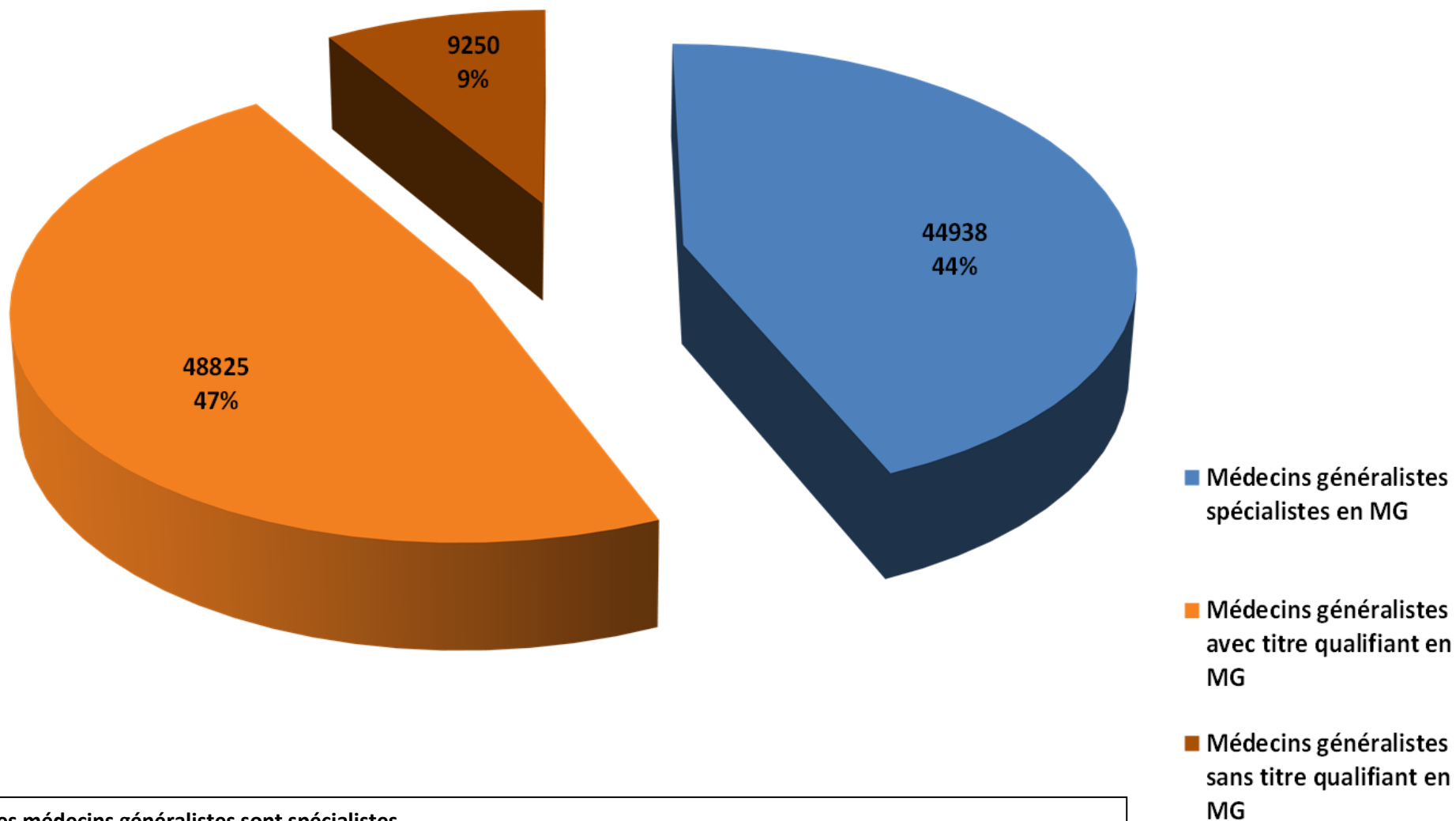
1) Répartition des médecins généralistes par age et par qualification

Répartition par age des 103 013 médecins généralistes français

Age	Nombre de médecins généralistes sans titre qualifiant en MG (non spécialistes)	Nombre de médecins généralistes avec titre qualifiant en MG (non spécialistes)	Nombre de médecins généralistes <u>spécialistes</u> en MG	TOTAL
Moins de 45 ans	562	9244	15077	24883
de 45 à 54 ans	1788	16131	10112	28031
de 55 à 64 ans	5113	17501	15600	38214
65 ans et plus	1787	5949	4149	11885
Total médecins	9250	48825	44938	103013
Age moyen	58,4	53,7	50,0	54,1

2) Répartition globale des médecins généralistes par qualification

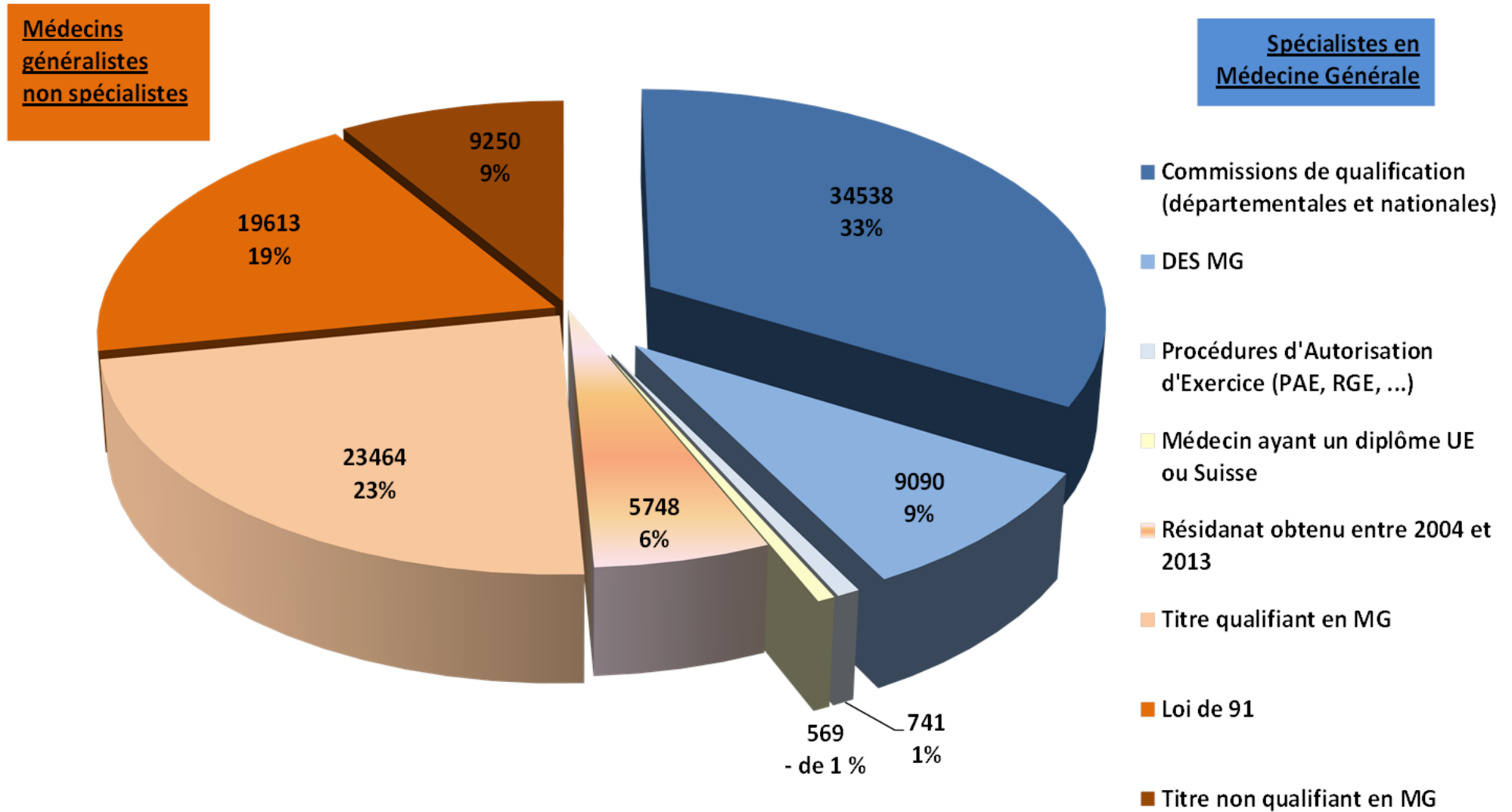
Répartition des 103 013 médecins répertoriés généralistes, par qualification, au 1er janvier 2014



44% des médecins généralistes sont spécialistes

3) Répartition globale des médecins généralistes par origine du titre

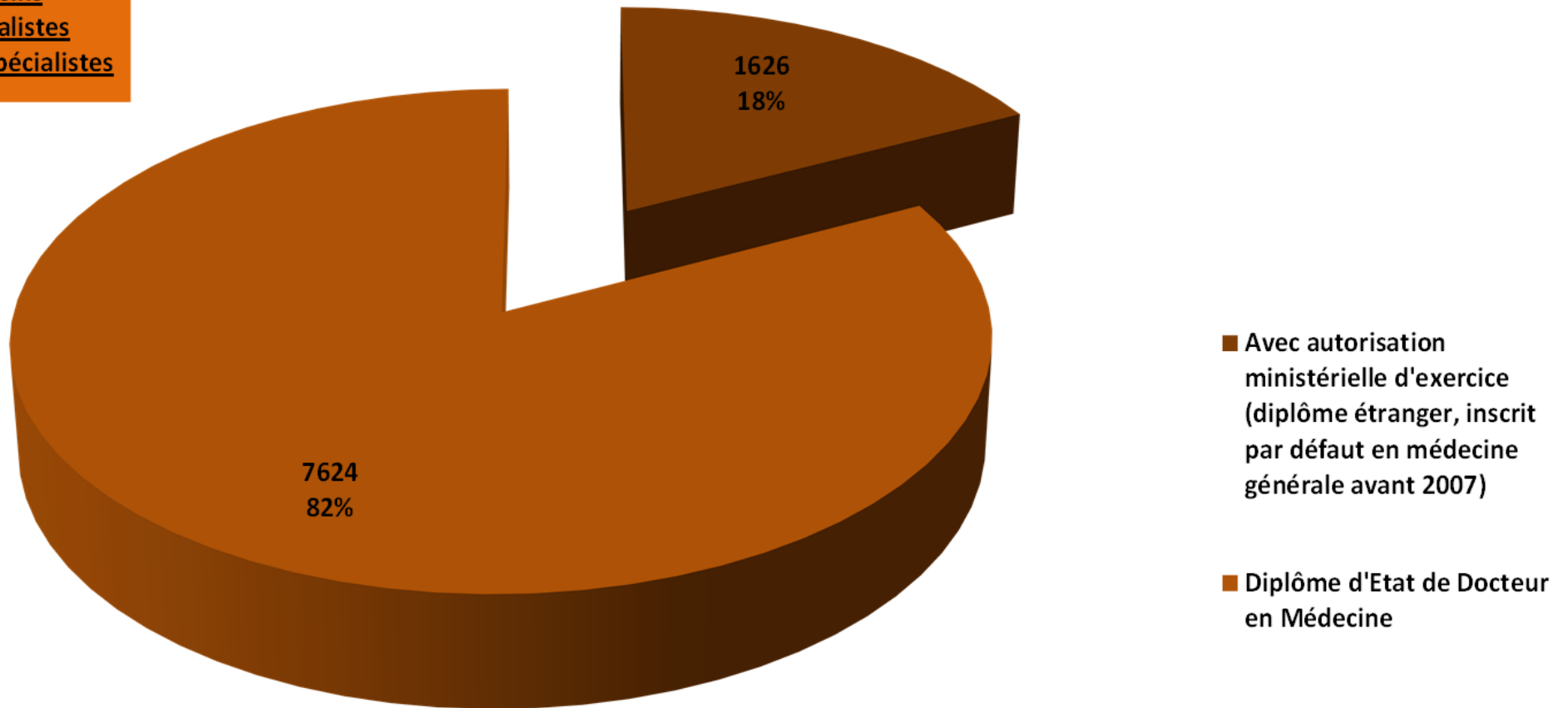
Répartition des 103 013 médecins répertoriés généralistes en activité, par origine du titre au 1er janvier 2014



4) Répartition des médecins généralistes sans titre qualifiant en médecine générale, par origine du titre

Répartition des 9 250 médecins répertoriés généralistes (non spécialistes), sans titre qualifiant en MG, par origine du titre, au 1er janvier 2014

Médecins
généralistes
non spécialistes

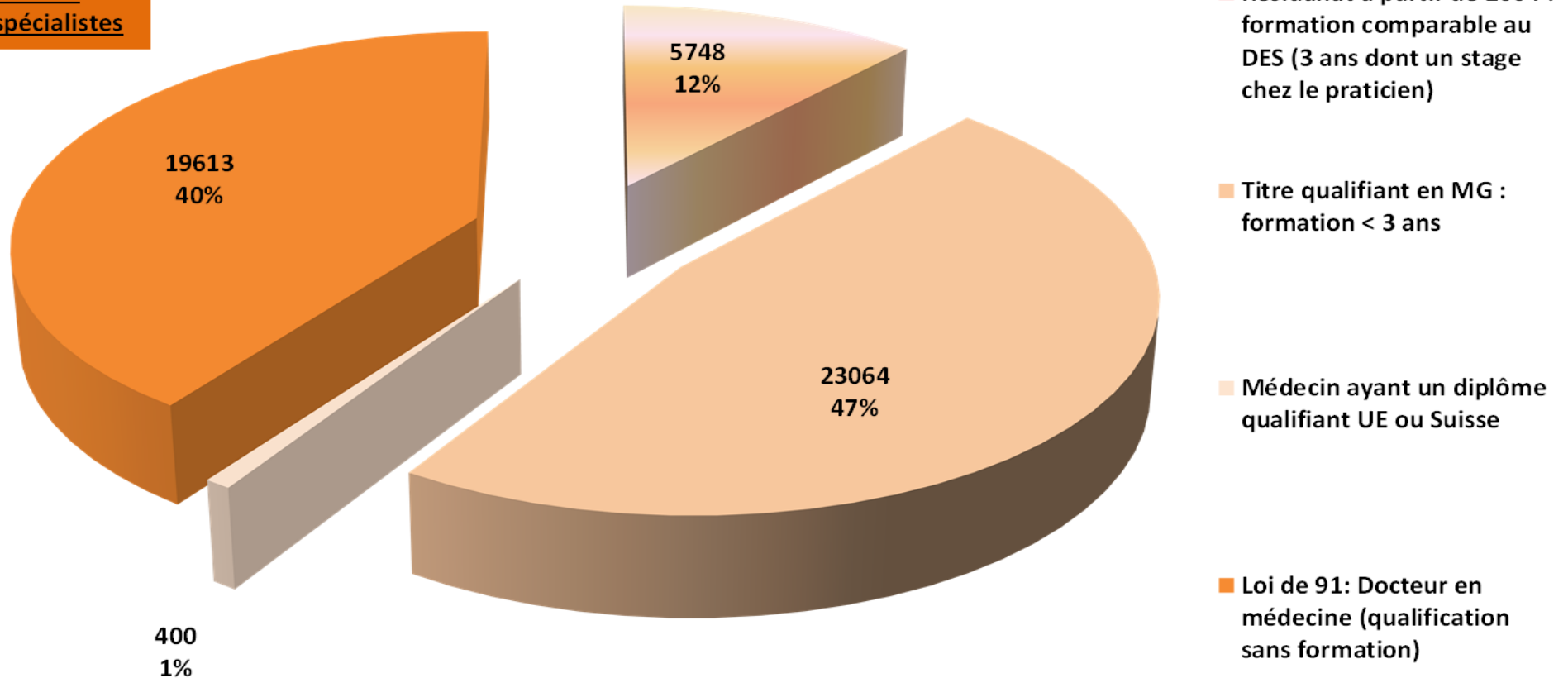


Diplôme d'Etat de Docteur en médecine avant 1984 et Autorisations ministérielles : PAE < 2007 et RGE < 2010

5) Répartition des médecins généralistes avec un titre qualifiant en médecine générale, par origine du titre

Répartition des 48 825 médecins répertoriés généralistes (non spécialistes), ayant un titre qualifiant en MG, par origine du titre, au 1er janvier 2014

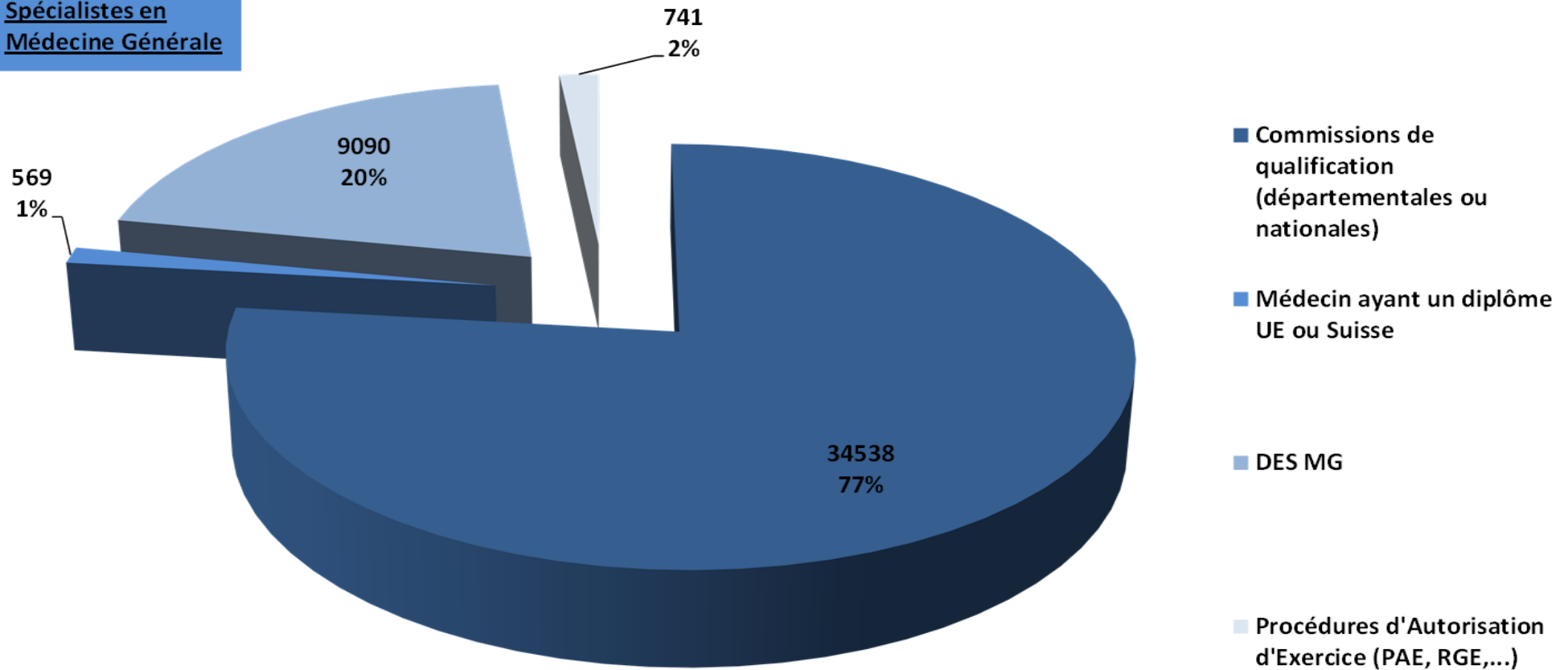
Médecins
généralistes
non spécialistes



6) Répartition des médecins généralistes qualifiés spécialistes en médecine générale, par origine du titre

Répartition des 44 938 médecins répertoriés généralistes, qualifiés spécialistes en MG, par origine du titre, au 1er janvier 2014

Spécialistes en
Médecine Générale



SECTION II : Répartition globale des médecins généralistes, par mode d'exercice

Les médecins généralistes sont répertoriés par qualification avec trois modes d'exercice, la catégorie des médecins remplaçants ayant été intégrée à celle des médecins libéraux :

- **Salarié**
- **Libéral**
- **Hospitalier**

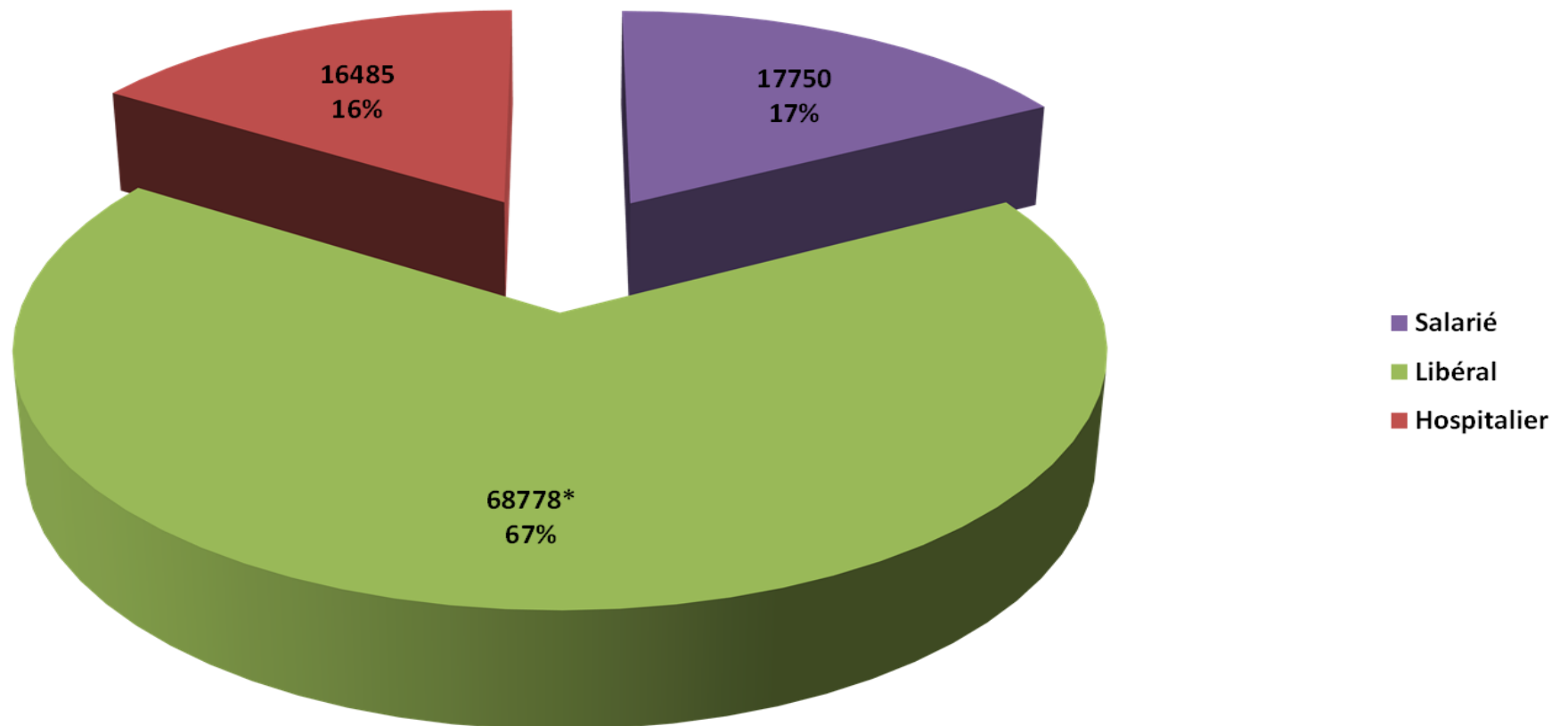
Le mode d'exercice est celui qui a été déclaré par le médecin à son Conseil Départemental ; lorsque celui-ci a déclaré une activité mixte, seule l'activité principale a été retenue.

Il convient de distinguer le mode d'exercice principal, par qualification :

- **Toutes qualifications confondues (1)**
- **Les médecins généralistes sans titre qualifiant en médecine générale (2)**
- **Les médecins généralistes avec un titre qualifiant en médecine générale (3)**
- **Les médecins généralistes ayant obtenu leur résidanat qualifiant entre 2004 et 2013 (4)**
- **Les médecins généralistes qualifiés spécialistes en médecine générale (5)**
- **Les médecins généralistes qualifiés spécialistes en médecine générale sur la base d'un diplôme européen (6)**
- **Les médecins généralistes qualifiés spécialistes en médecine générale par les Commissions nationales de qualification(7)**
- **Les médecins généralistes qualifiés spécialistes en médecine générale sur la base d'une autorisation ministérielle d'exercice (8)**
- **Les médecins généralistes qualifiés spécialistes en médecine générale par la voie du DES (9)**

1) Répartition des médecins généralistes, par mode d'exercice, toutes qualifications confondues

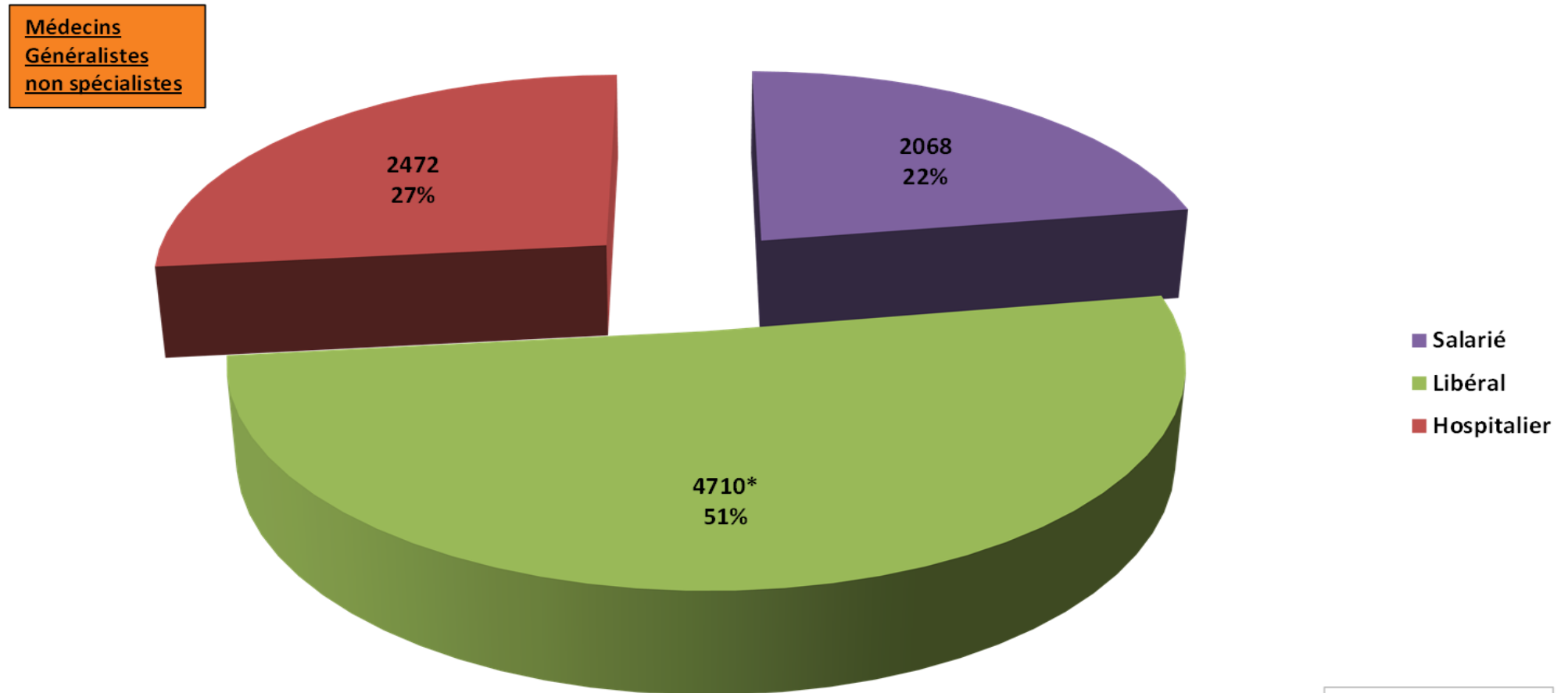
Répartition des 103 013 médecins répertoriés généralistes par mode d'exercice principal, au 01/01/2014 (toutes qualifications confondues)



Si exercice mixte, uniquement l'activité principale est retenue (ex. : libéral / hospitalier)

2) Répartition des médecins généralistes sans titre qualifiant, par mode d'exercice

Répartition des 9 250 médecins répertoriés généralistes (non spécialistes), sans titre qualifiant en MG, par mode d'exercice principal, au 01/01/2014



Si exercice mixte, uniquement l'activité principale est retenue (ex. : libéral / hospitalier)

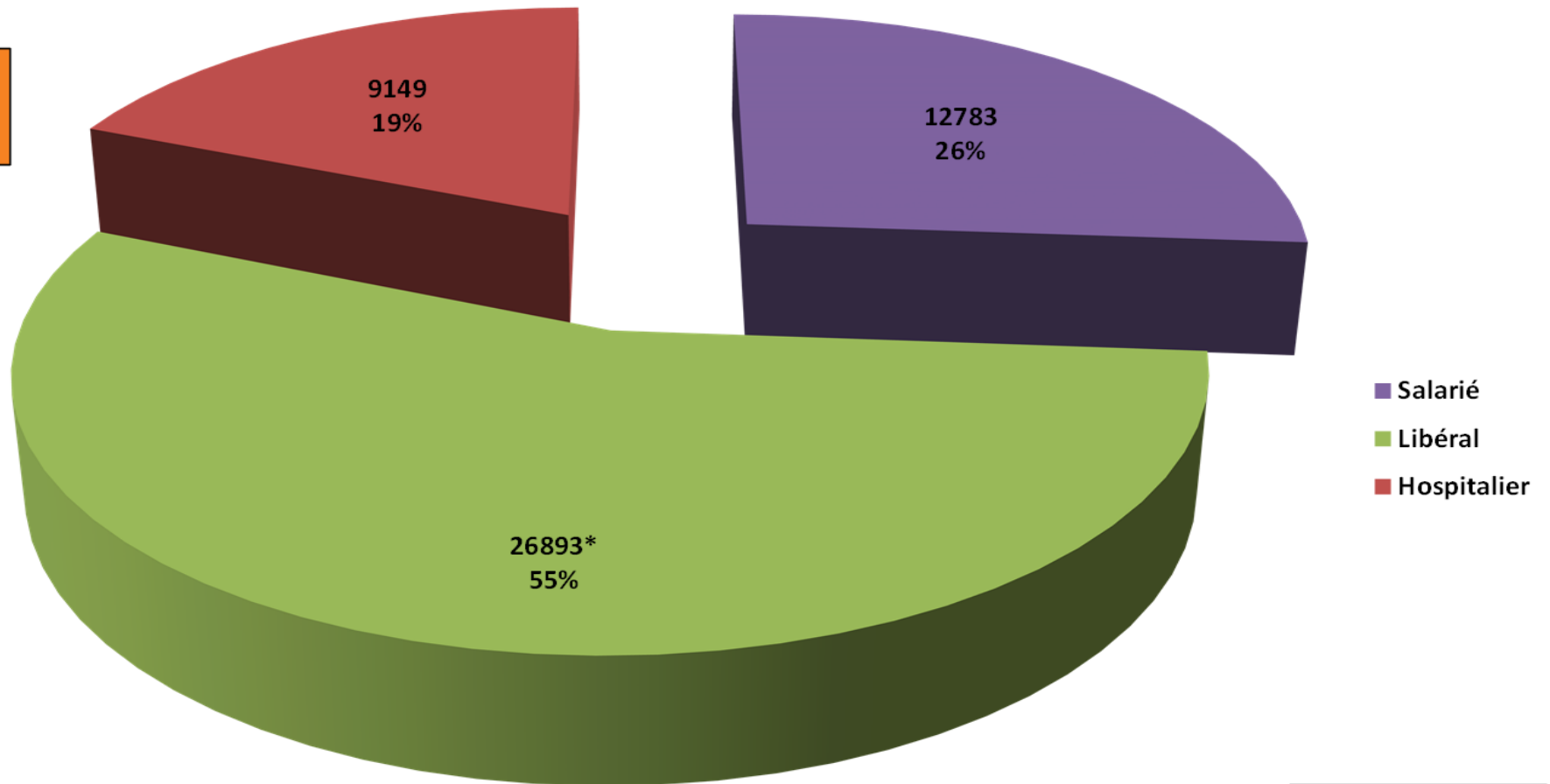
*Les remplaçants sont intégrés dans le groupe des libéraux

Diplôme de Docteur en Médecine / Autorisation ministérielle sans spécialité

3) Répartition des médecins généralistes avec un titre qualifiant, par mode d'exercice

Répartitions des 48 825 médecins répertoriés généralistes (non spécialistes), ayant un titre qualifiant en MG, par mode d'exercice principal au 01/01/2014

Médecins
Généralistes
non spécialistes

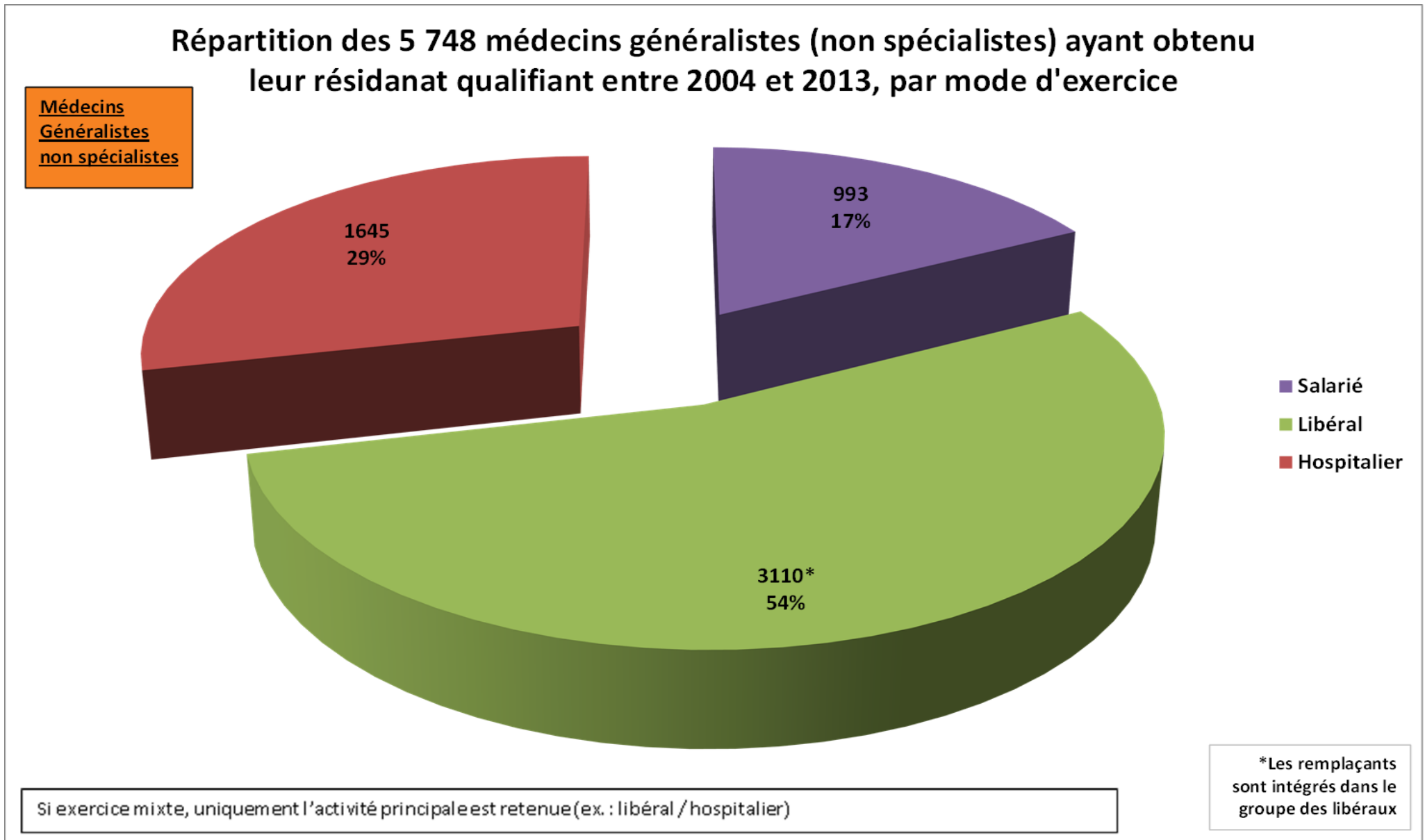


Si exercice mixte, uniquement l'activité principale est retenue (ex. : libéral / hospitalier)

*Les remplaçants sont intégrés dans le groupe des libéraux

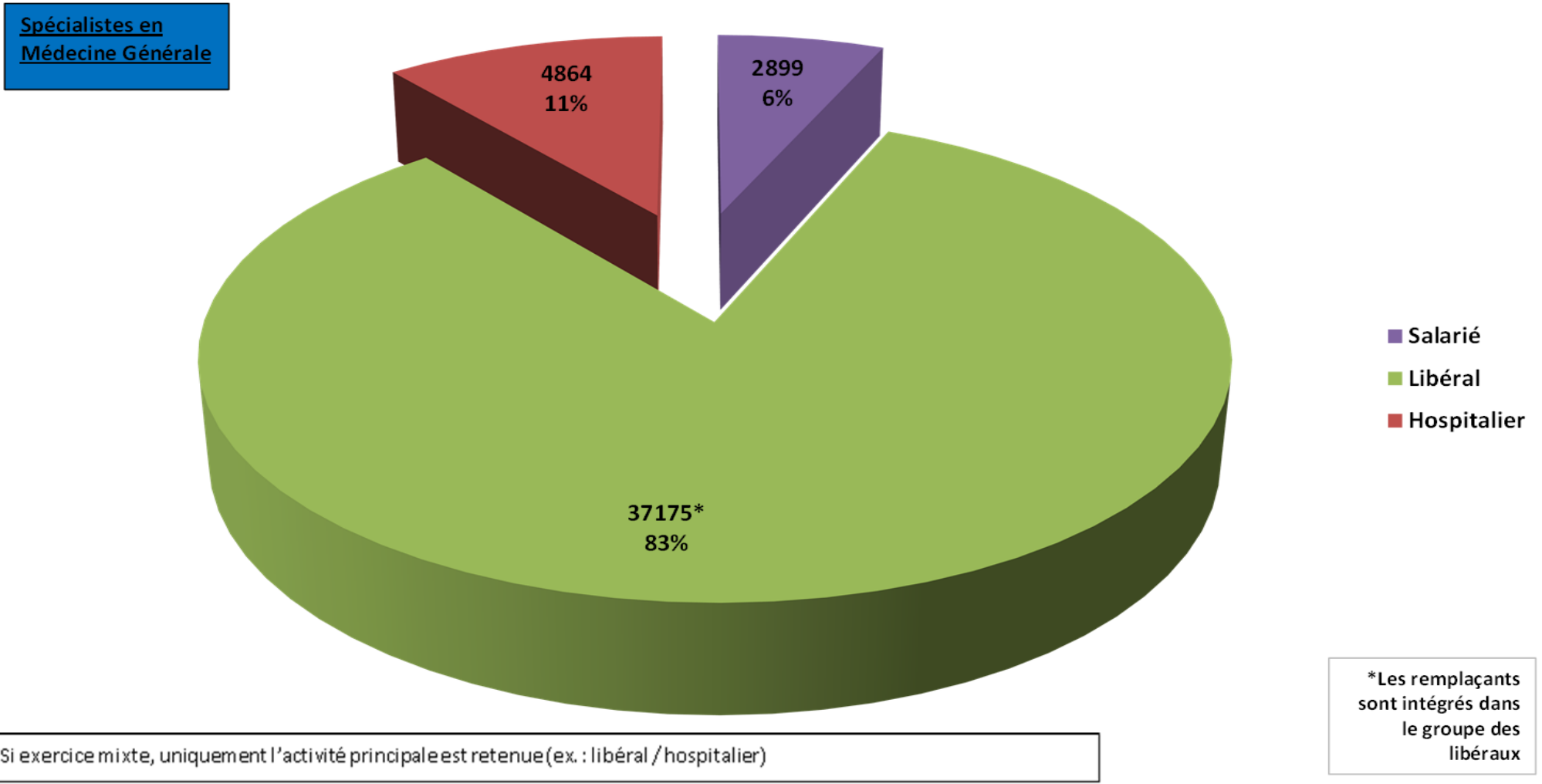
Résidanat / Loi de 91 / Diplôme européen

4) Répartition des médecins généralistes ayant obtenu leur résidanat qualifiant entre 2004 et 2013, par mode d'exercice



5) Répartition des médecins généralistes qualifiés spécialiste en MG, par mode d'exercice

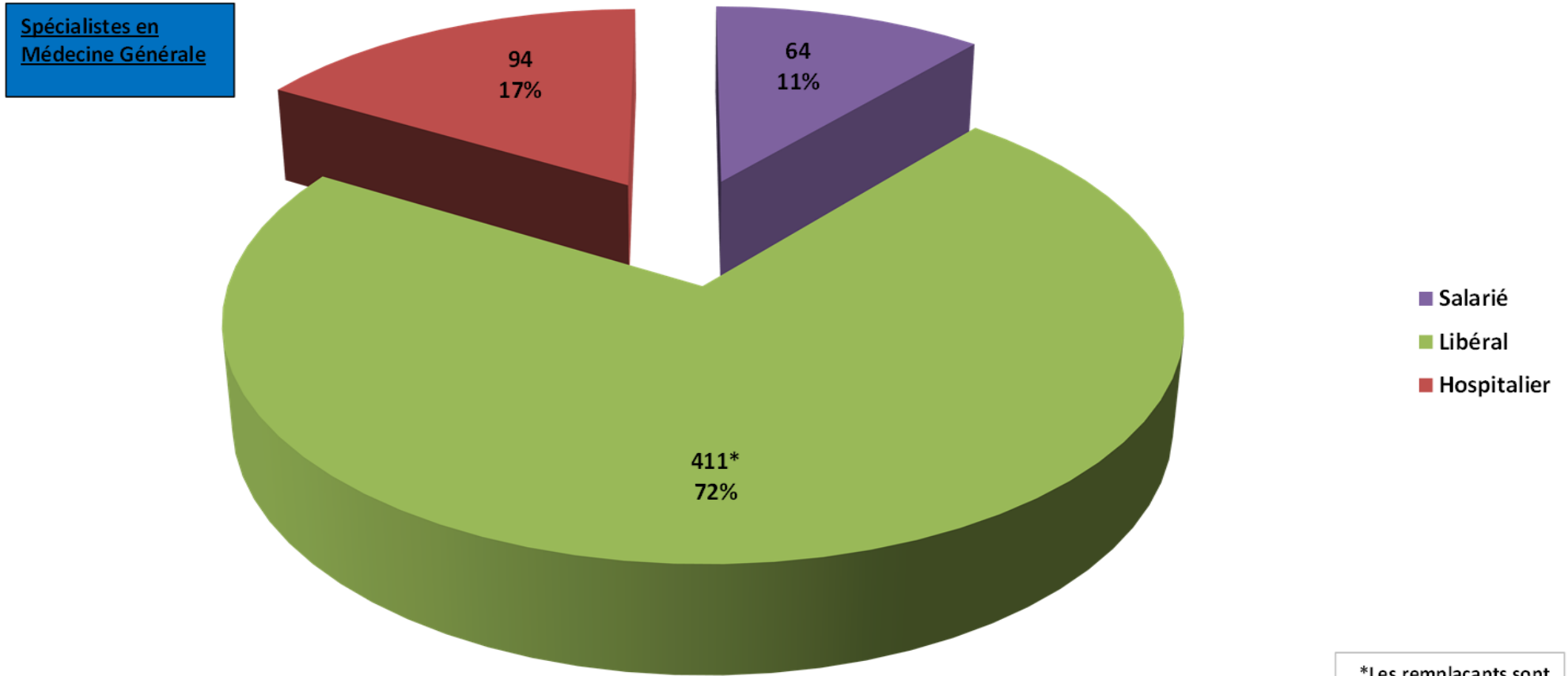
Répartitions des 44 938 médecins répertoriés généralistes, qualifiés spécialistes en MG, par mode d'exercice principal au 01/01/2014



DES / Commissions de qualification / Diplôme européen / PAE / RGE / Québec

6) Répartition des médecins généralistes qualifiés spécialiste en MG sur la base d'un diplôme européen, par mode d'exercice

Répartition des 569 médecins répertoriés généralistes, qualifiés spécialistes en MG sur la base d'un diplôme européen, par mode d'exercice principal, au 01/01/2014

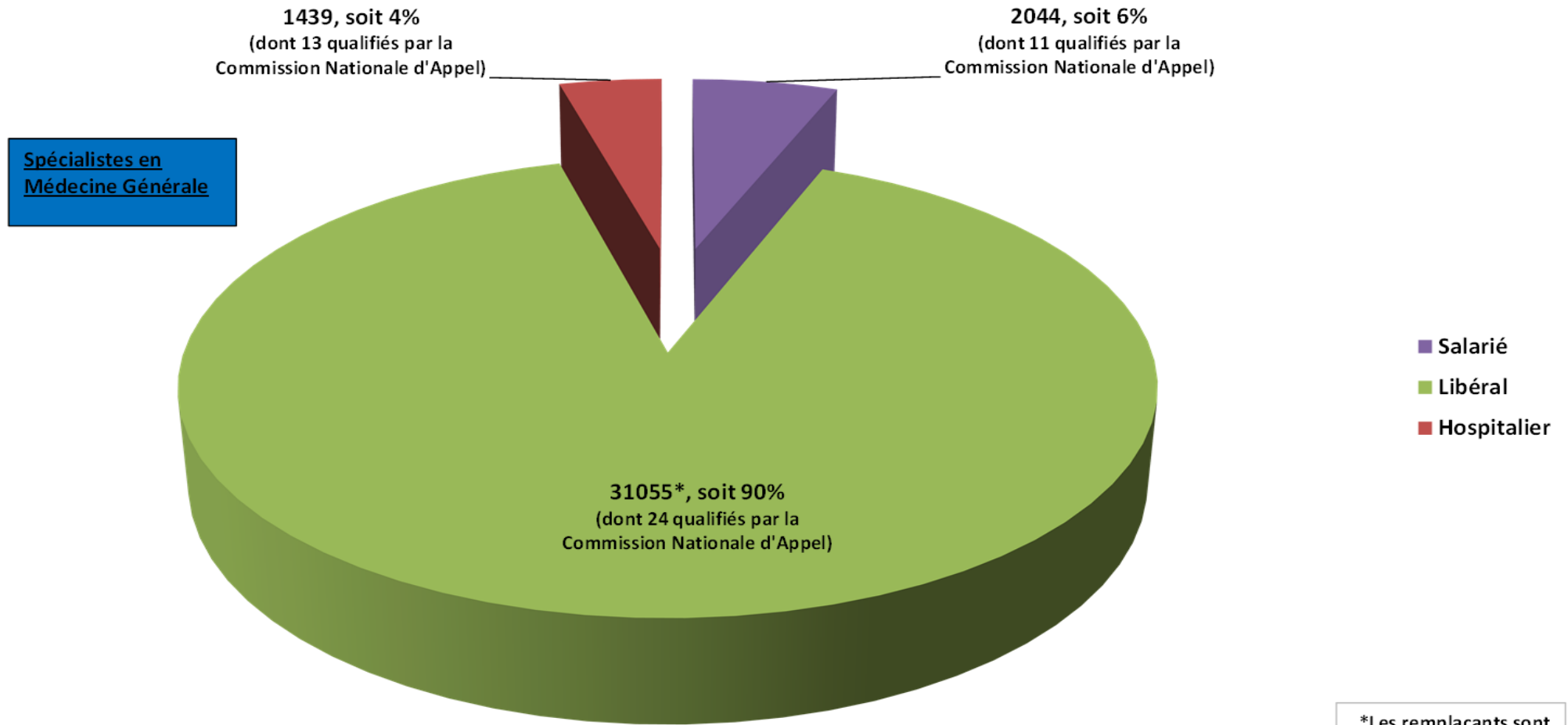


Si exercice mixte, uniquement l'activité principale est retenue(ex. : libéral / hospitalier)

*Les remplaçants sont intégrés dans le groupe des libéraux

7) Répartition des médecins généralistes qualifiés spécialiste en MG par les Commissions nationales de qualification, par mode d'exercice

Répartition des 34 538 médecins répertoriés généralistes, qualifiés spécialistes en MG par les Commissions de qualification, par mode d'exercice principal, au 01/01/2014



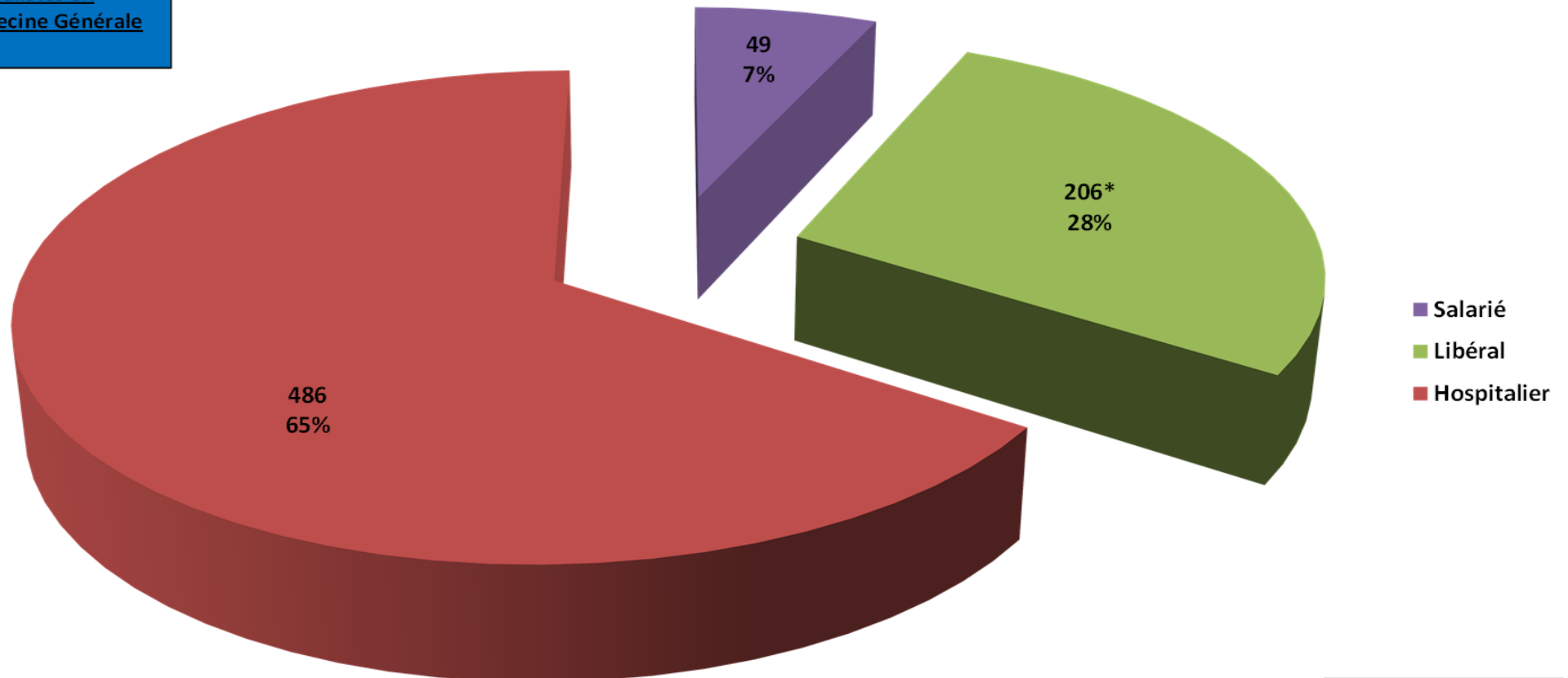
Si exercice mixte, uniquement l'activité principale est retenue (ex. : libéral / hospitalier)

*Les remplaçants sont intégrés dans le groupe des libéraux

8) Répartition des médecins généralistes qualifiés spécialiste en MG sur la base d'une autorisation ministérielle d'exercice, par mode d'exercice

Répartition des 741 médecins répertoriés généralistes, qualifiés spécialistes en MG sur la base d'une autorisation d'exercice, par mode d'exercice principal, au 01/01/2014

Spécialistes en
Médecine Générale

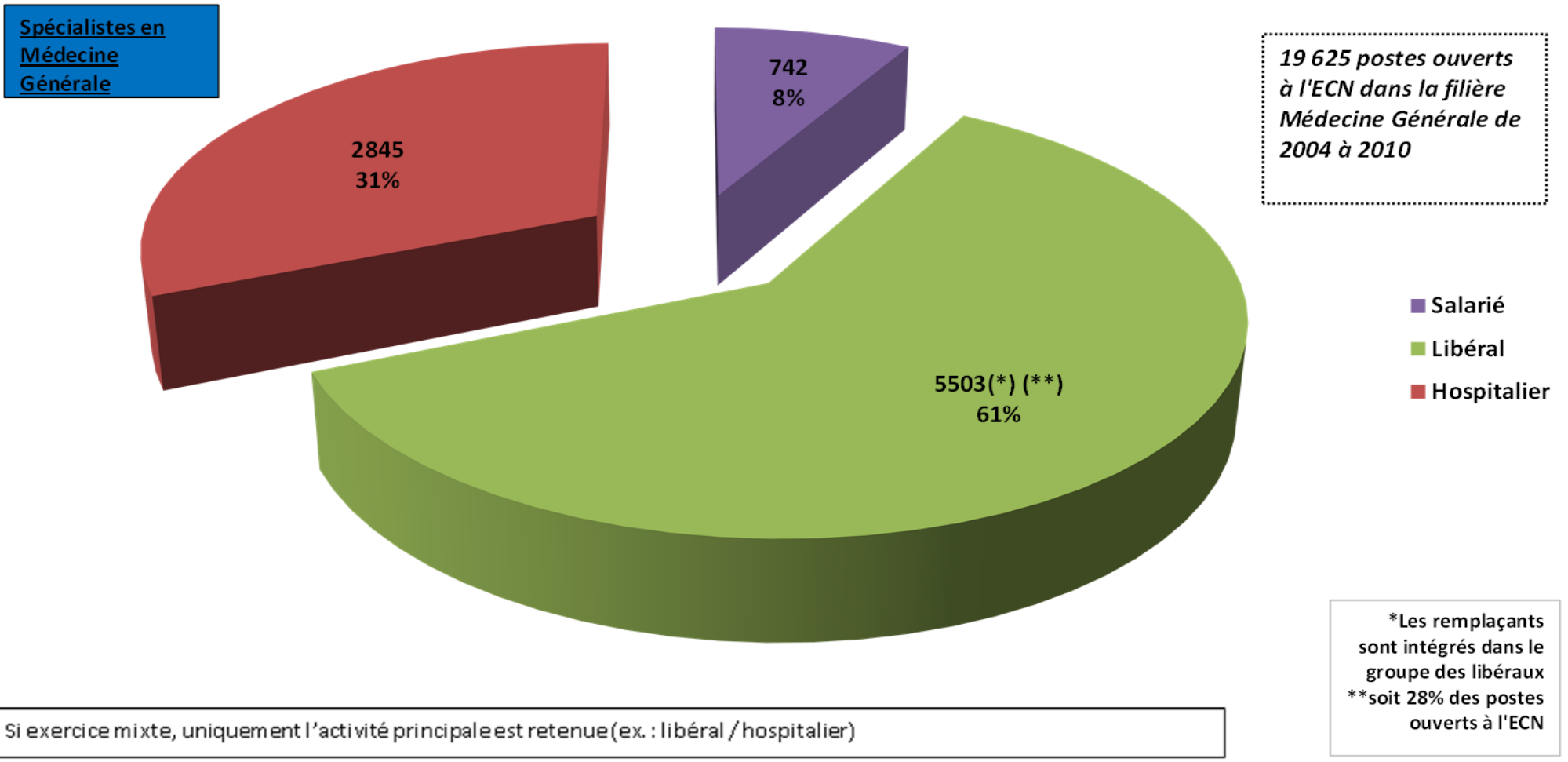


Si exercice mixte, uniquement l'activité principale est retenue (ex. : libéral / hospitalier)

*Les remplaçants sont intégrés dans le groupe des libéraux

9) Répartition des médecins généralistes qualifiés spécialiste en MG par la voie du DES, par mode d'exercice

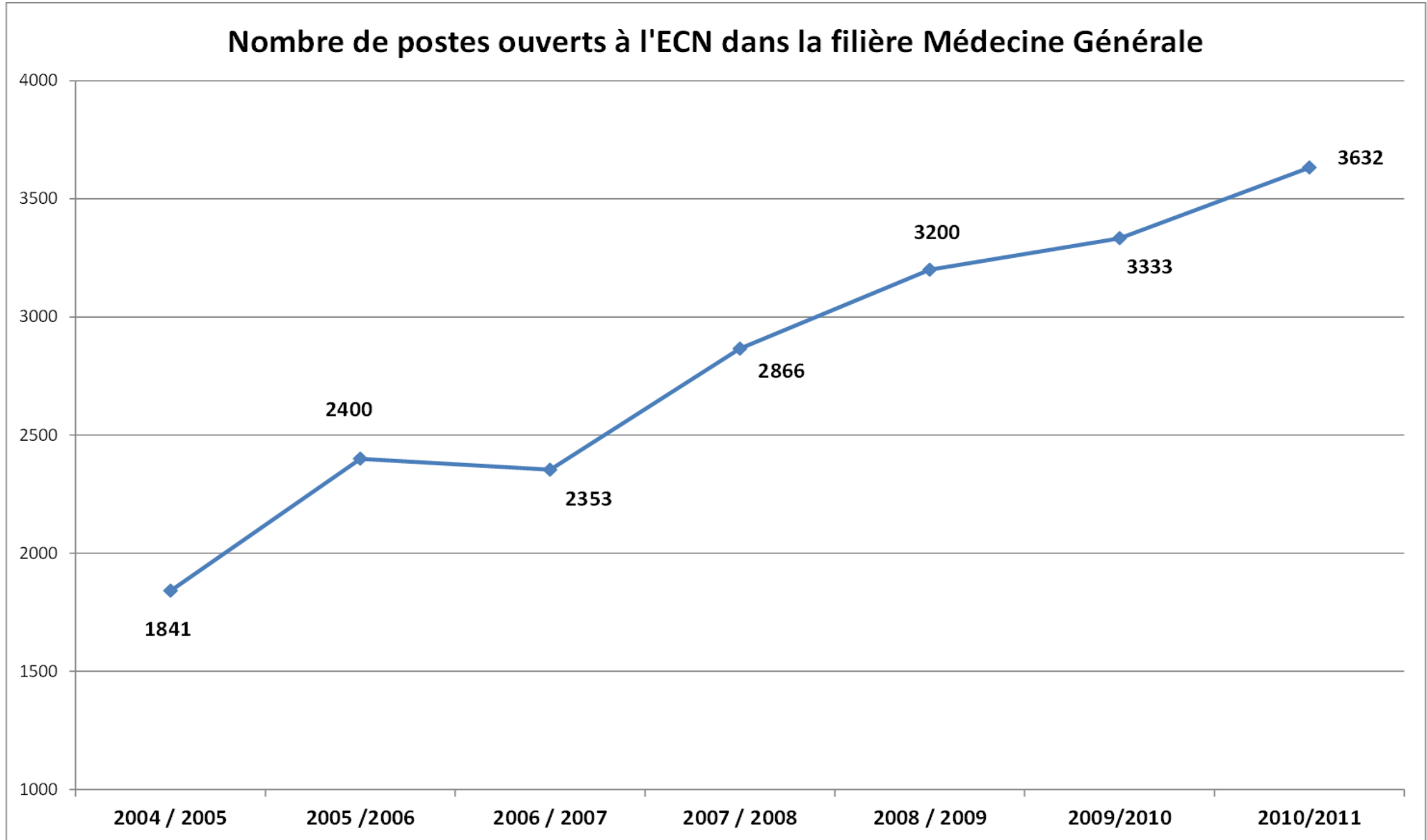
Répartition des 9 090 médecins répertoriés généralistes, qualifiés spécialistes en MG par la voie du DES, par mode d'exercice principal, au 01/01/2014



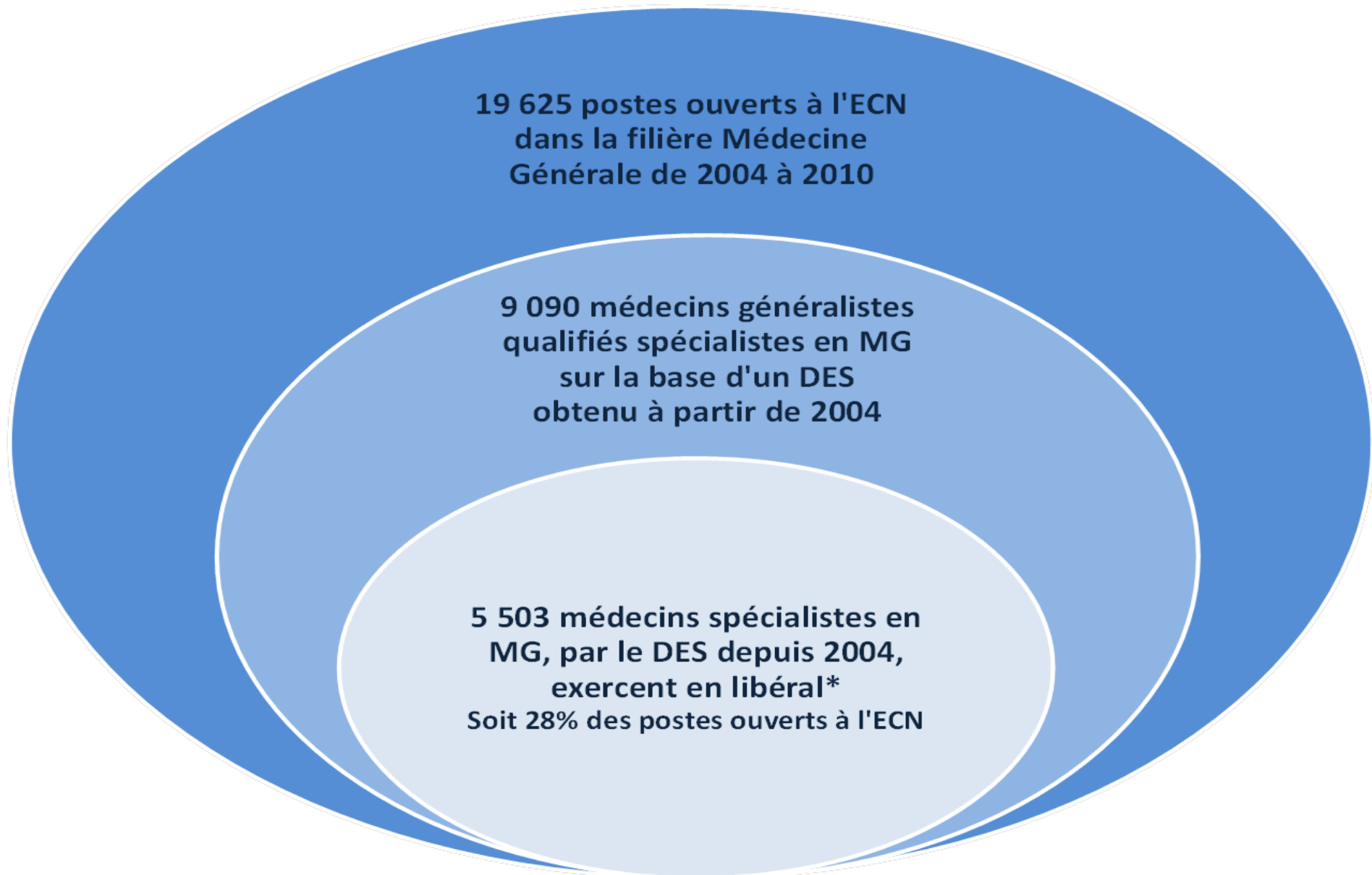
SECTION III : Evolution du numéris clausus et des qualifications enregistrées à l'ordre dans la filière médecine générale

Il convient de distinguer les postes offerts aux Epreuves Classantes Nationales (ECN), dans la filière de médecine générale, entre 2004 et 2010 (1), et la concordance avec les Diplômes d'Etudes Spécialisées en médecine générale et les modes d'exercice libéraux qui ont en effet été enregistrés à l'Ordre dans la période correspondante (2), puis le détail des qualifications enregistrées à l'Ordre dans la filière médecine générale entre 2009 et 2013 (3), et enfin l'évolution de ces mêmes qualifications entre 2009 et 2013 (4), ces deux derniers points étant extraits de l'Etude Comparative sur les voies de qualification des spécialités médicales version 2014,

1) Nombre de postes offerts aux Epreuves Classantes Nationales, dans la filière médecine générale, entre 2004 et 2010

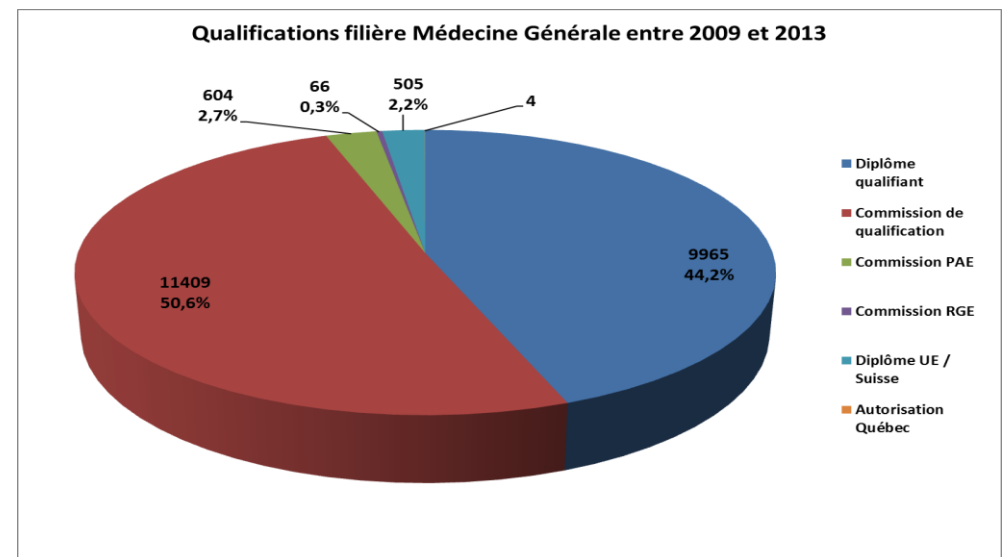
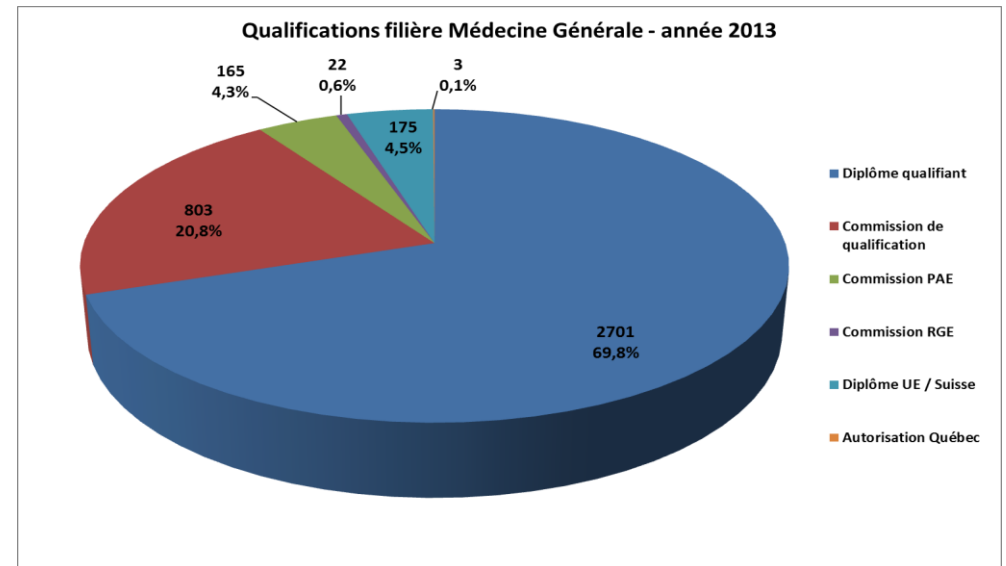


2) Concordance des postes ouverts à l'ECN, avec les DES enregistrés à l'Ordre et le mode d'exercice choisi

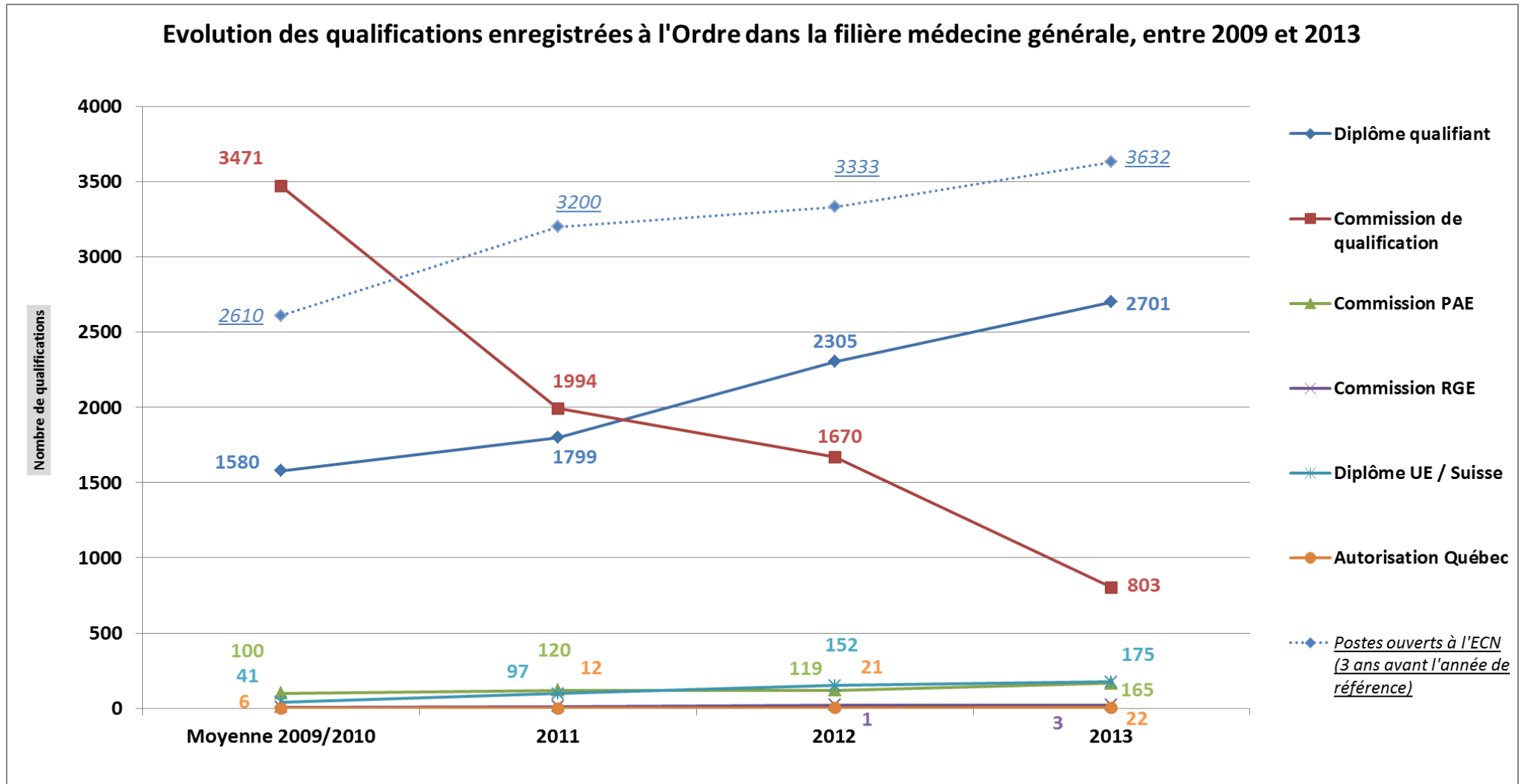


3) Qualifications enregistrées à l'Ordre dans la filière médecine générale entre 2009 et 2013

Qualification	Mode d'obtention	Nombre
MEDECINE GENERALE	Arrangement France- Québec (article L 4111-3-1 CSP)	3
MEDECINE GENERALE	Autorisation Hoczman dans une spécialité (depuis 12/2009)	11
MEDECINE GENERALE	Commission d'appel du CN	6
MEDECINE GENERALE	Commission de Qualification Première Instance	797
MEDECINE GENERALE	Diplôme d'Etat (M.G Nouveau Régime)	153
MEDECINE GENERALE	Diplôme d'études spéciales	2529
MEDECINE GENERALE	Diplôme suisse	2
MEDECINE GENERALE	Droit acquis (M.G ancien Régime)	17
MEDECINE GENERALE	Equivalence du CES ou du DES	2
MEDECINE GENERALE	Exercice autorisé dans une spécialité (L4131-1-1 du CSP)	11
MEDECINE GENERALE	Médecin ayant un diplôme CEE	173
MEDECINE GENERALE	NPA-Nouvelle Procédure d'Autorisation	165
TOTAL		3869



4) Evolution des qualifications enregistrées à l'Ordre dans la filière médecine générale entre 2009 et 2013



SECTION IV : Répartition globale des médecins généralistes, par qualification, par mode d'exercice et par fonction

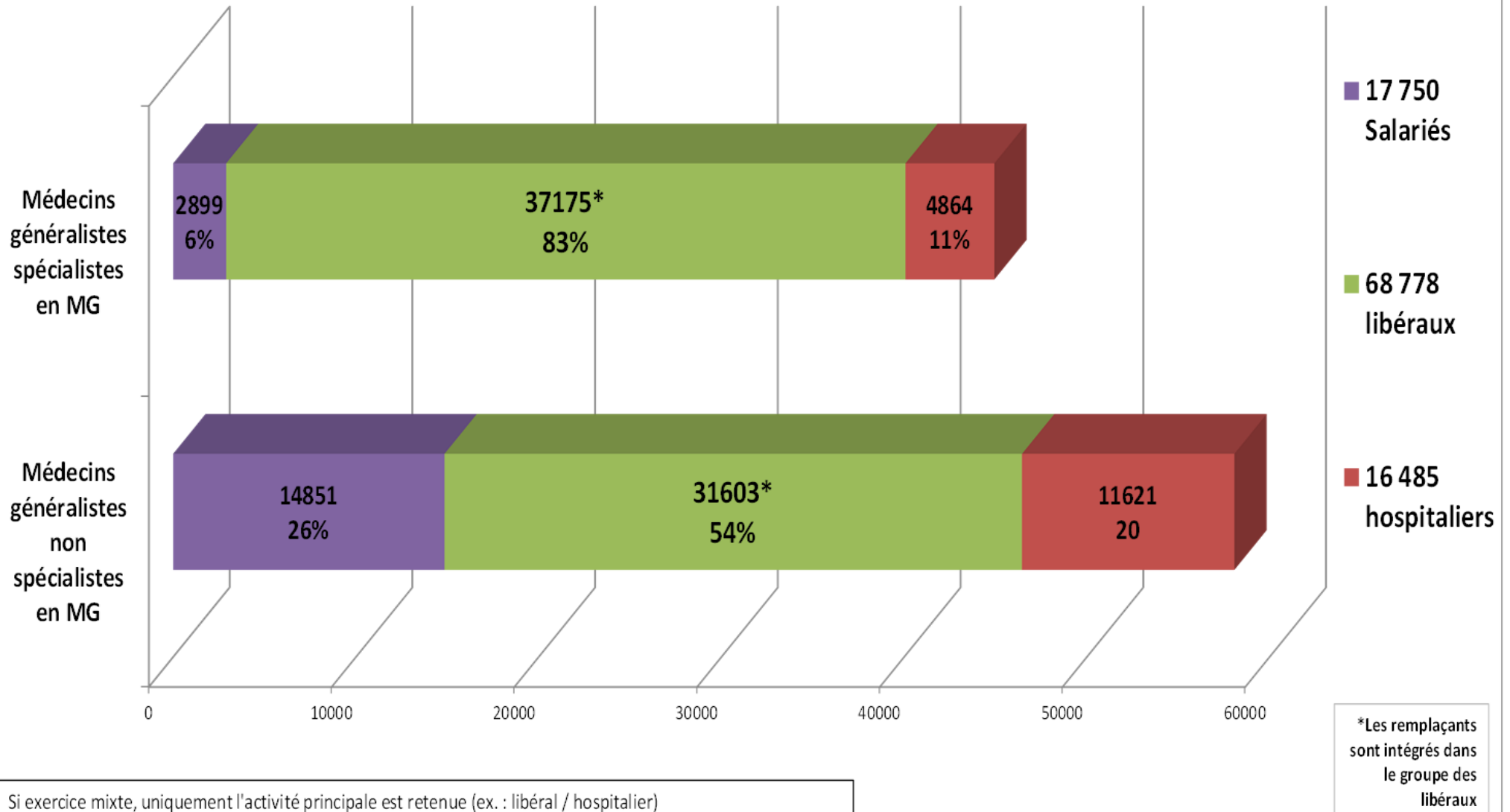
Pour une lecture simplifiée, les catégories « médecins généralistes sans titre qualifiant » et « médecins généralistes avec titre qualifiant » ont été fusionnées dans une catégorie « médecins généralistes non spécialistes en MG ».

La fonction d'exercice est celle qui a été déclarée par le médecin à son Conseil Départemental.

Nous avons tout d'abord représenté la répartition globale des médecins généralistes, par mode d'exercice, en fonction de leur qualification (1), puis la répartition des fonctions exercées pour les médecins généralistes salariés, par qualification (2), la répartition des fonctions exercées pour les médecins généralistes libéraux, par qualification (3), la répartition des fonctions exercées pour les médecins généralistes hospitaliers, par qualification (4).

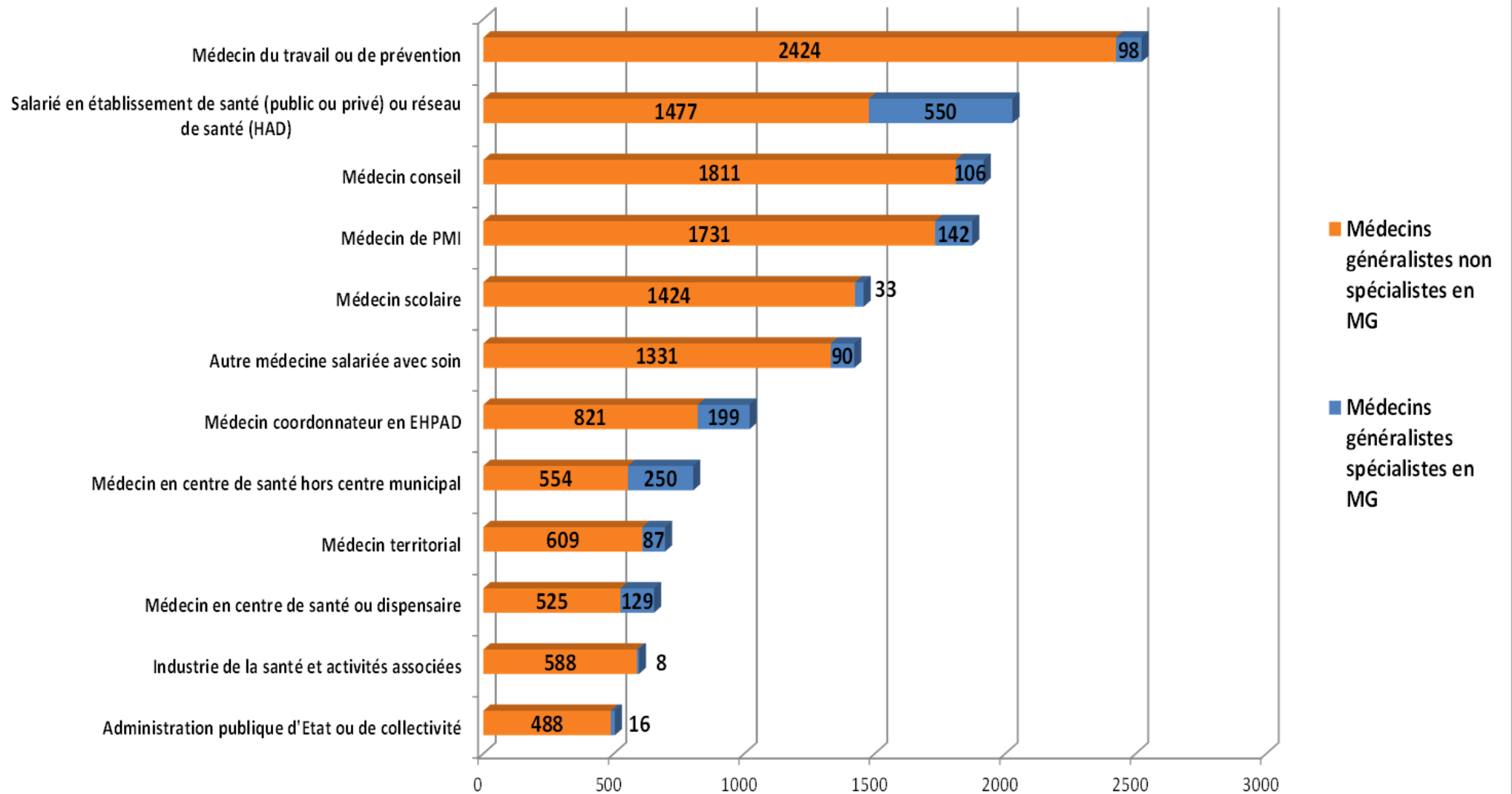
1) Répartition globale des médecins généralistes, par mode d'exercice, en fonction de la qualification

Mode d'exercice des 103 013 médecins répertoriés généralistes, par qualification, au 01/01/2014

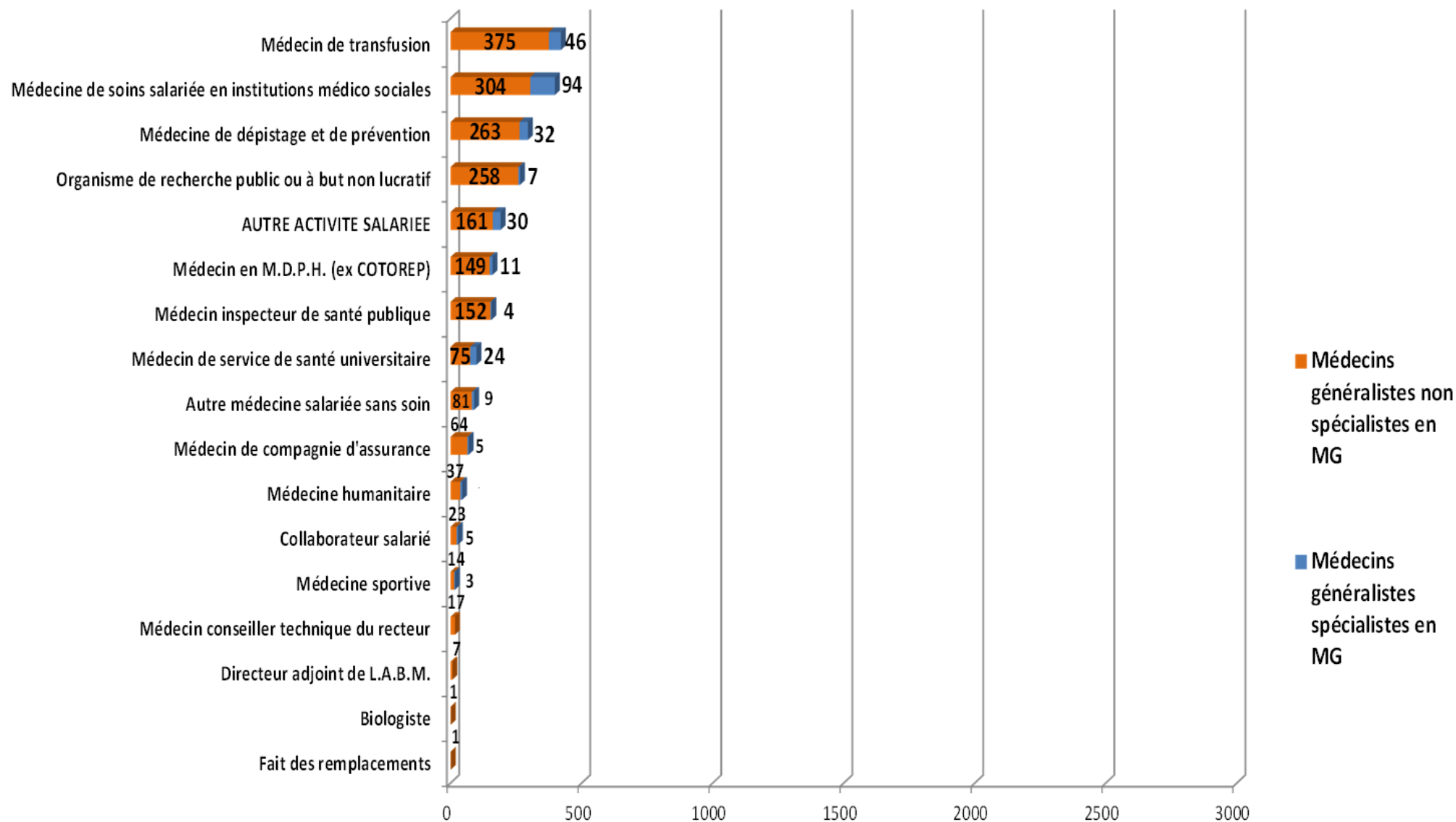


2) Fonctions exercées par les médecins généralistes salariés, par qualification

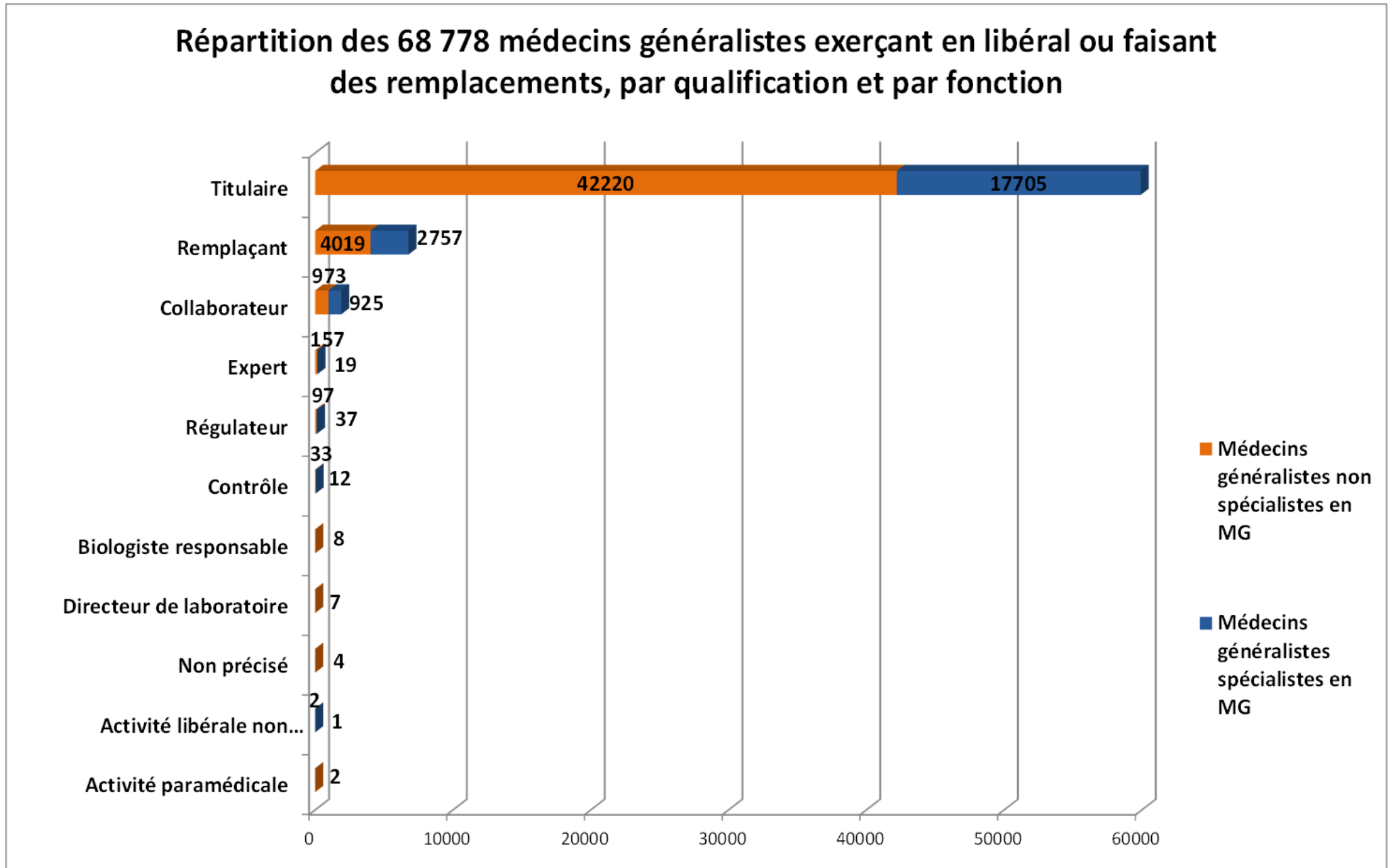
Répartition des 17 750 médecins généralistes exerçant en tant que salarié, par qualification et par fonction (1/2)



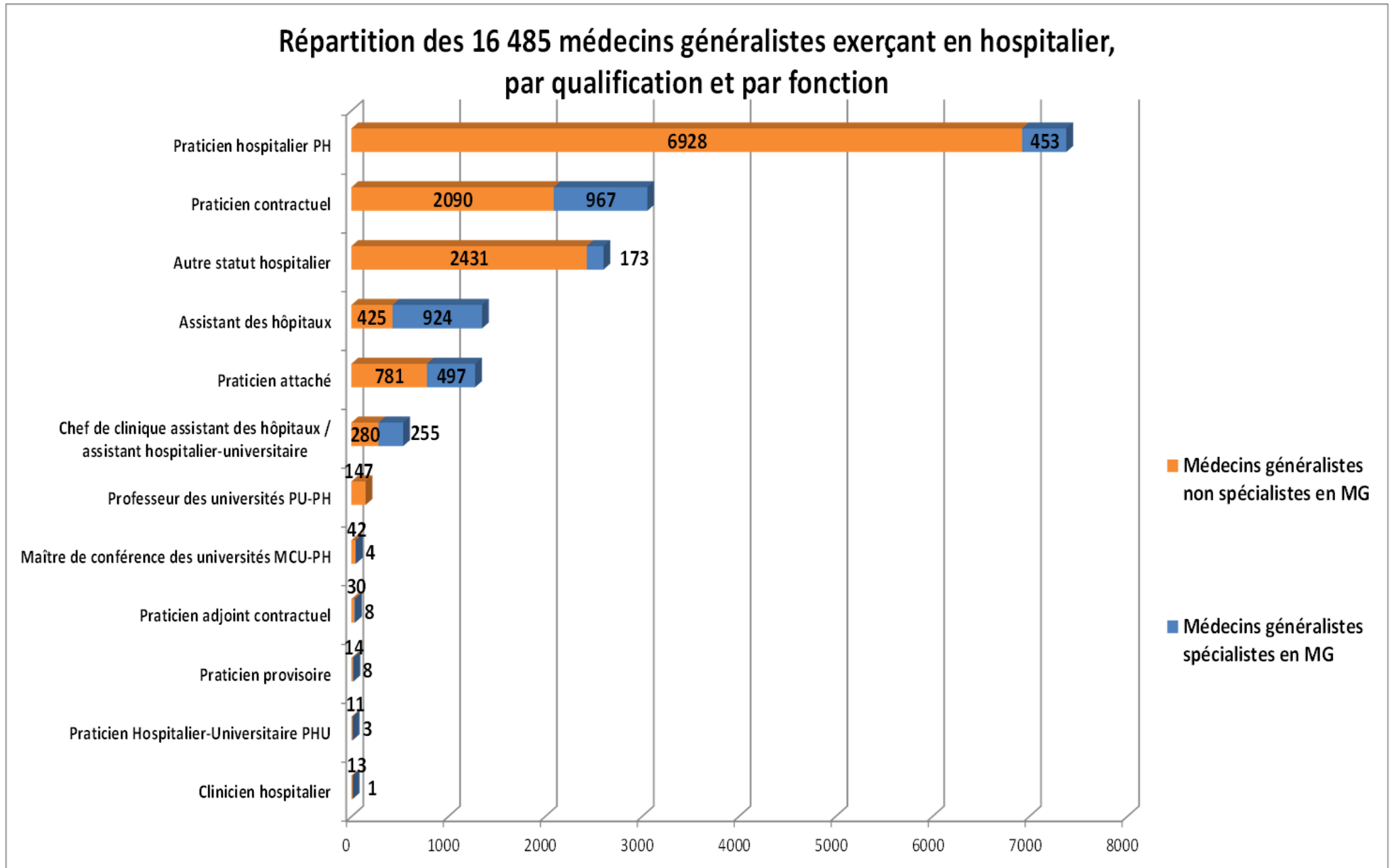
Répartition des 17 750 médecins généralistes exerçant en tant que salarié, par qualification et par fonction (2/2)



3) Fonctions exercées par les médecins généralistes libéraux, par qualification



4) Fonctions exercées par les médecins généralistes hospitaliers, par qualification



SECTION V : Répartition globale des médecins généralistes, par qualification, par mode d'exercice et par discipline complémentaire déclarée exercée

25 327 médecins répertoriés généralistes (sur 103 013) ont déclaré, à leur Conseil Départemental, exercer une ou plusieurs disciplines complémentaires d'exercice.

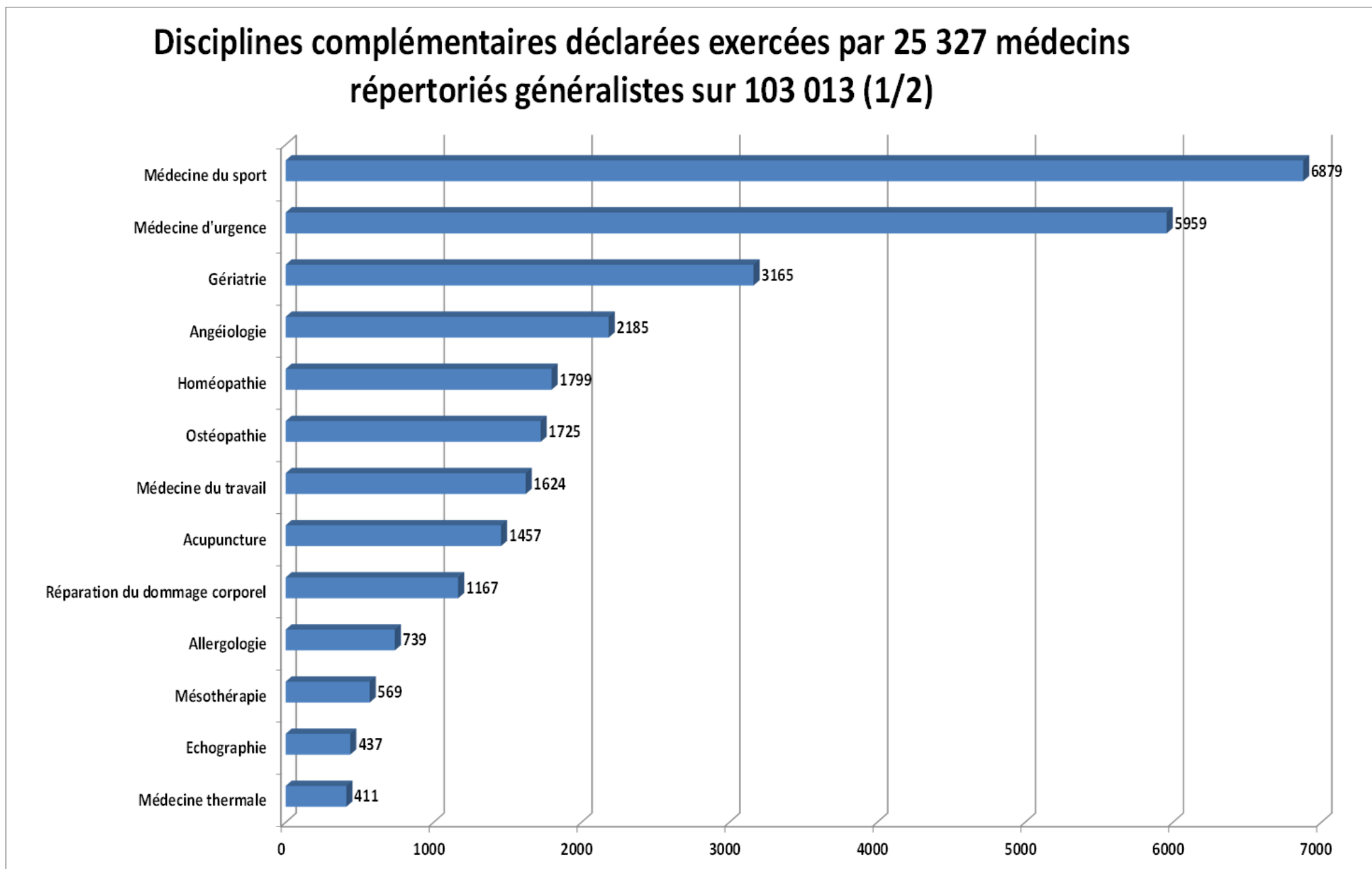
Ces disciplines complémentaires d'exercice, ont pu être obtenues par 5 biais :

- Compétence (obtenue avant 2004)
- DESC I, non qualifiant (obtenu depuis 1988)
- Capacité de médecine (obtenue depuis 1988)
- Orientation d'activité (homéopathie depuis 1974 ou diplôme reconnu en acupuncture)
- Mention autorisée (droit au titre) par le CNOM

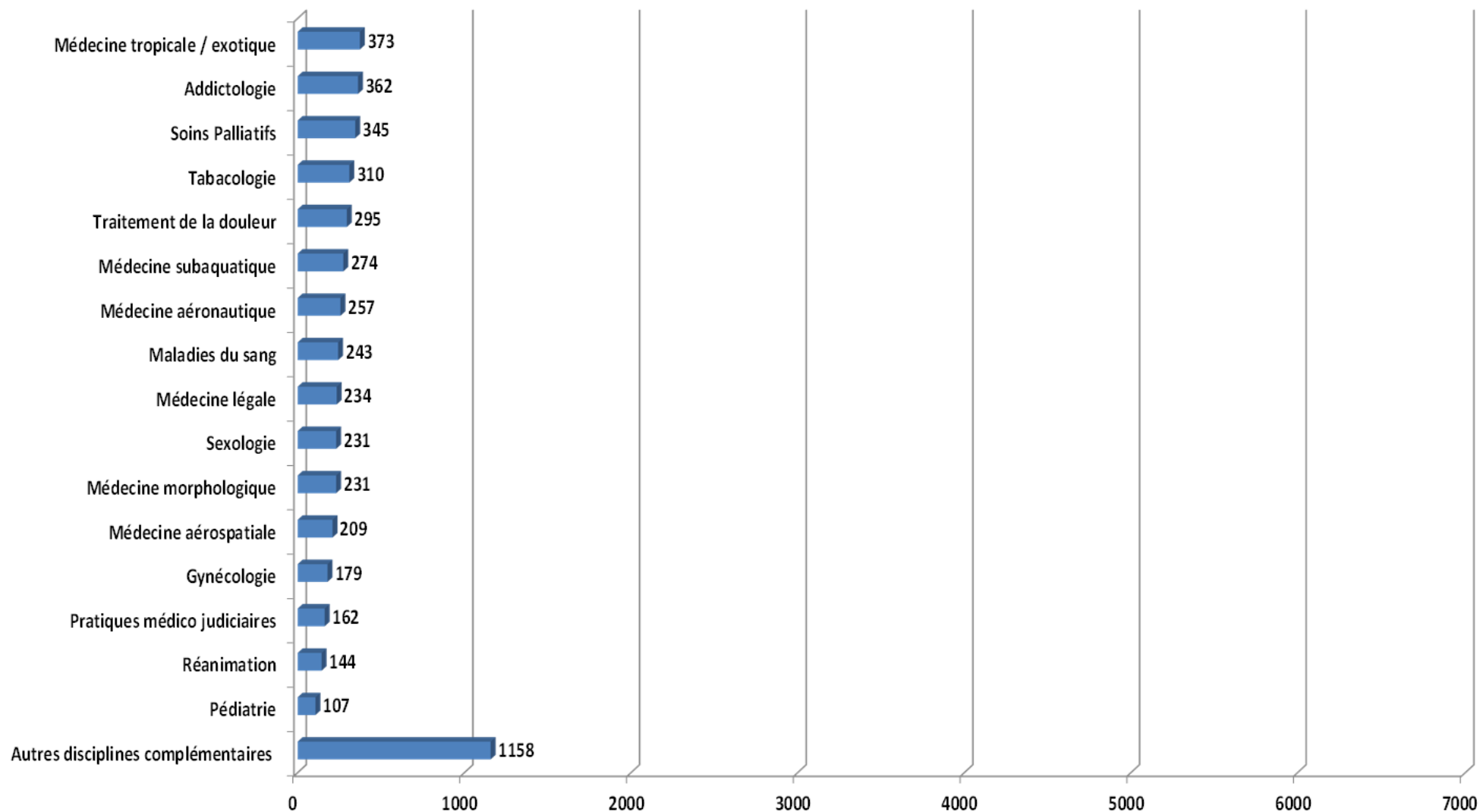
Certaines disciplines complémentaires équivalentes ont été colligées, quel que soit leur mode d'obtention (annexes I, II et III)

Nous avons tout d'abord représenté la répartition globale des médecins généralistes par discipline complémentaire déclarée exercée (1), avant d'indiquer, pour chacune des ces disciplines, la répartition par mode d'exercice et par qualification (2 à 30).

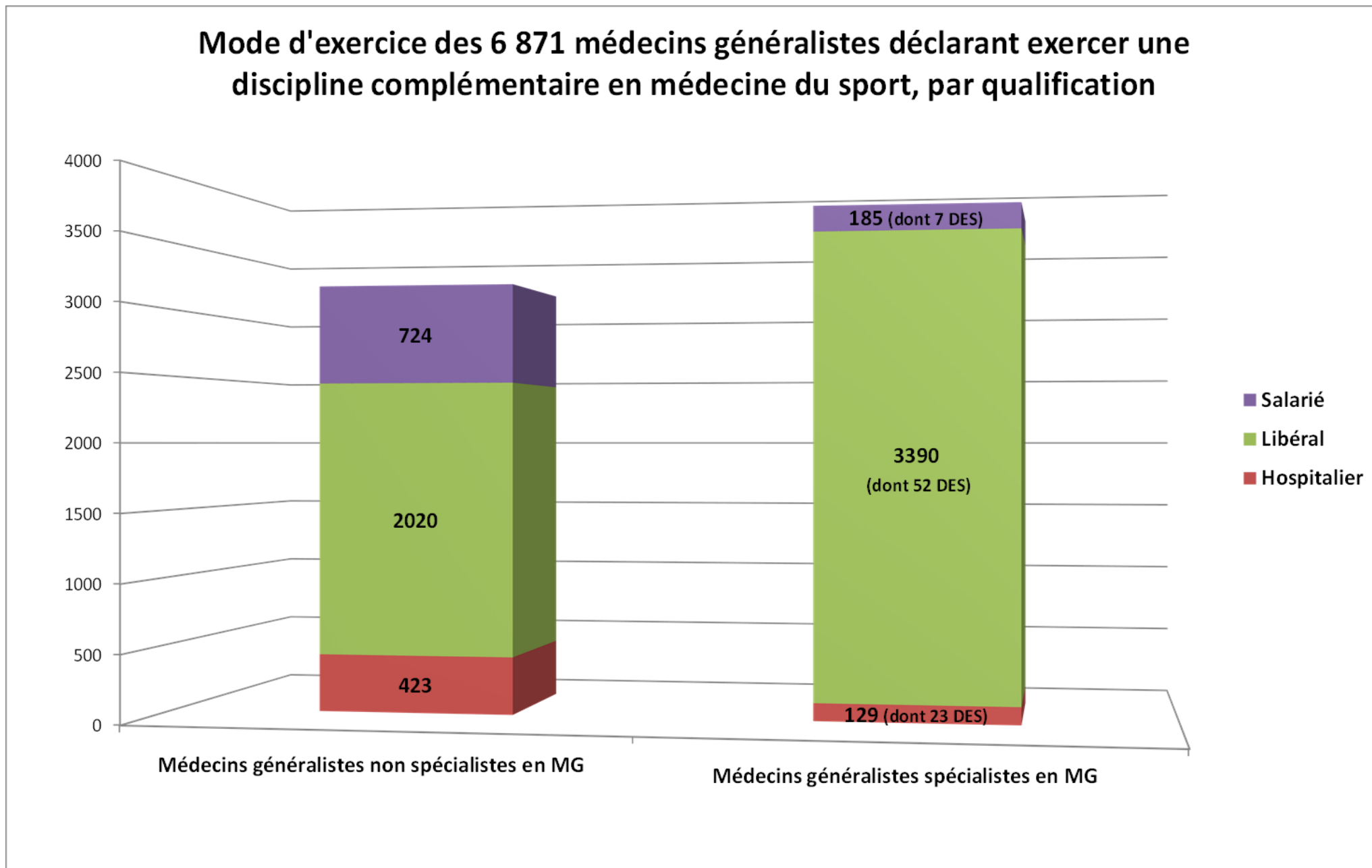
1) Répartition globale des disciplines complémentaires déclarées exercées par des médecins généralistes



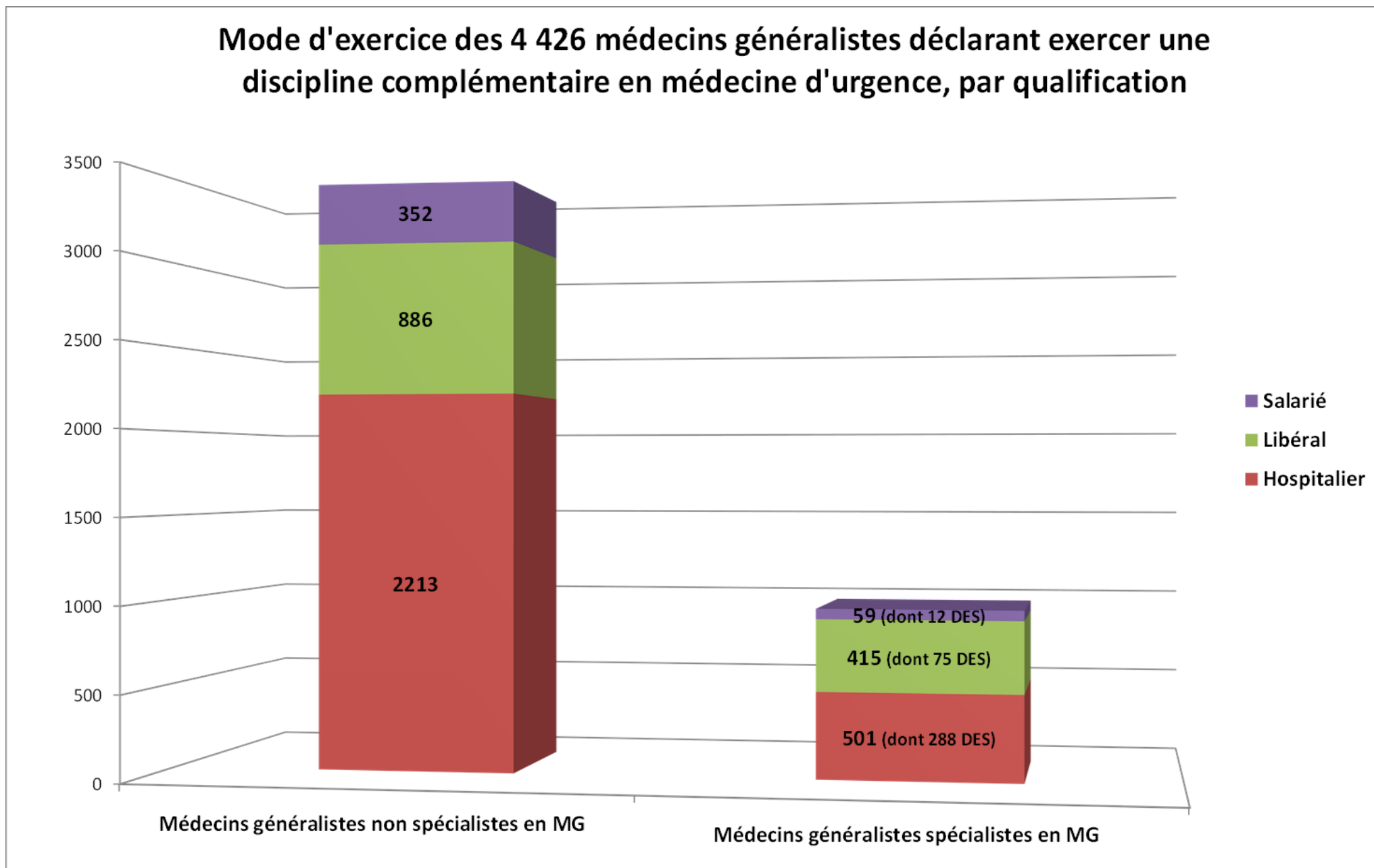
Disciplines complémentaires déclarées exercées par 25 327 médecins répertoriés généralistes sur 103 013 (2/2)



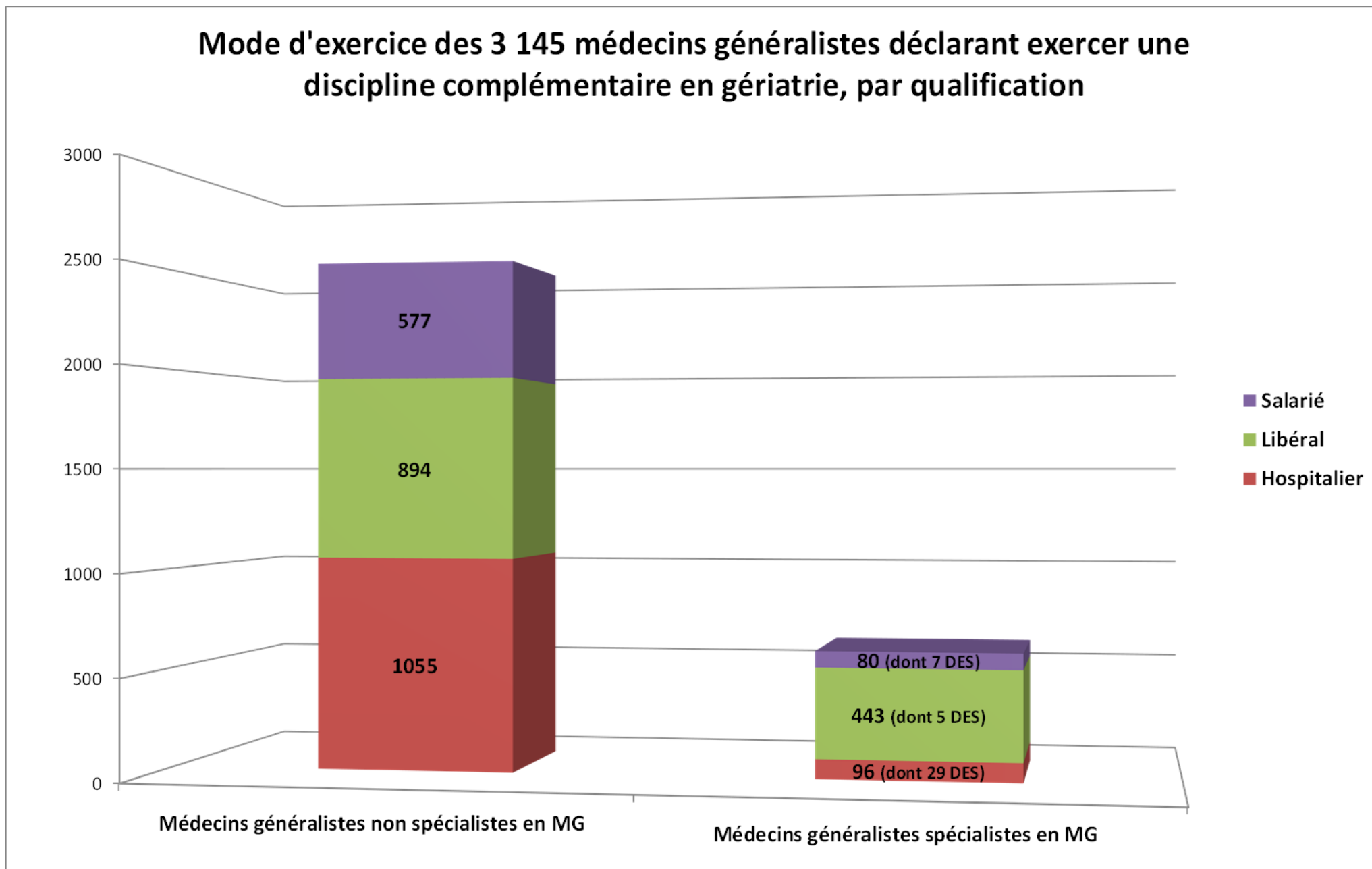
2) Répartition des médecins généralistes exerçant la médecine du sport, par mode d'exercice et par qualification



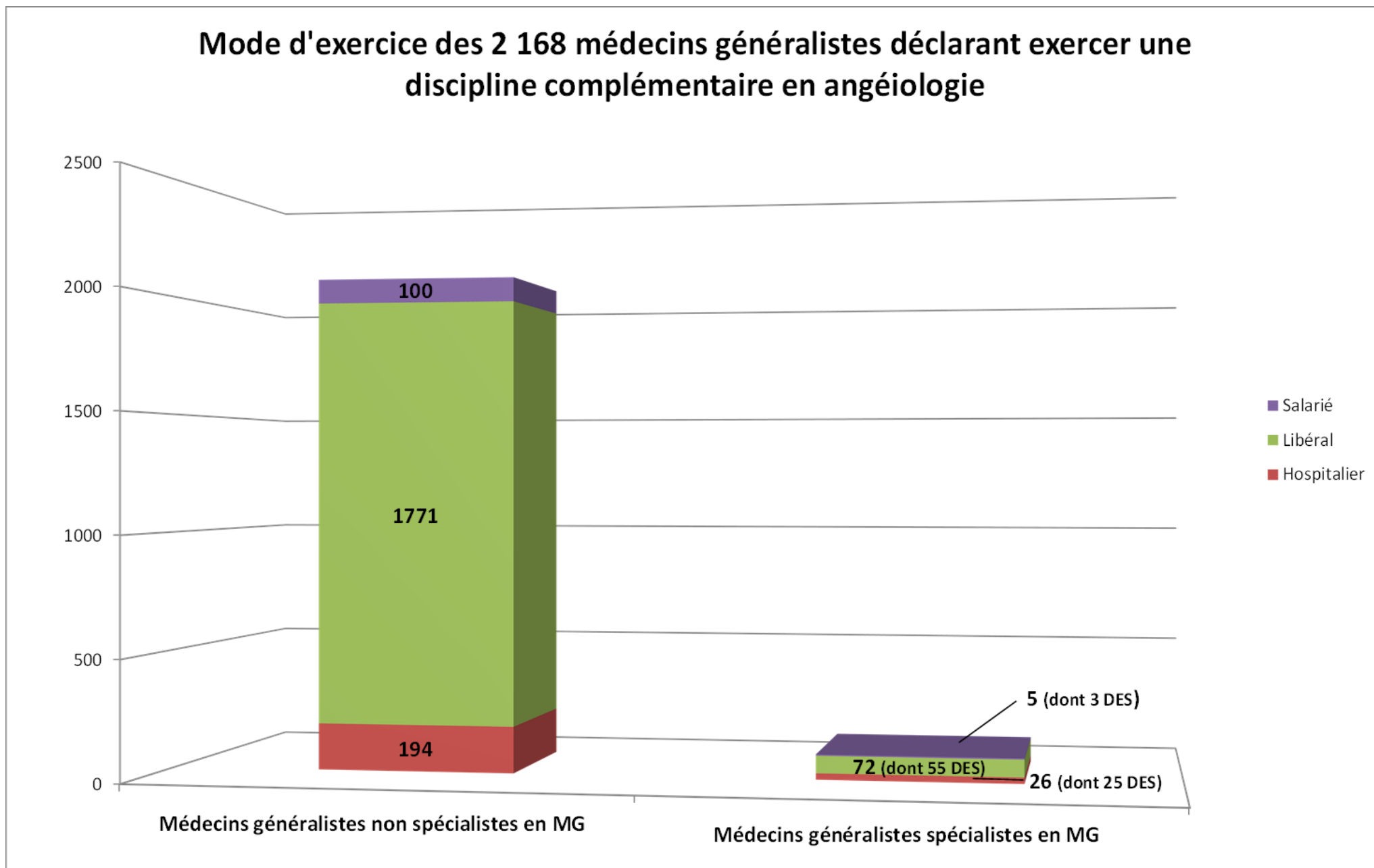
3) Répartition des médecins généralistes exerçant la médecine d'urgence, par mode d'exercice et par qualification



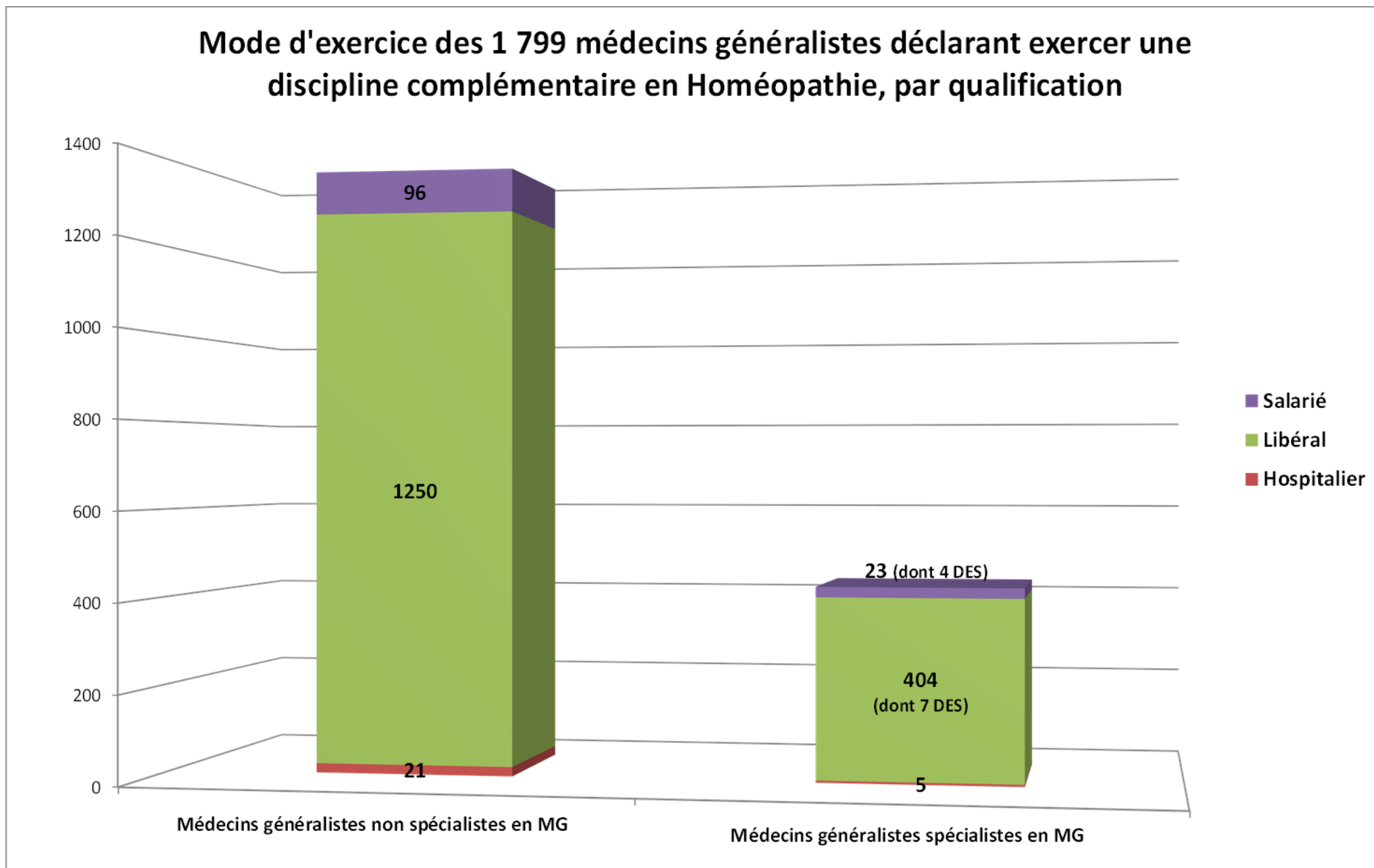
4) Répartition des médecins généralistes exerçant la gériatrie, par mode d'exercice et par qualification



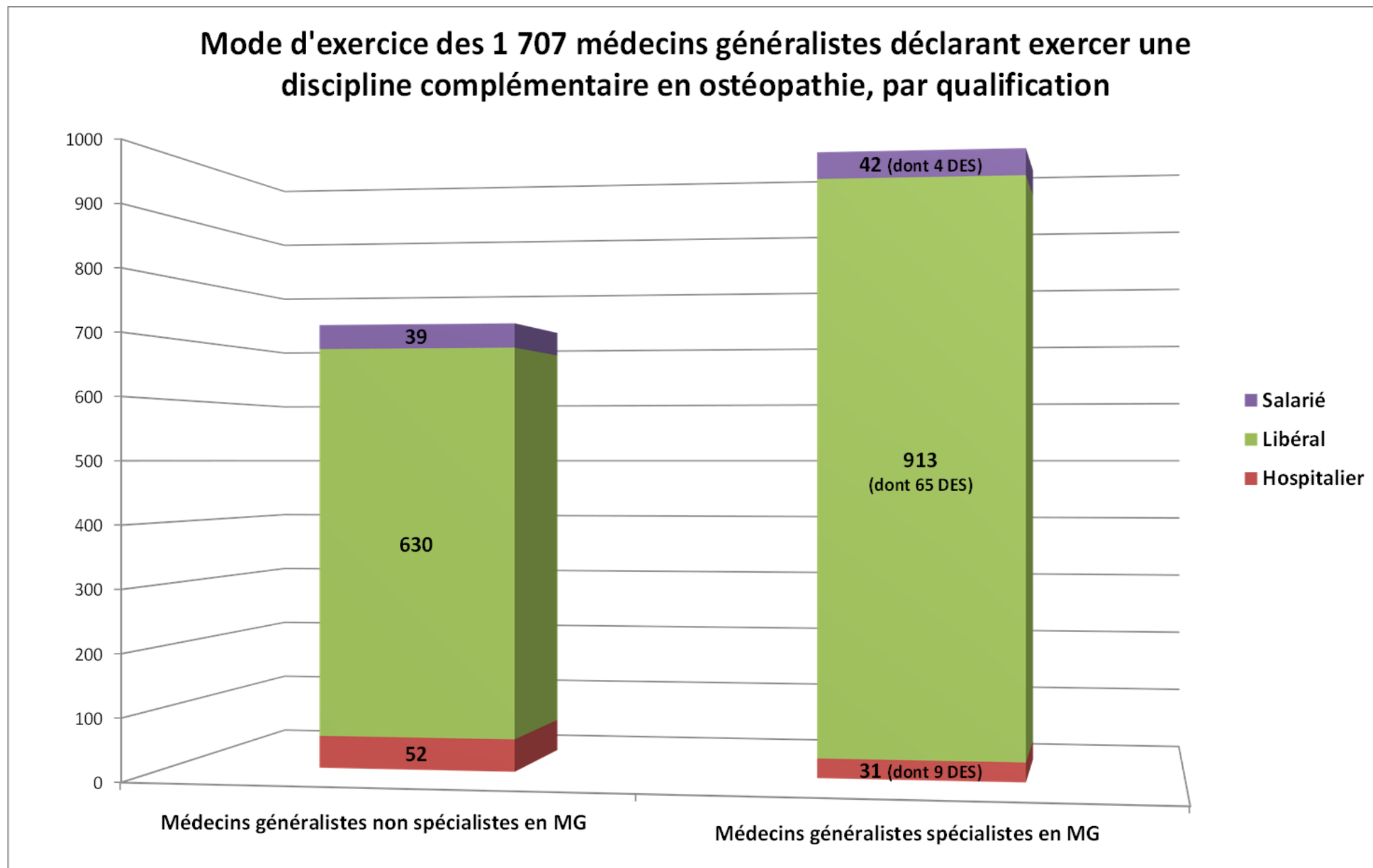
5) Répartition des médecins généralistes exerçant l'angéiologie, par mode d'exercice et par qualification



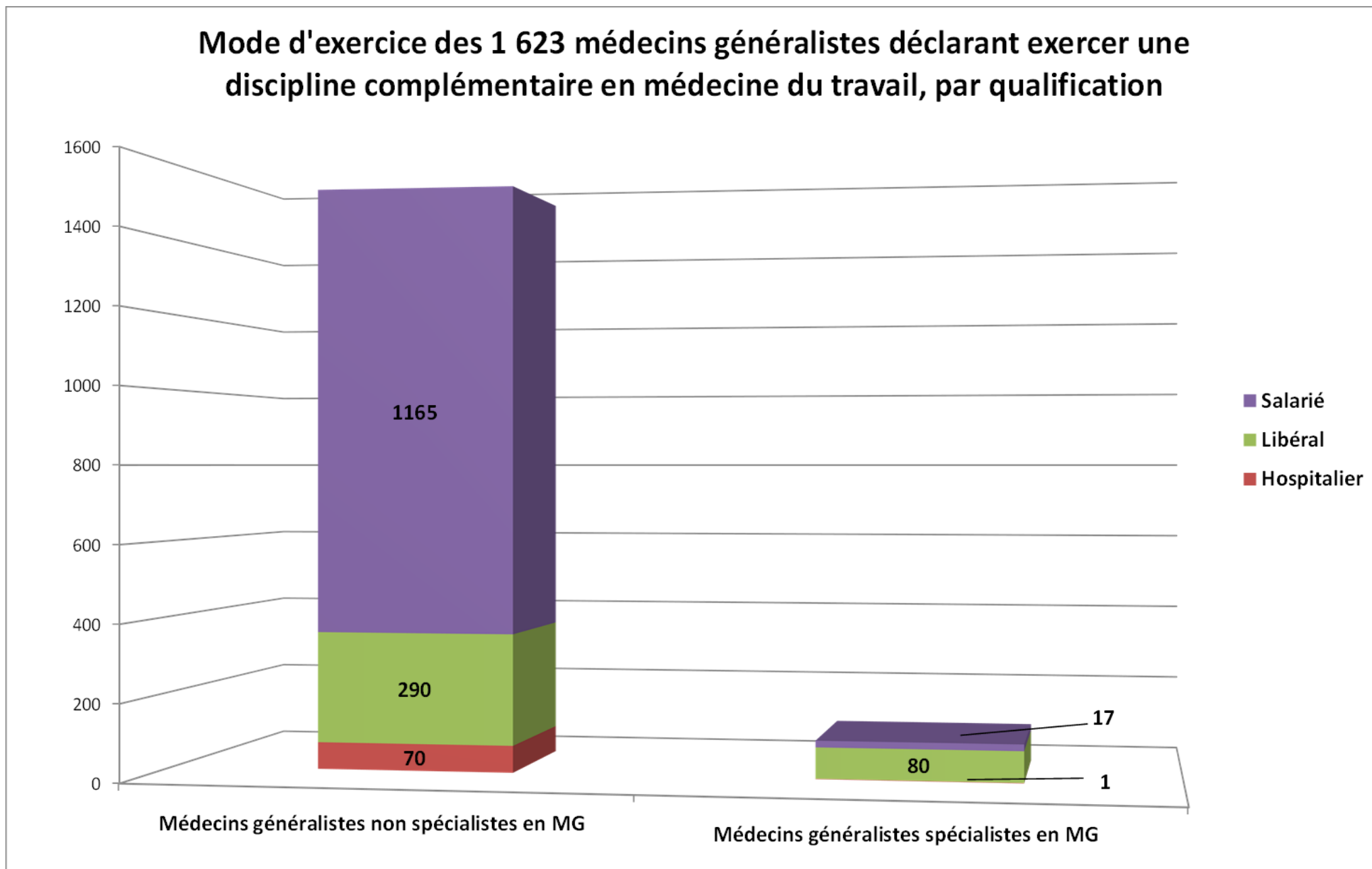
6) Répartition des médecins généralistes exerçant l'homéopathie, par mode d'exercice et par qualification



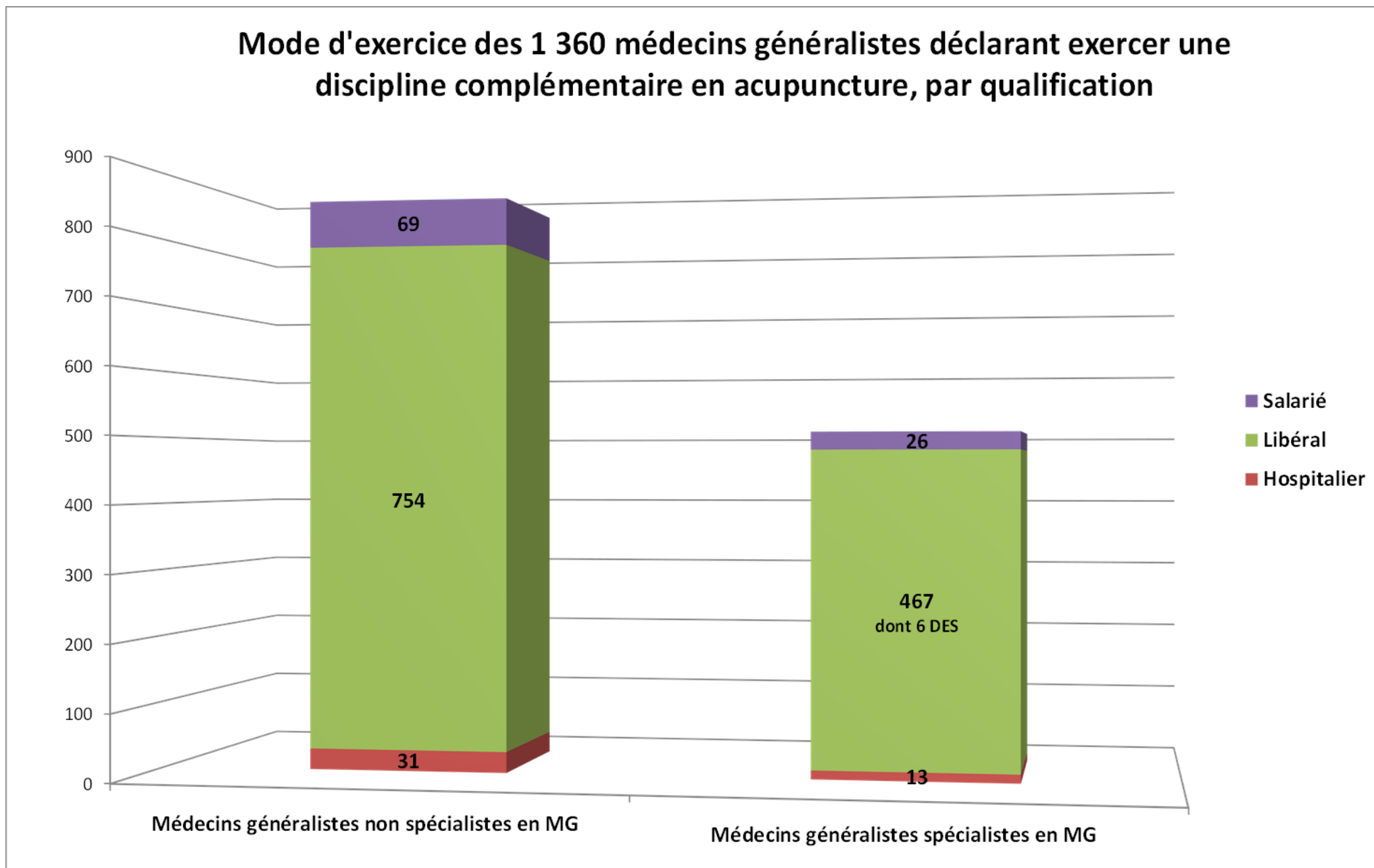
7) Répartition des médecins généralistes exerçant l'ostéopathie, par mode d'exercice et par qualification



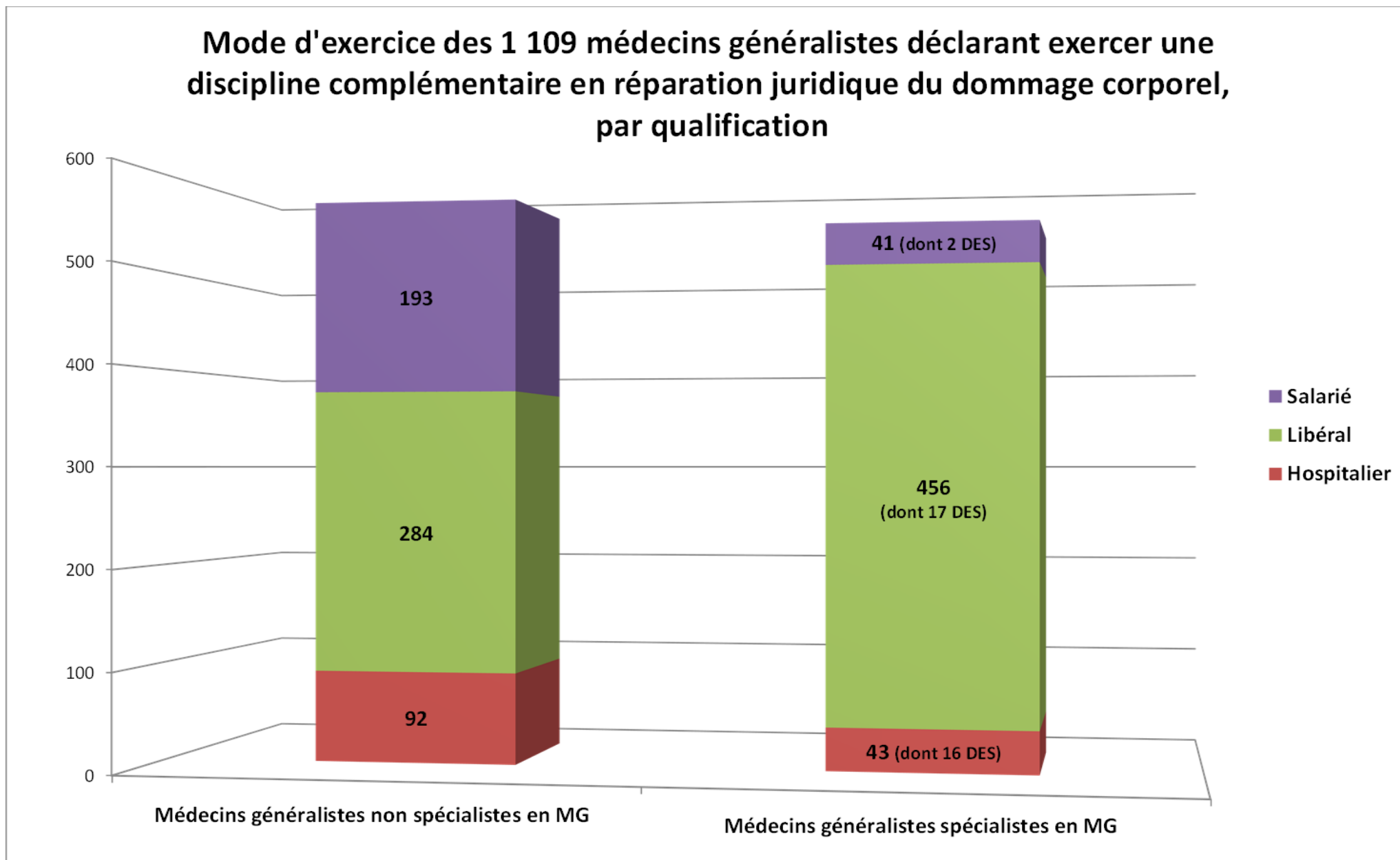
8) Répartition des médecins généralistes exerçant la médecine du travail, par mode d'exercice et par qualification



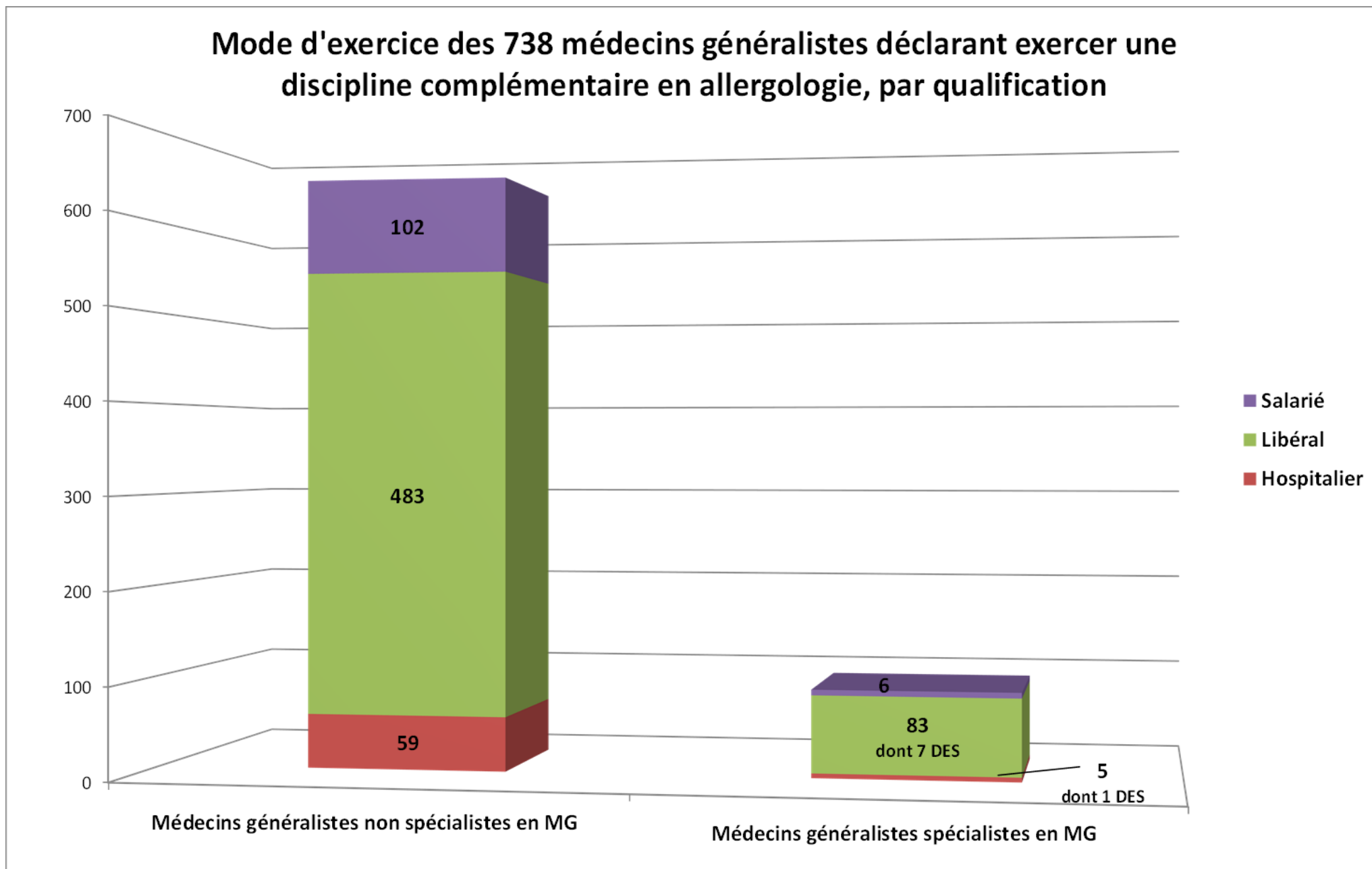
9) Répartition des médecins généralistes exerçant l'acupuncture, par mode d'exercice et par qualification



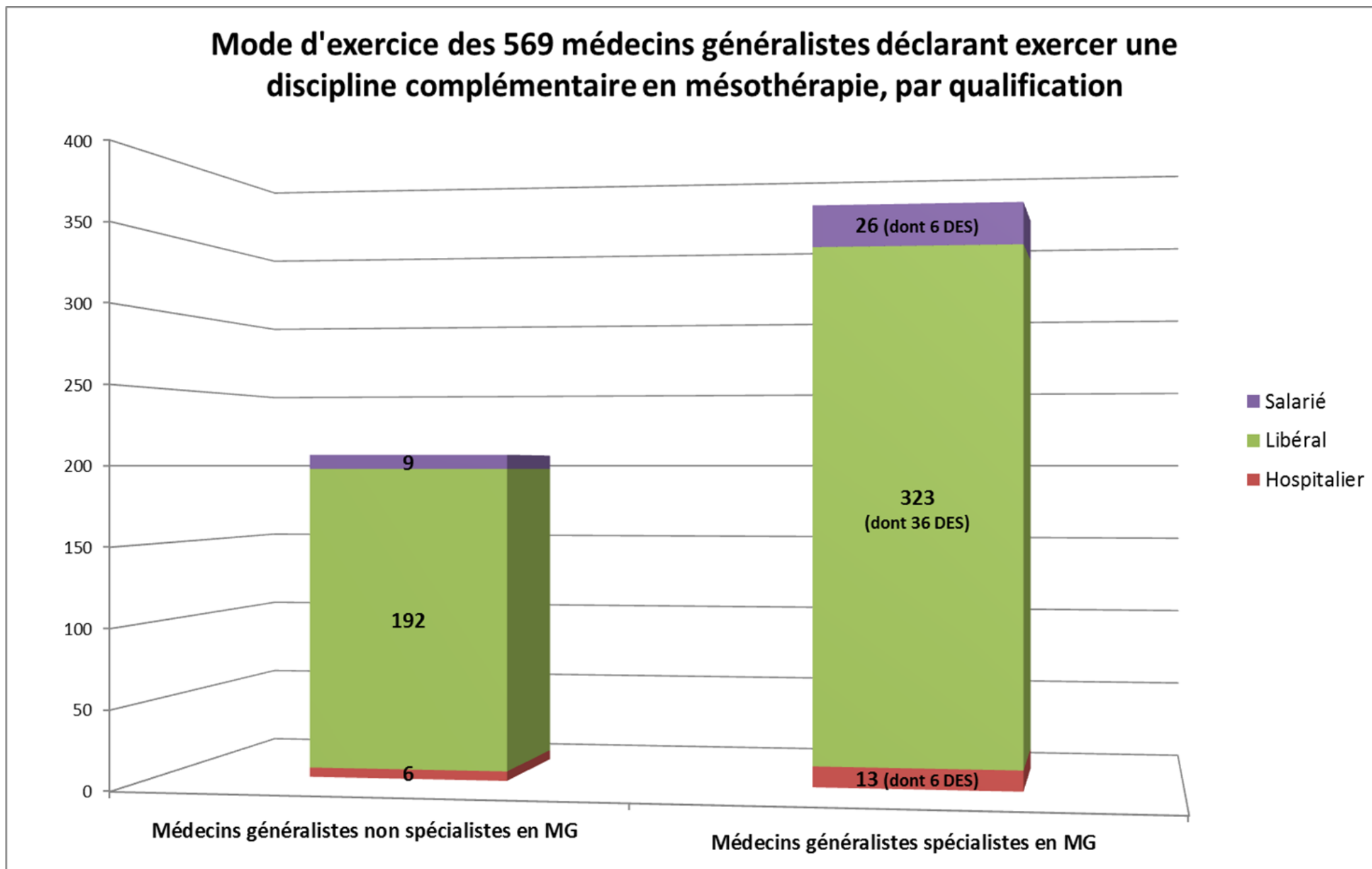
10) Répartition des médecins généralistes exerçant la réparation juridique du dommage corporel, par mode d'exercice et par qualification



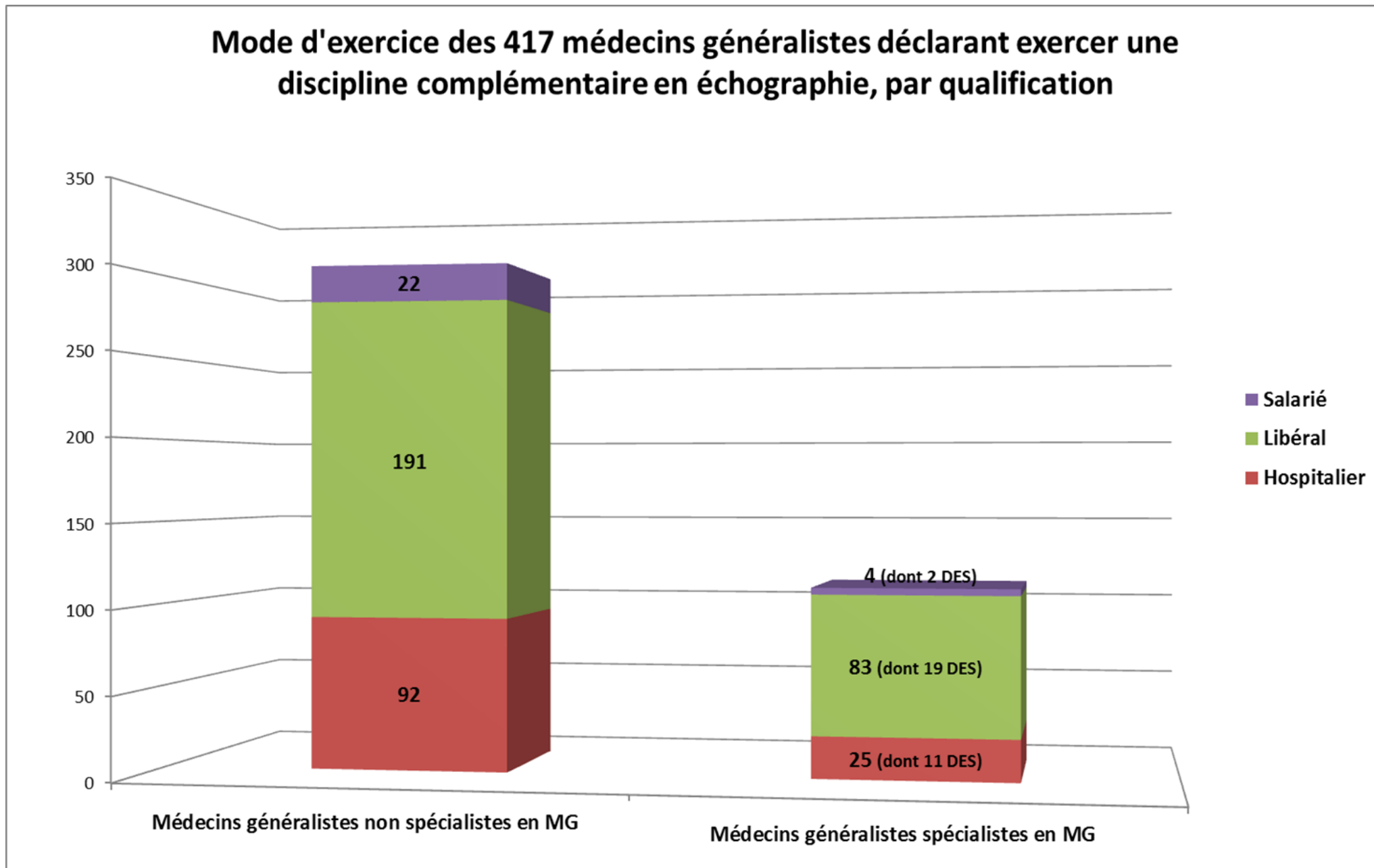
11) Répartition des médecins généralistes exerçant l'allergologie, par mode d'exercice et par qualification



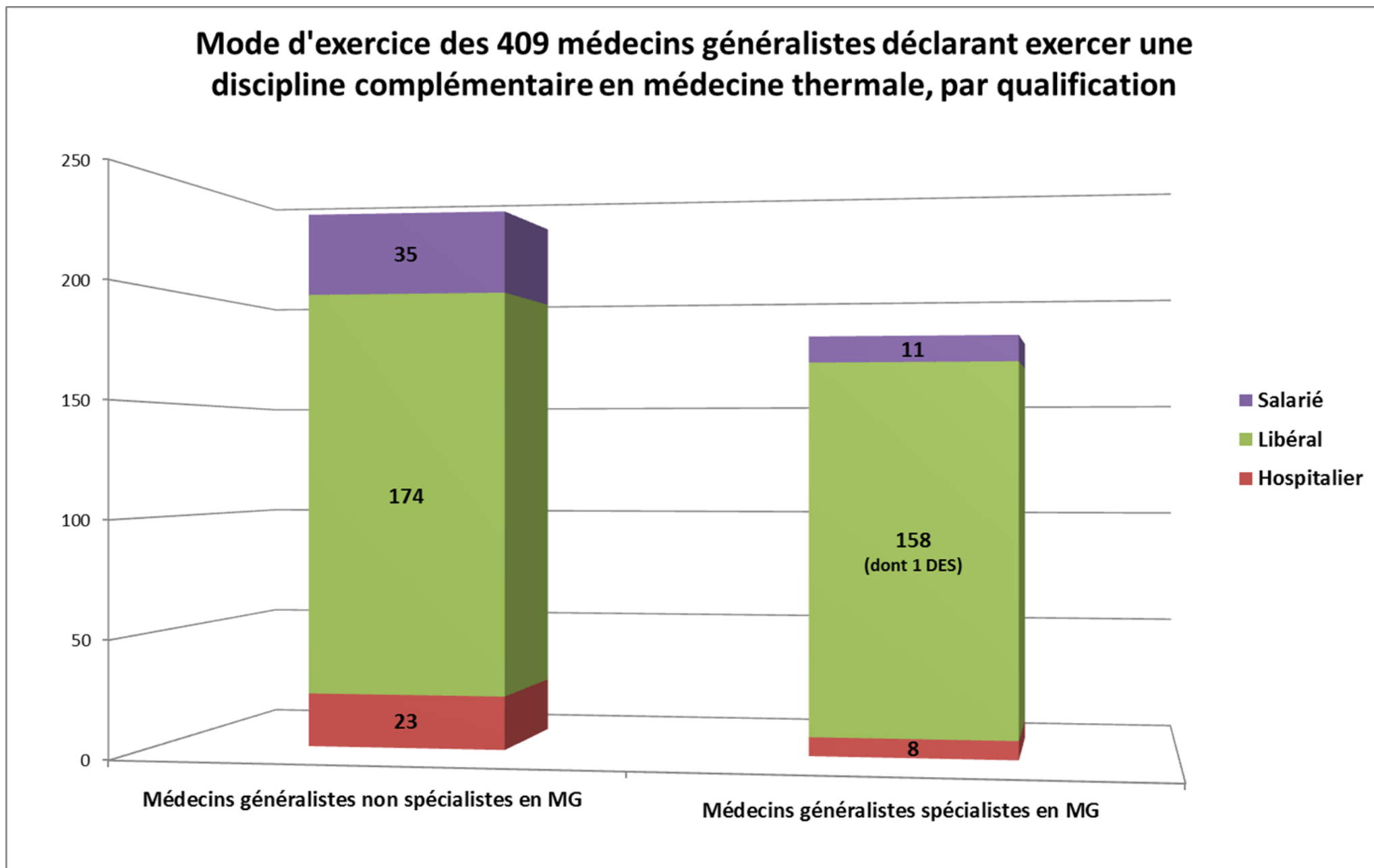
12) Répartition des médecins généralistes exerçant la mésothérapie, par mode d'exercice et par qualification



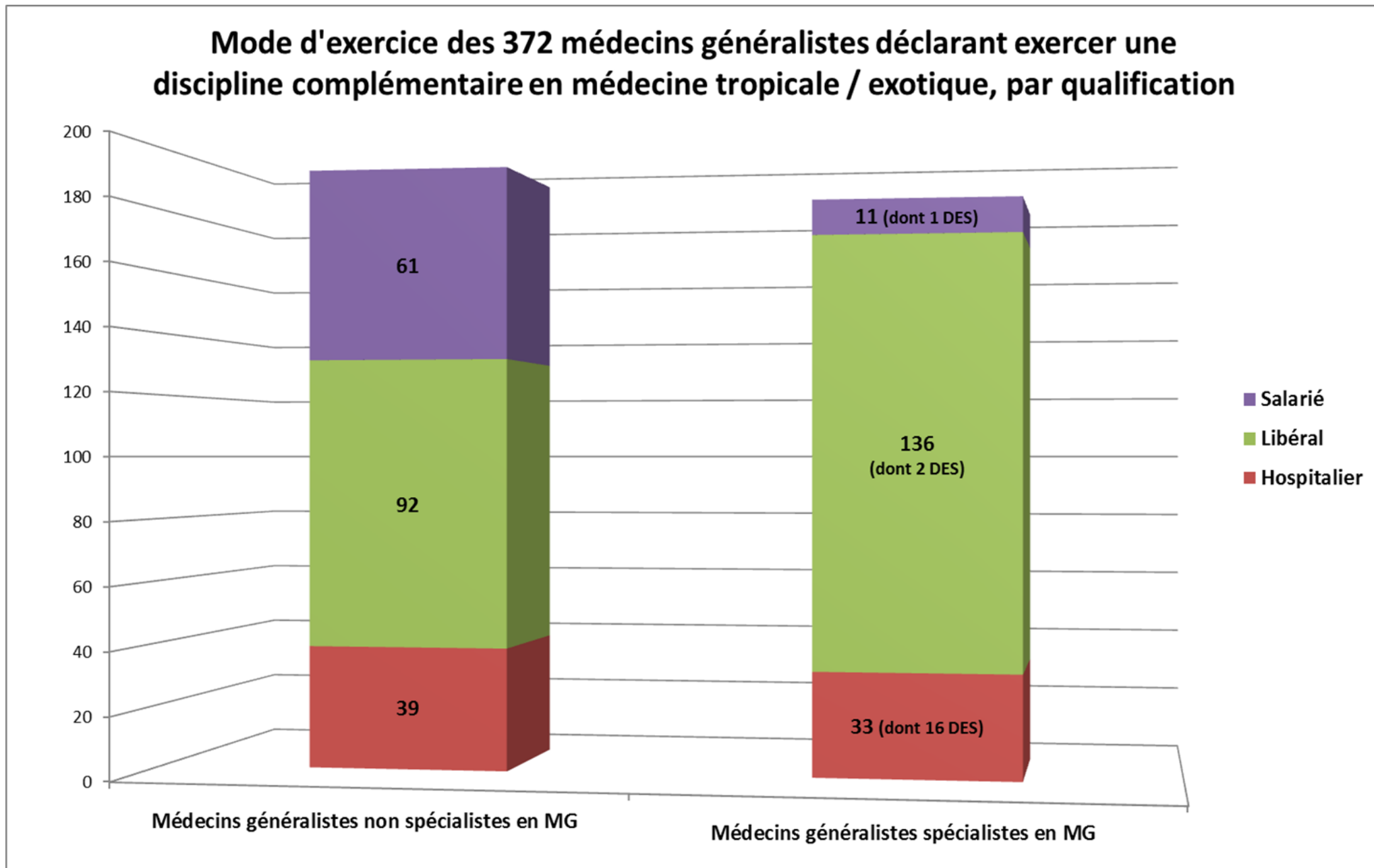
13) Répartition des médecins généralistes exerçant l'échographie, par mode d'exercice et par qualification



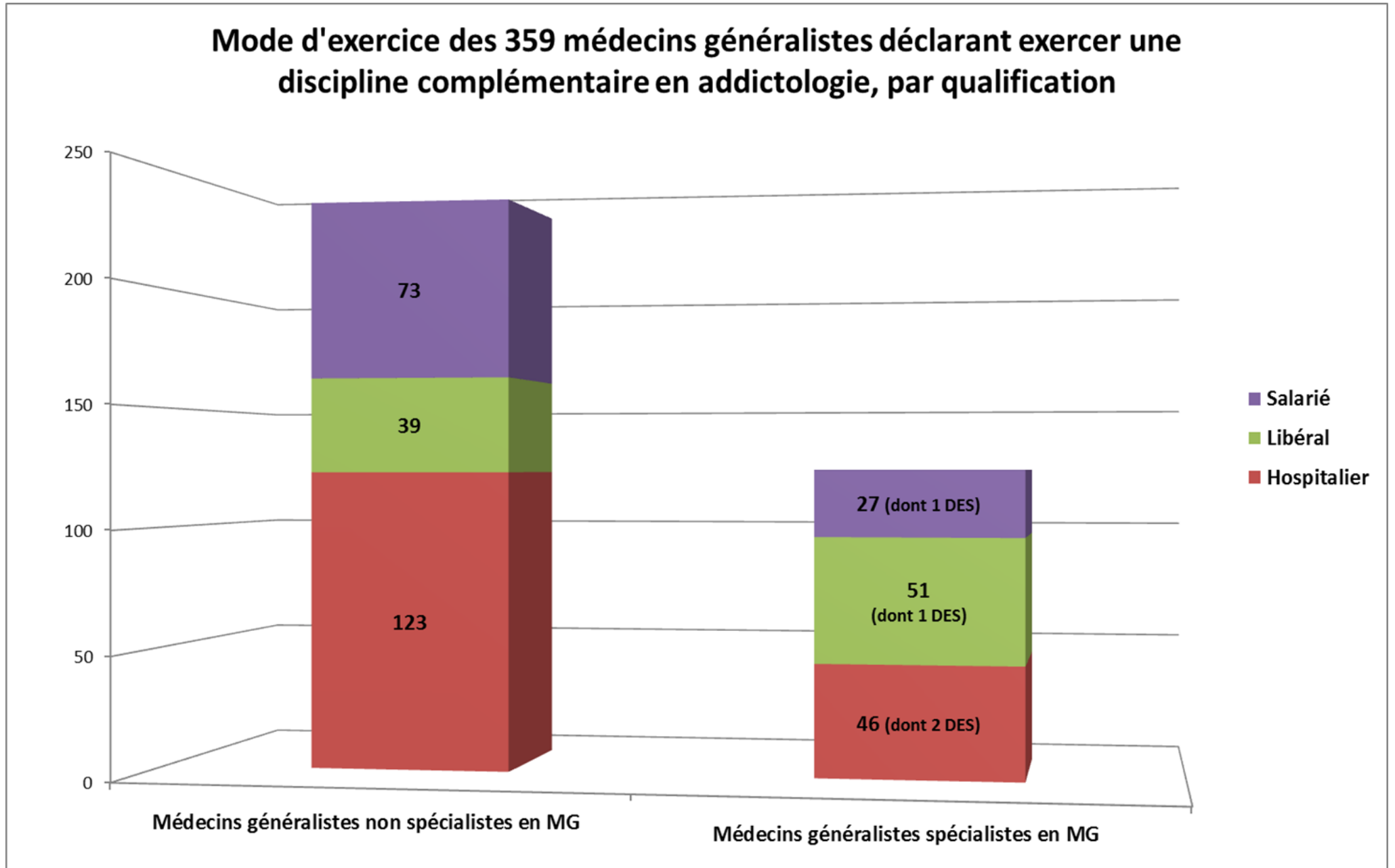
14) Répartition des médecins généralistes exerçant la médecine thermique, par mode d'exercice et par qualification



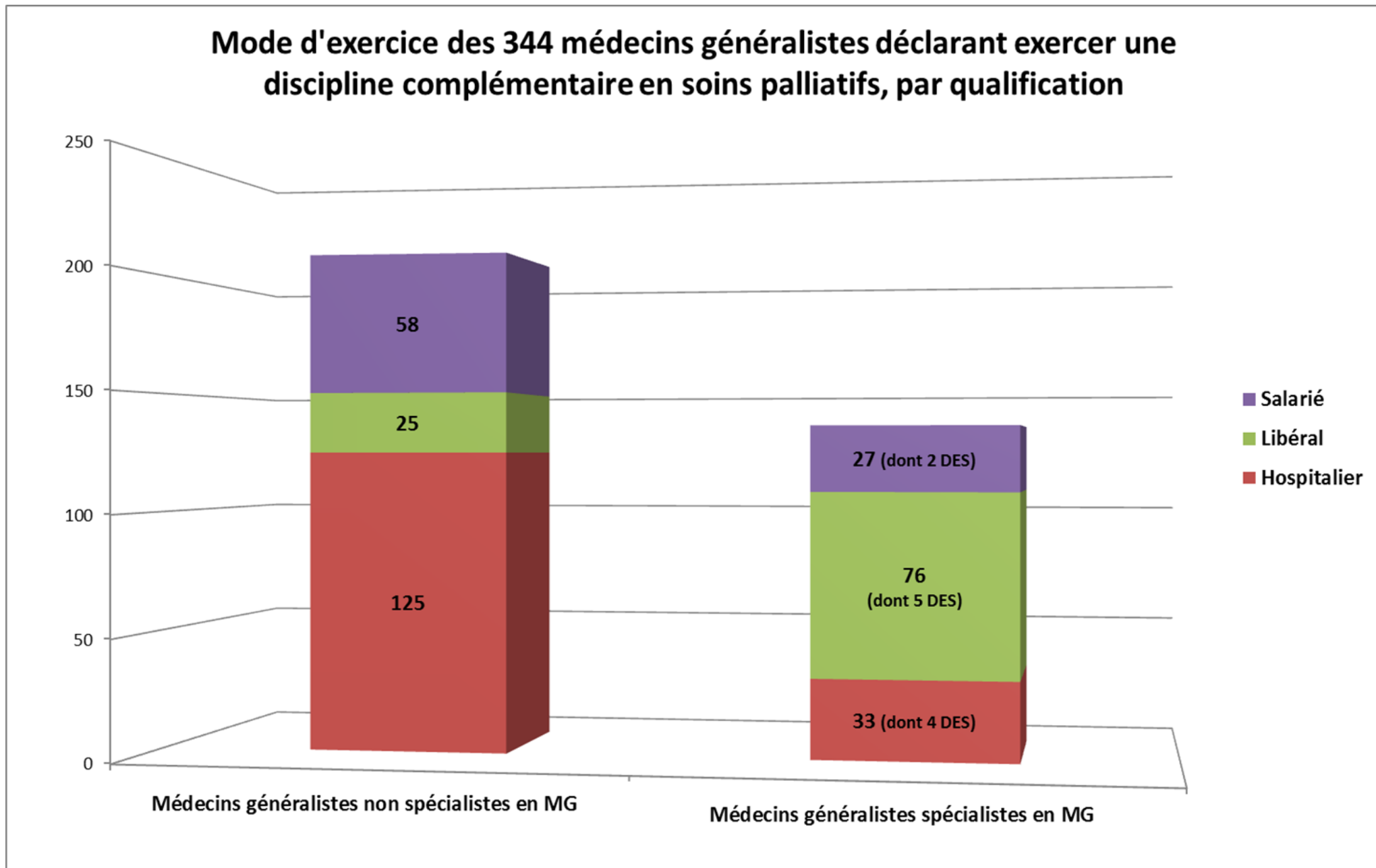
15) Répartition des médecins généralistes exerçant la médecine tropicale, par mode d'exercice et par qualification



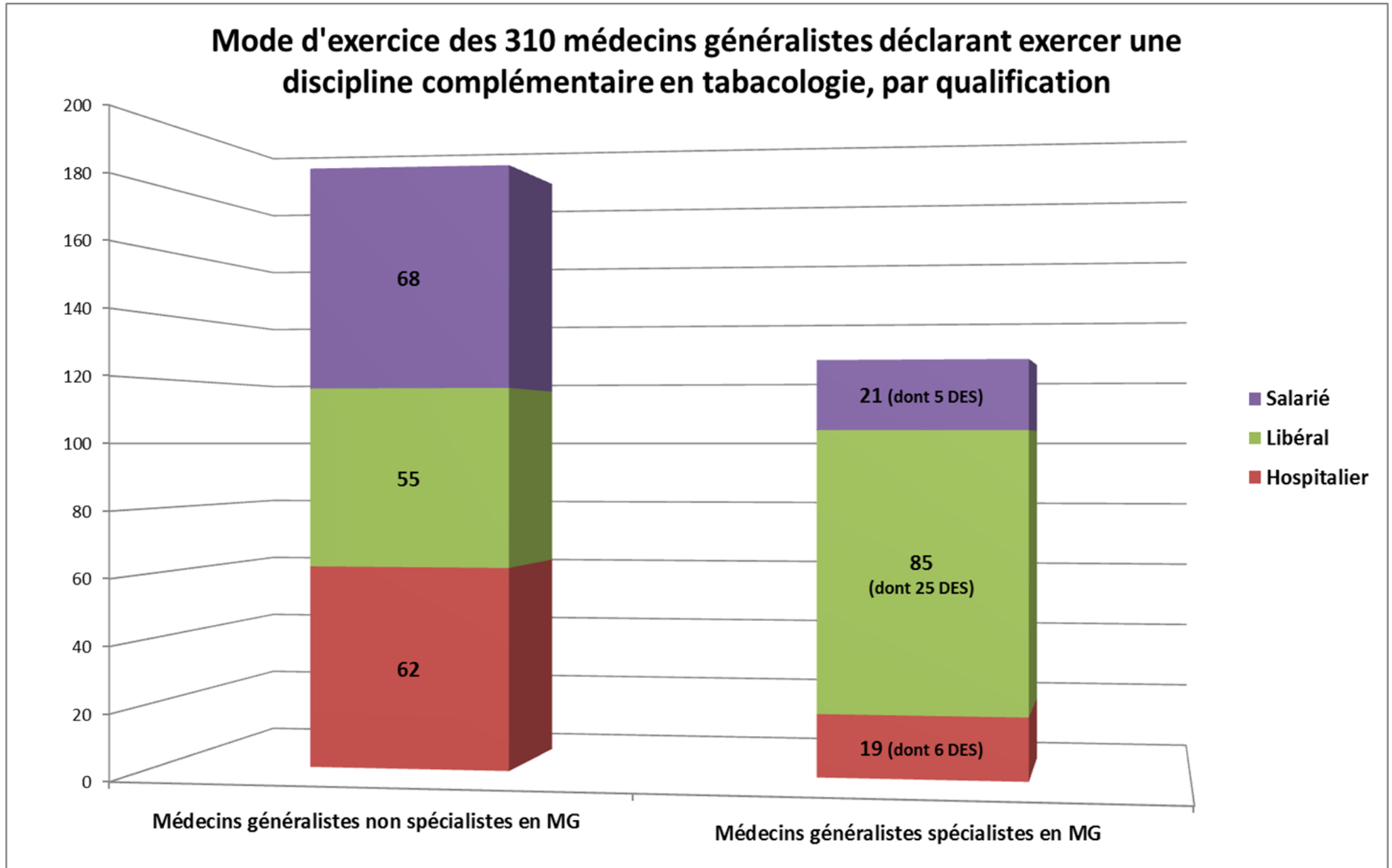
16) Répartition des médecins généralistes exerçant l'addictologie, par mode d'exercice et par qualification



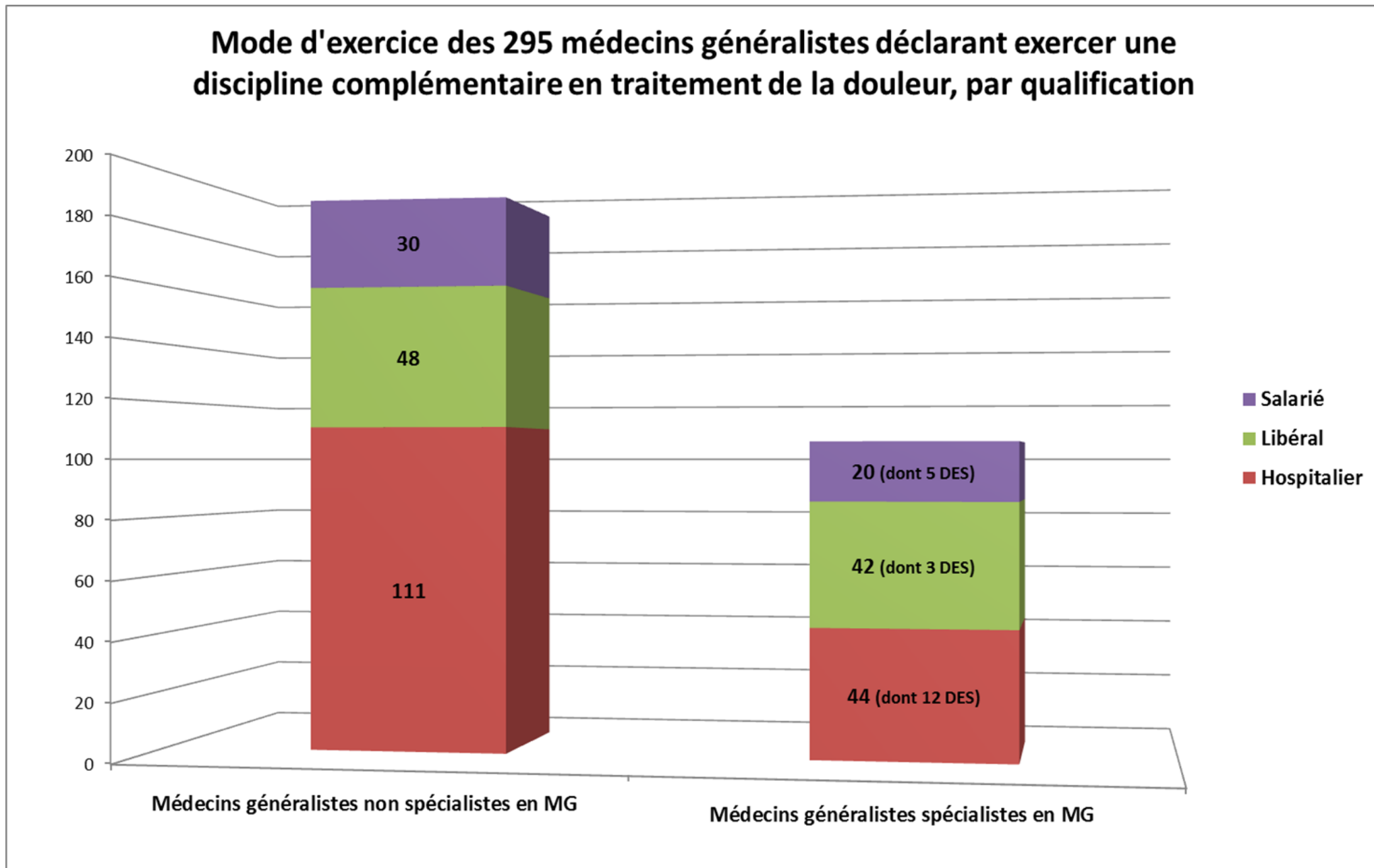
17) Répartition des médecins généralistes exerçant en soins palliatifs, par mode d'exercice et par qualification



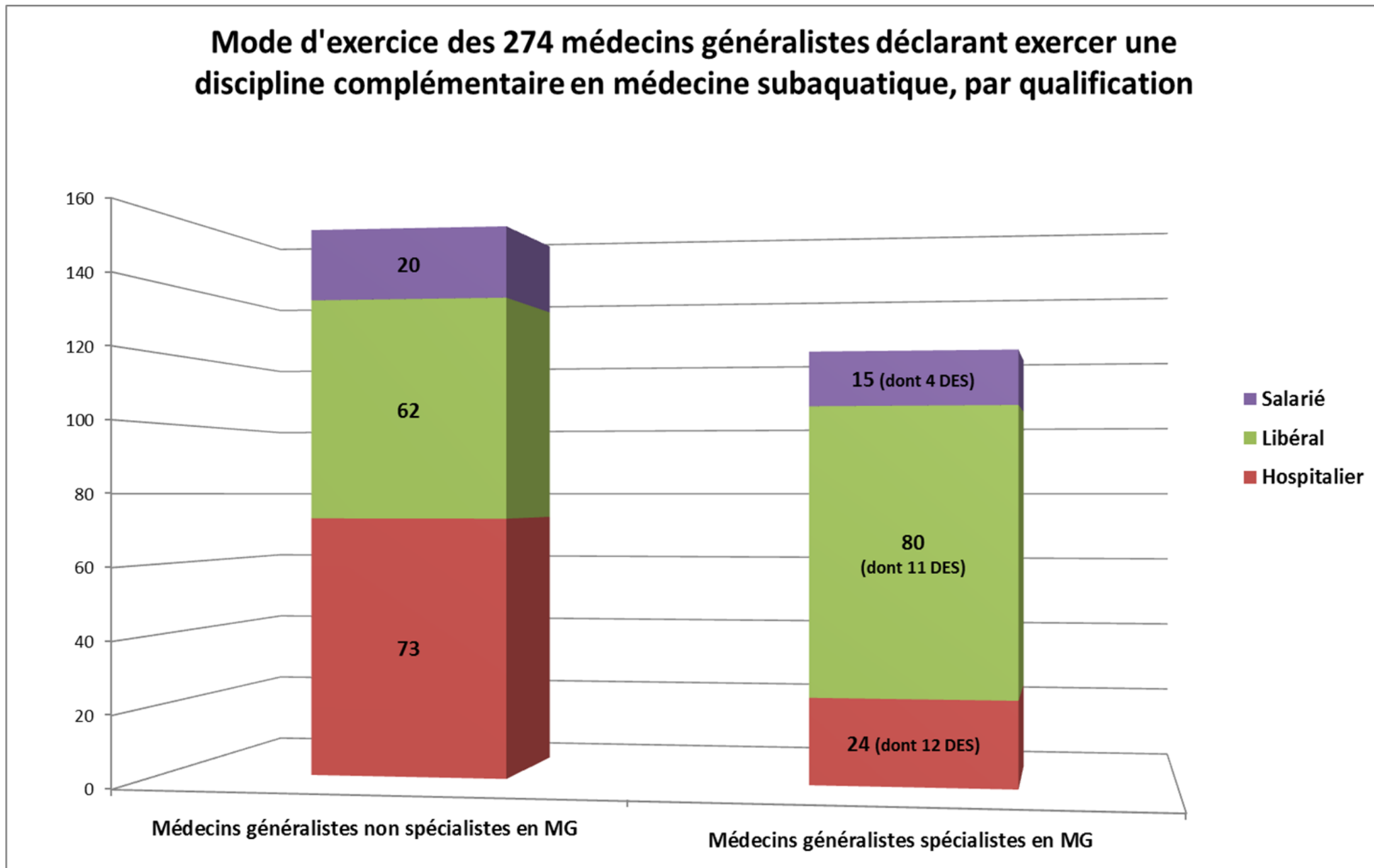
18) Répartition des médecins généralistes exerçant la tabacologie, par mode d'exercice et par qualification



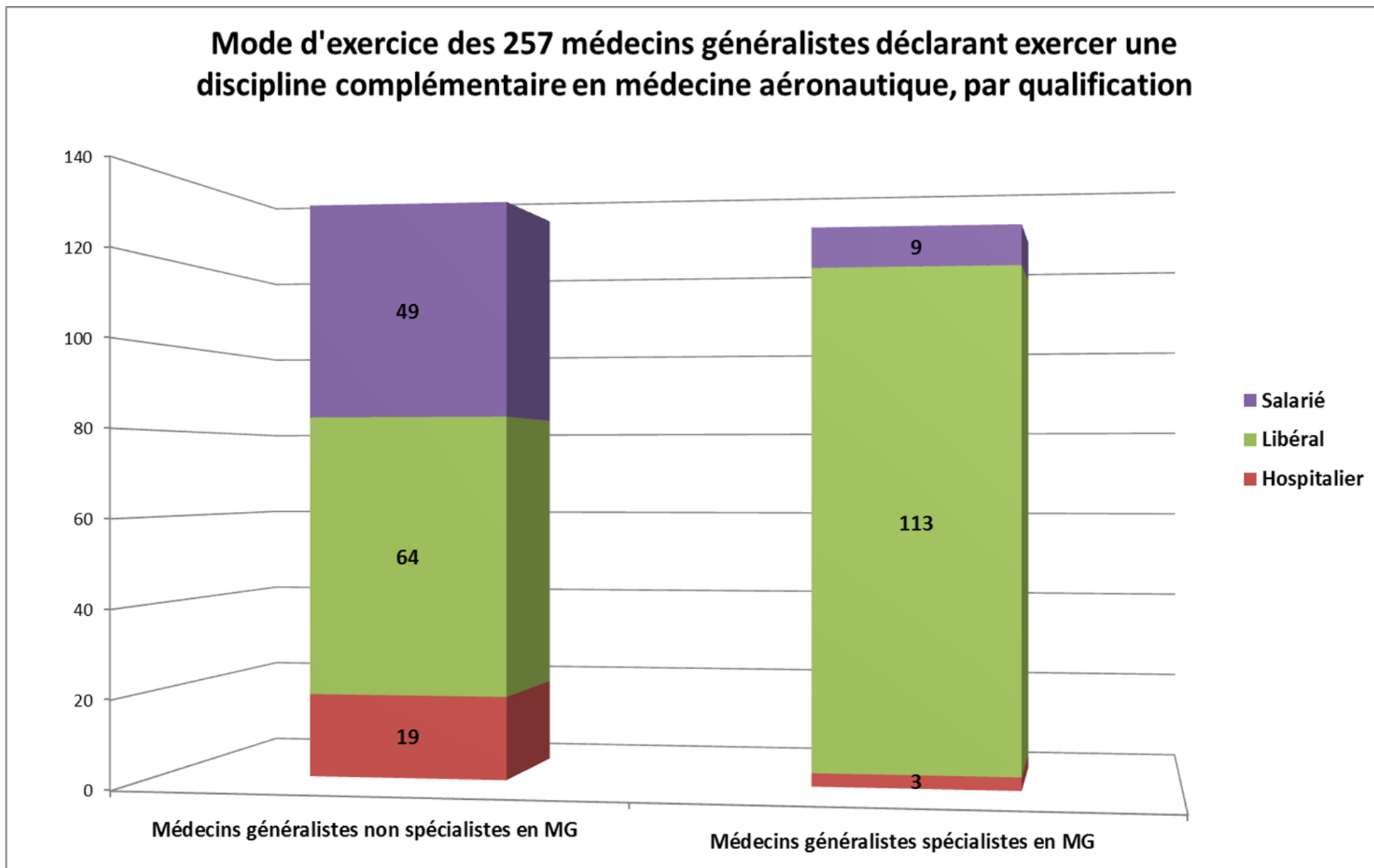
19) Répartition des médecins généralistes exerçant le traitement de la douleur, par mode d'exercice et par qualification



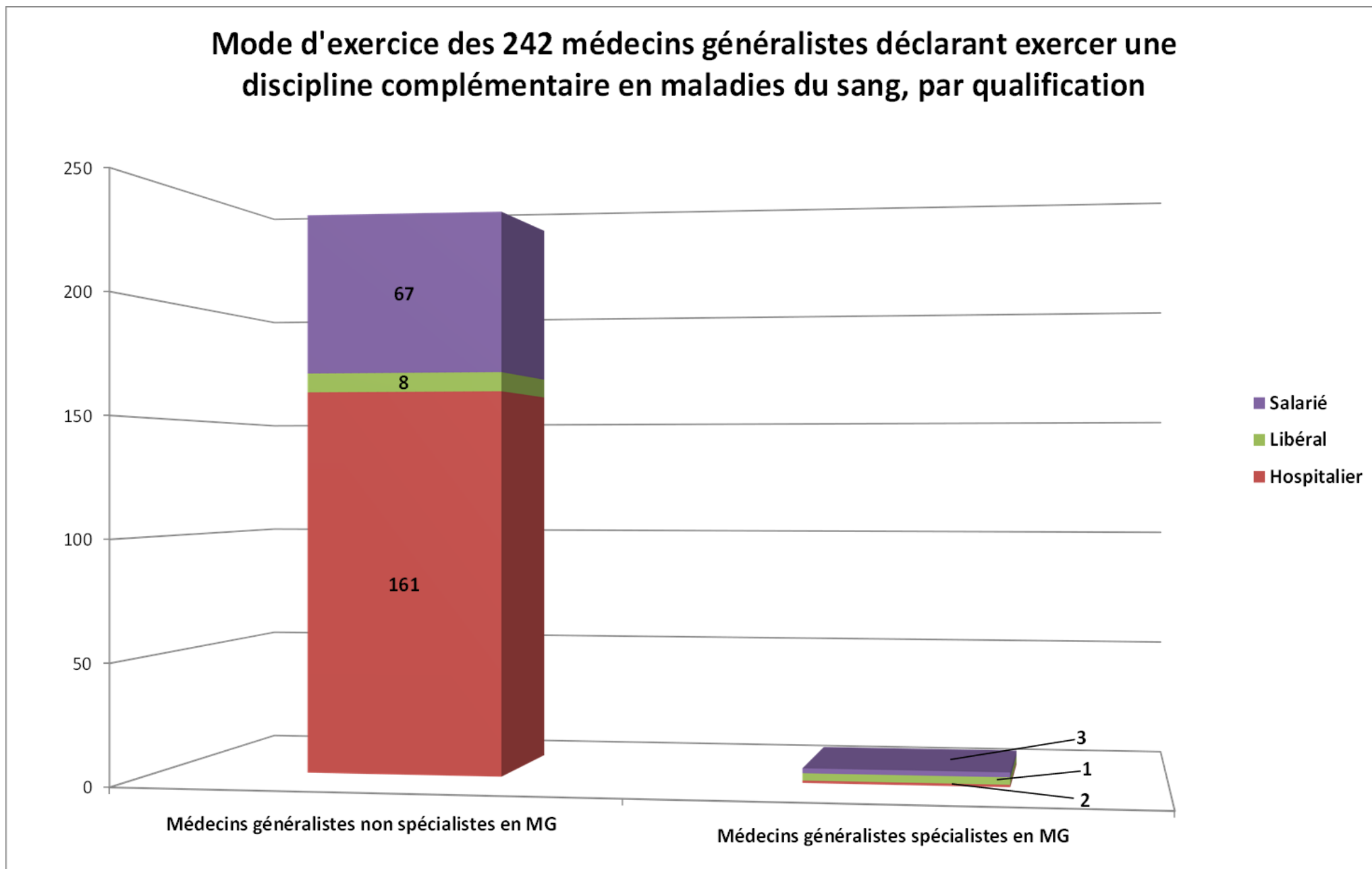
20) Répartition des médecins généralistes exerçant la médecine subaquatique, par mode d'exercice et par qualification



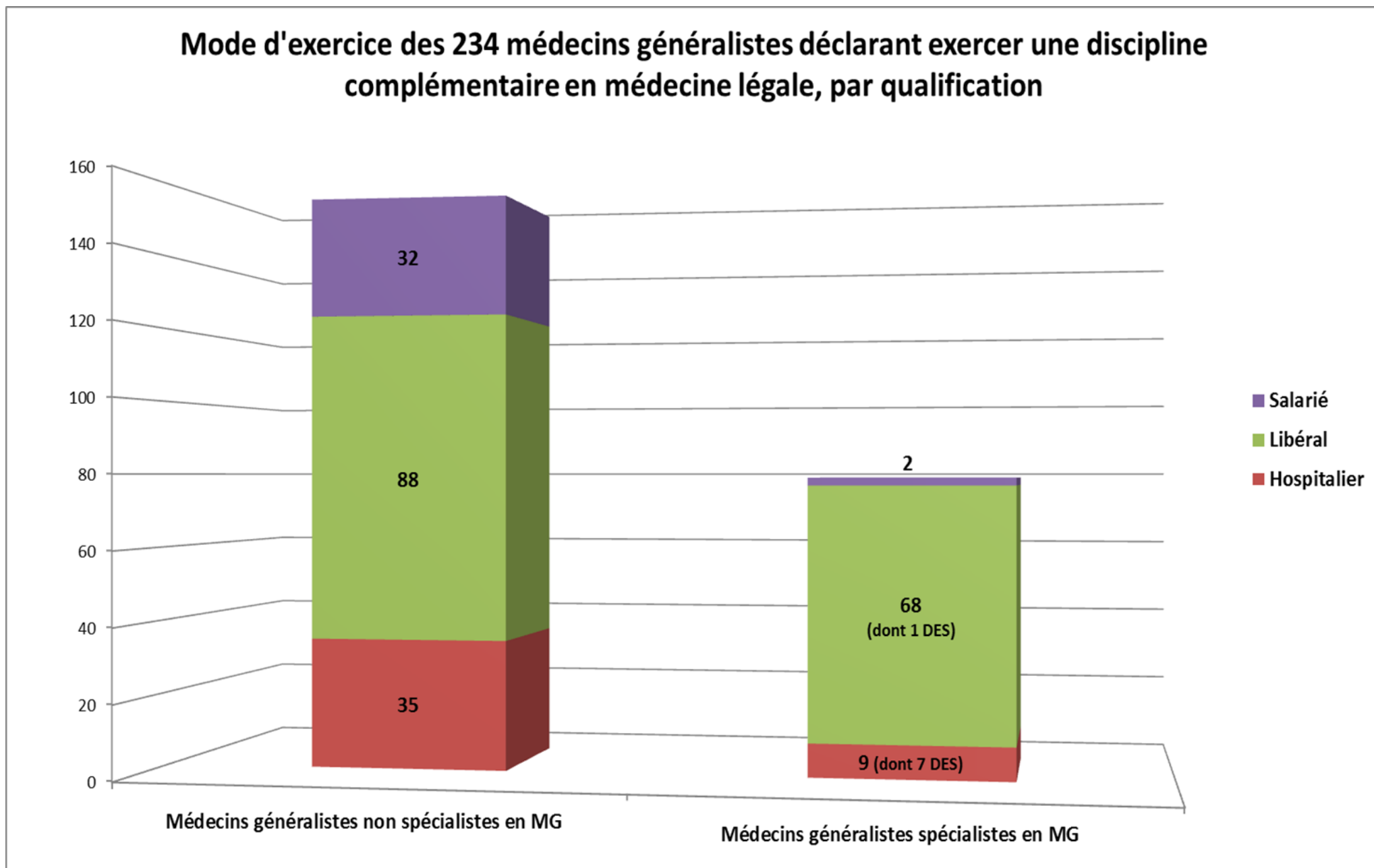
21) Répartition des médecins généralistes exerçant la médecine aéronautique, par mode d'exercice et par qualification



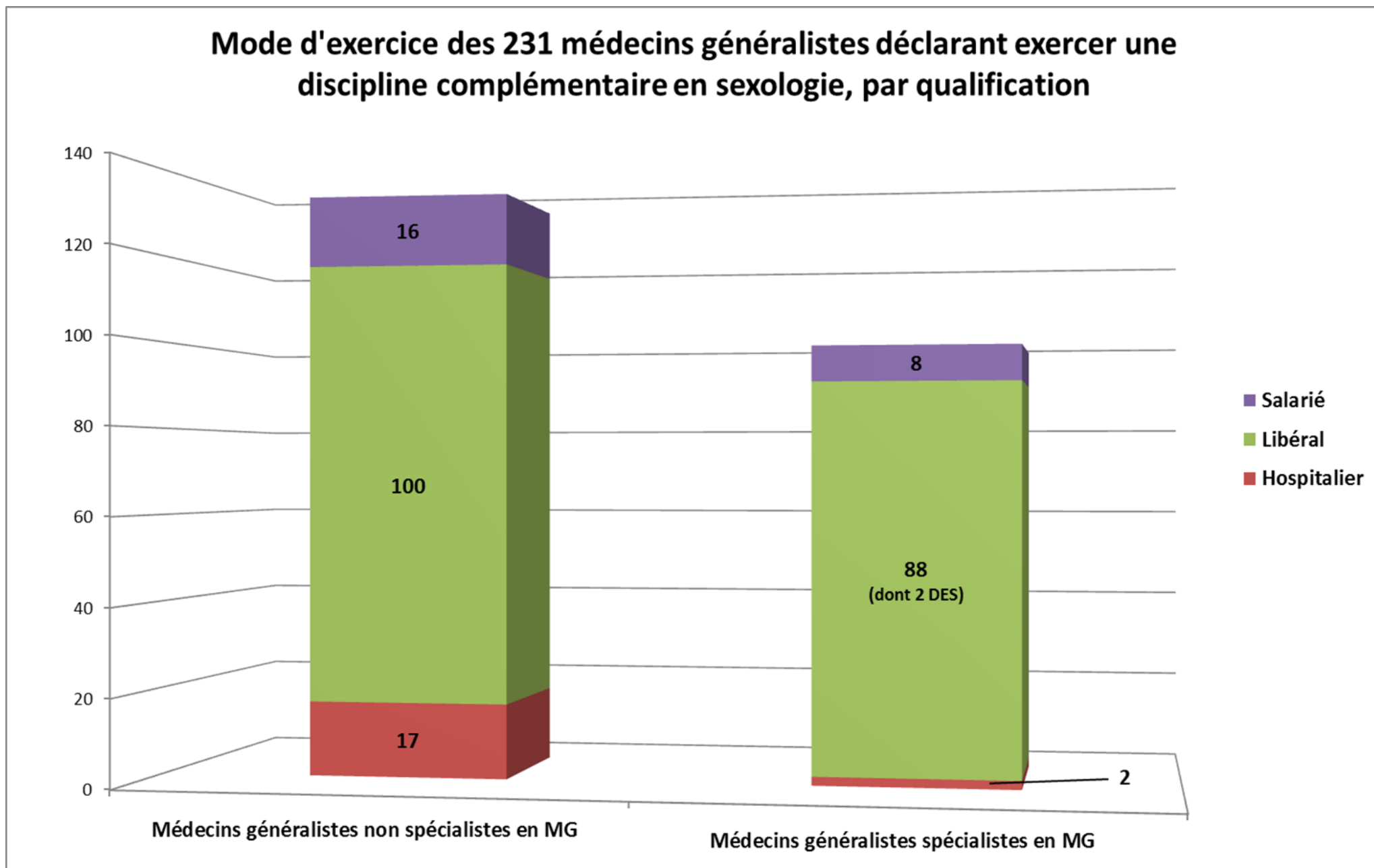
22) Répartition des médecins généralistes exerçant en maladies du sang, par mode d'exercice et par qualification



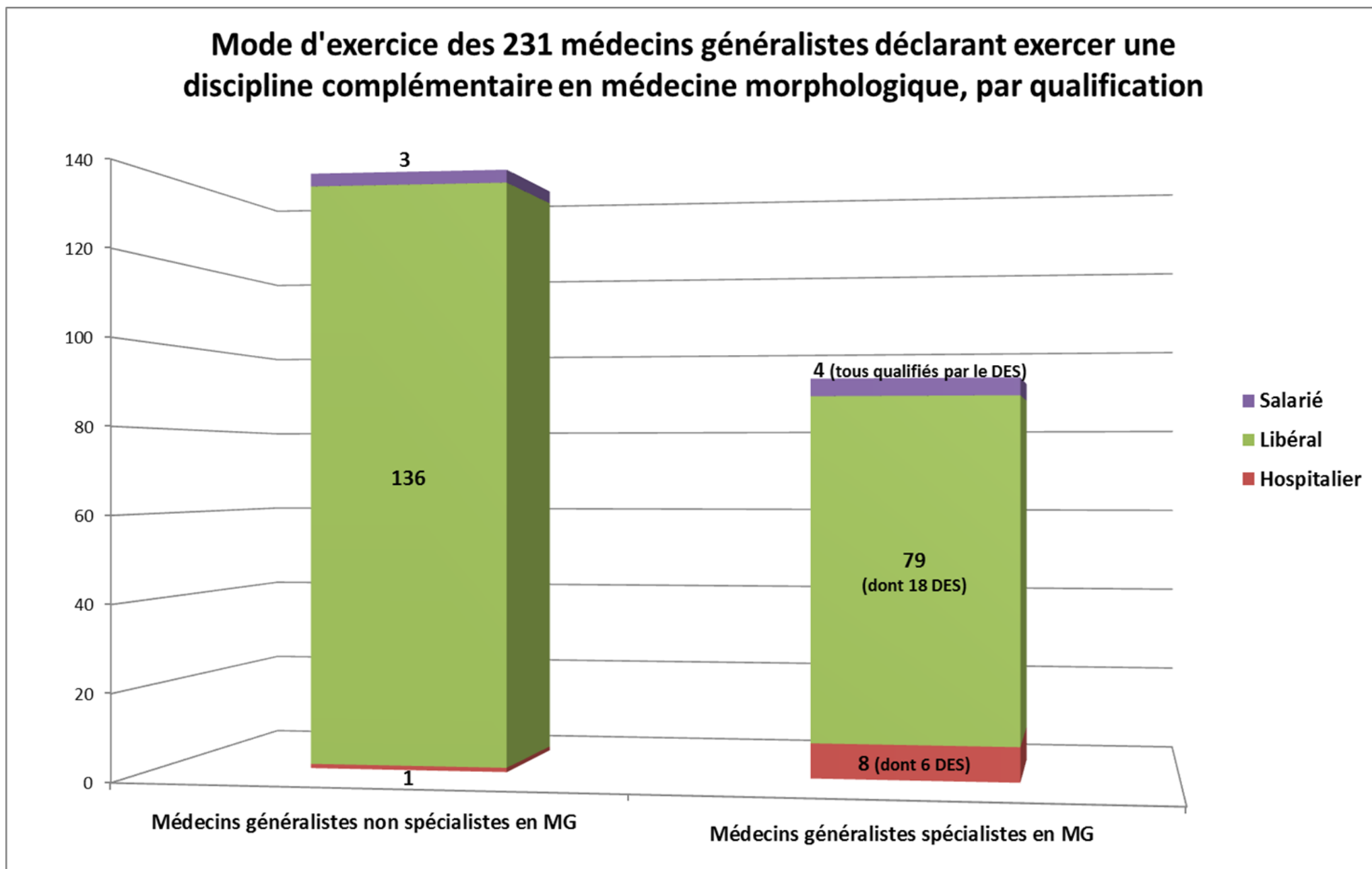
23) Répartition des médecins généralistes exerçant la médecine légale, par mode d'exercice et par qualification



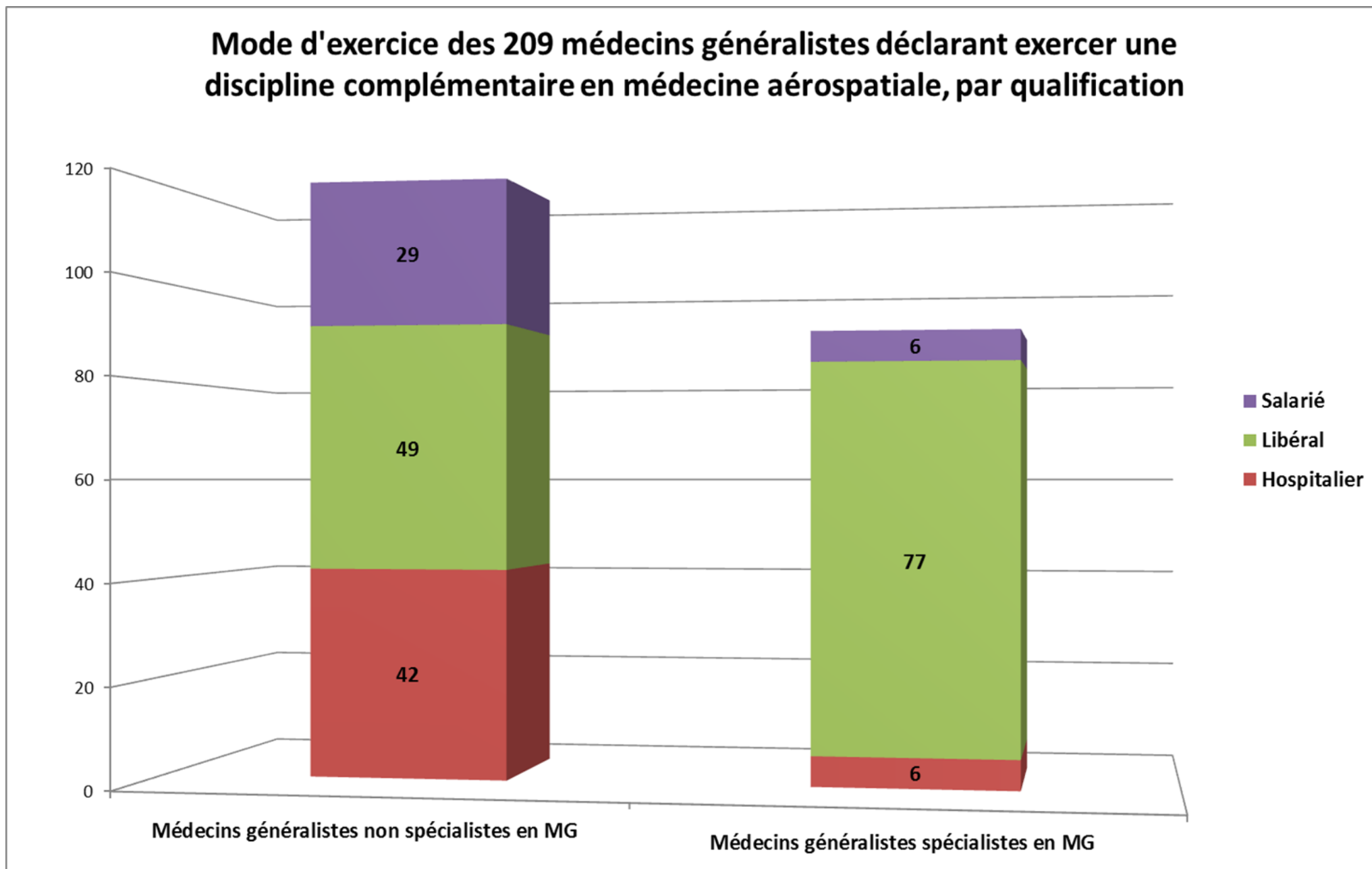
24) Répartition des médecins généralistes exerçant la sexologie, par mode d'exercice et par qualification



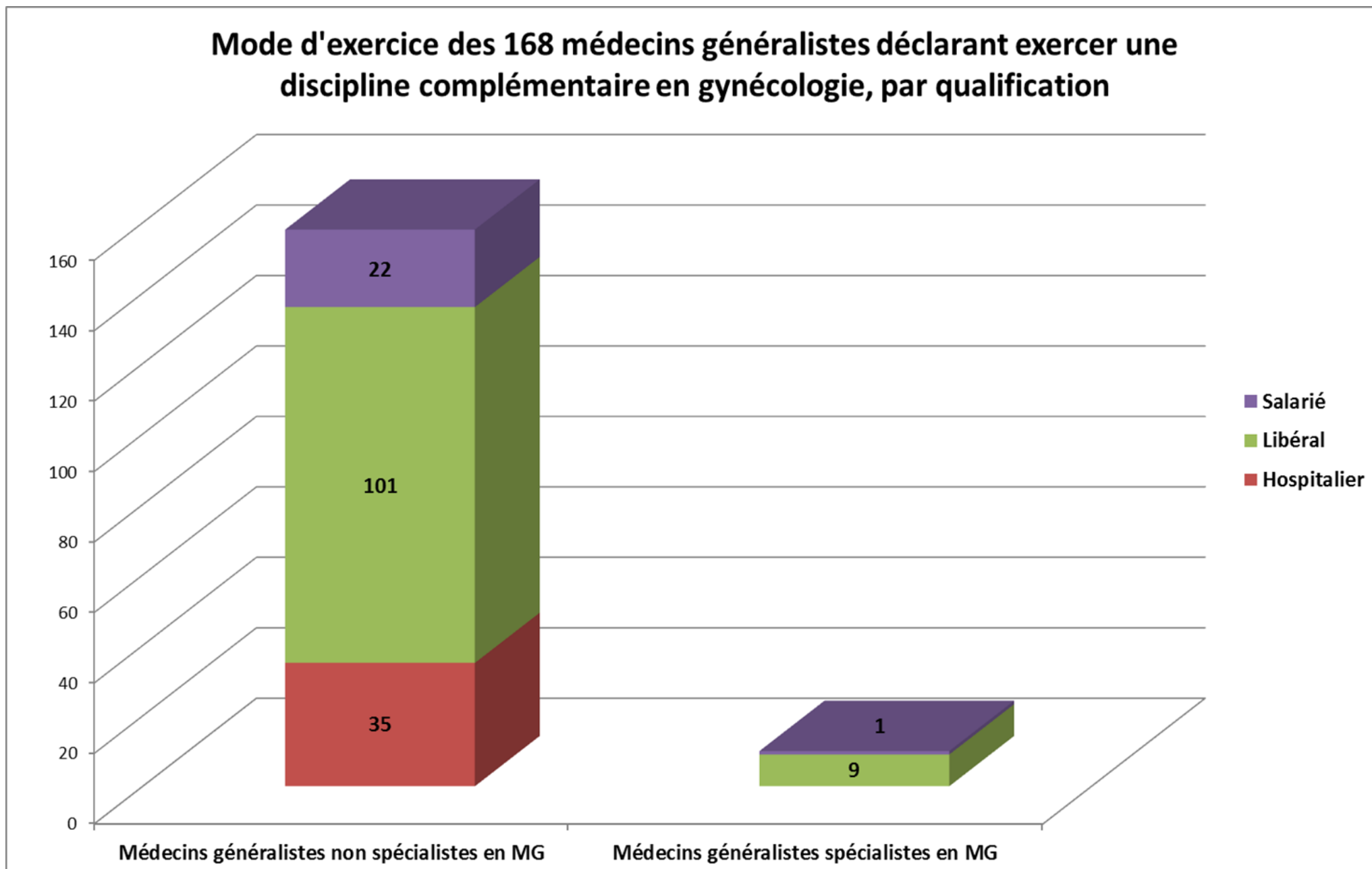
25) Répartition des médecins généralistes exerçant la médecine morphologique, par mode d'exercice et par qualification



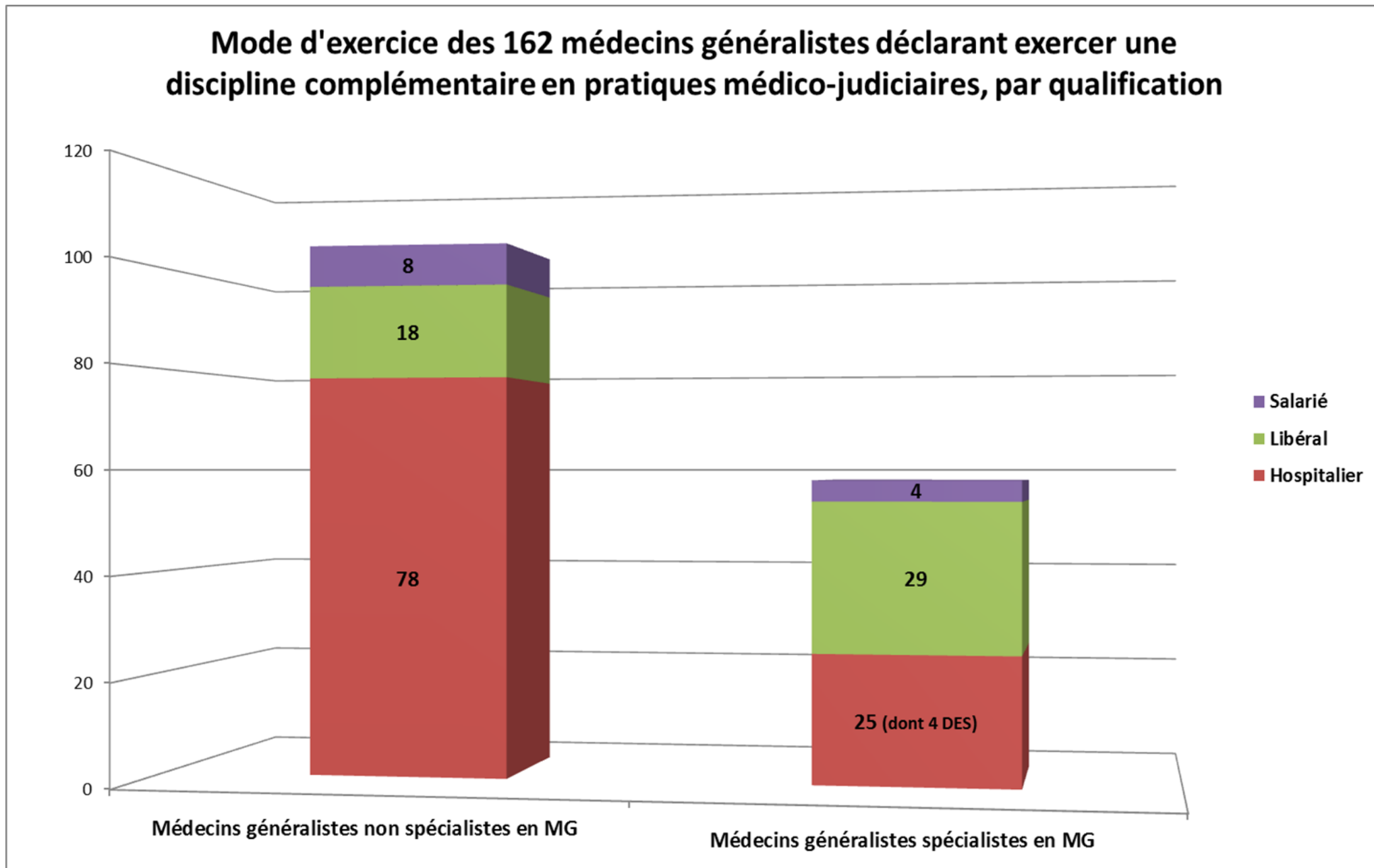
26) Répartition des médecins généralistes exerçant la médecine aérospatiale, par mode d'exercice et par qualification



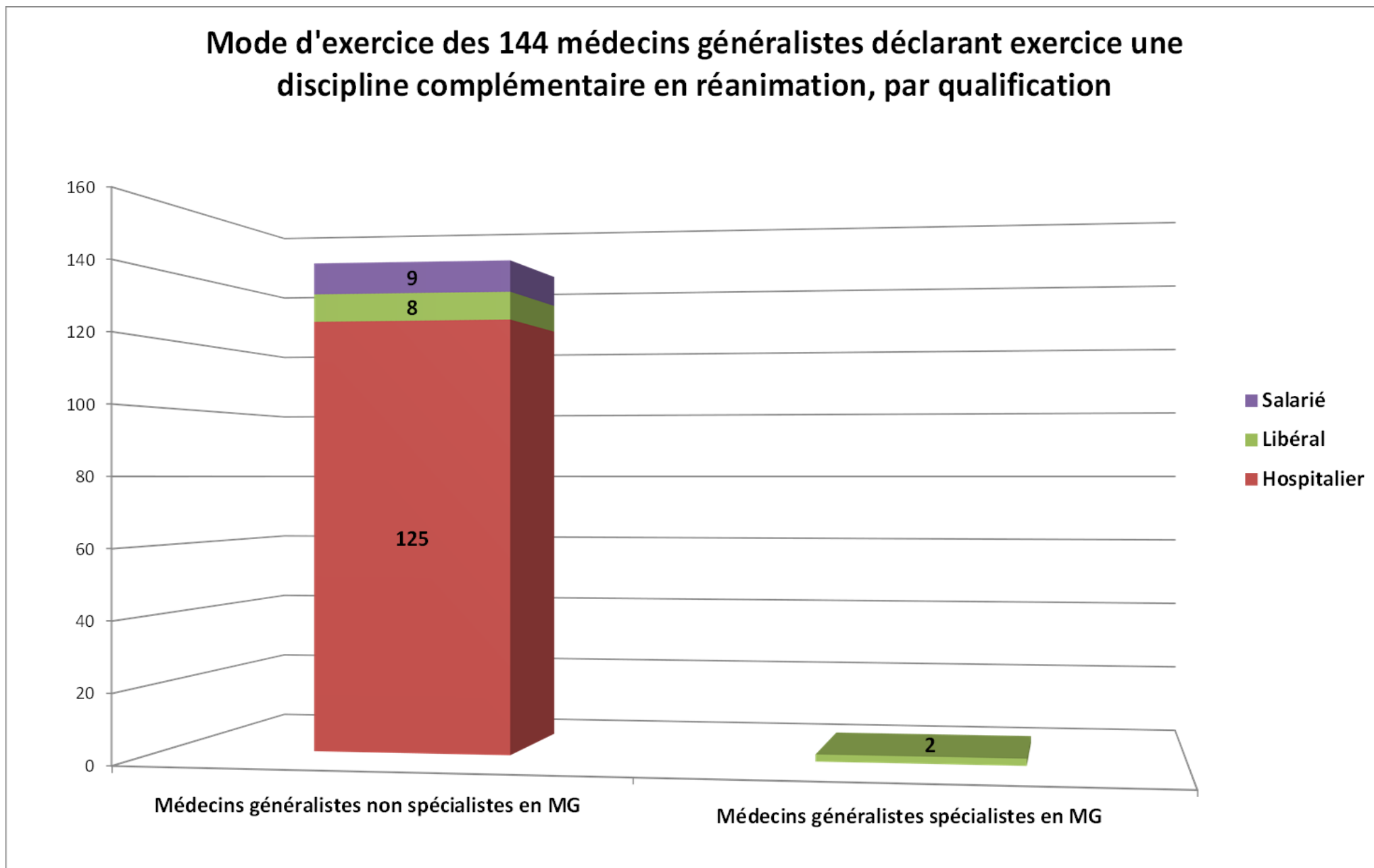
27) Répartition des médecins généralistes exerçant la gynécologie, par mode d'exercice et par qualification



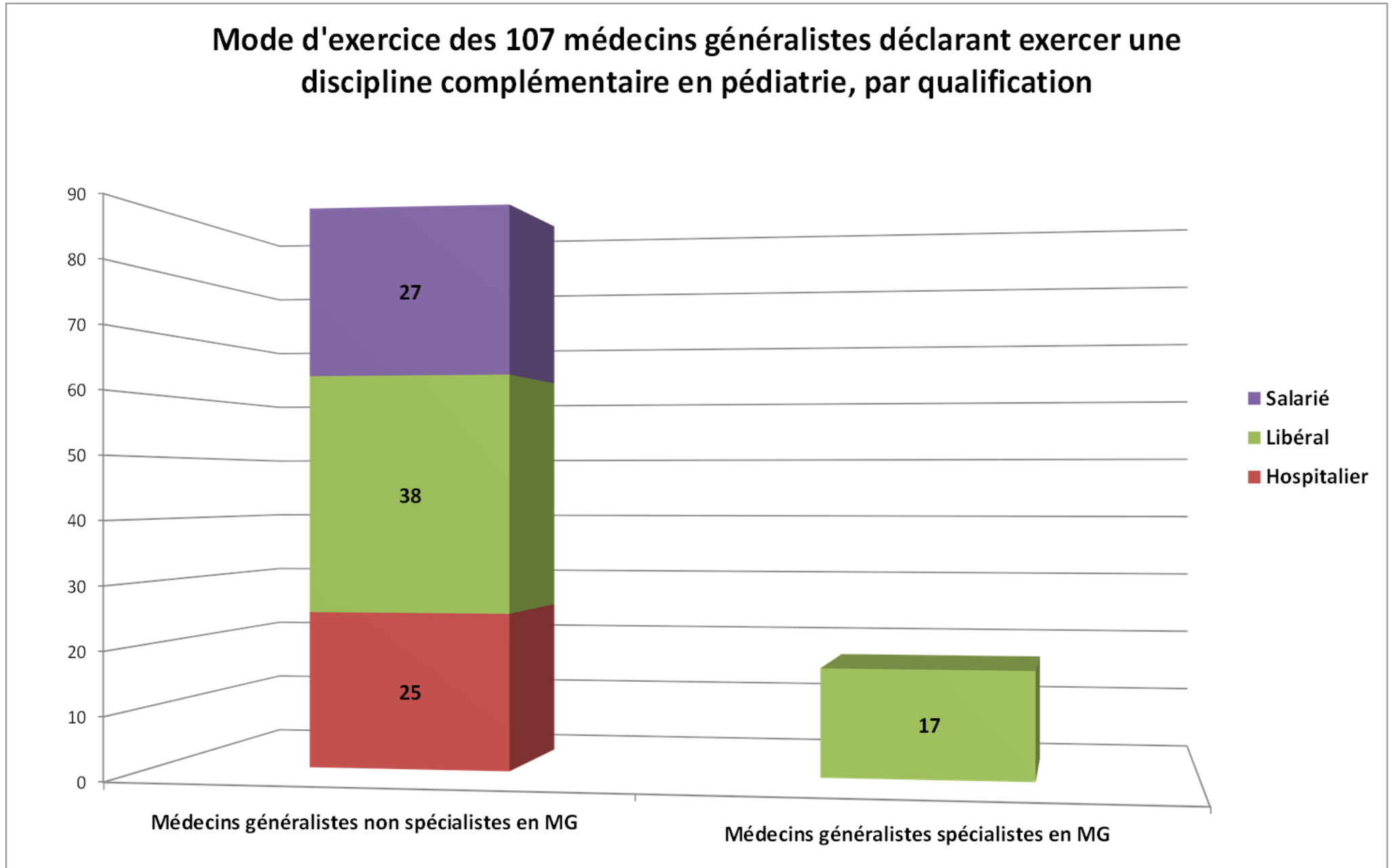
28) Répartition des médecins généralistes exerçant en pratiques médico-judiciaires, par mode d'exercice et par qualification



29) Répartition des médecins généralistes exerçant la réanimation, par mode d'exercice et par qualification



30) Répartition des médecins généralistes exerçant la pédiatrie, par mode d'exercice et par qualification



ANNEXE I

Disciplines complémentaires déclarées exercées par 25 327 médecins répertoriés généralistes sur 103 013, par mode d'obtention (Certains médecins exercent concomitamment plusieurs disciplines)

		Mode d'obtention					
		Compétence	DESC I	Capacité	Orientation	Mention autorisée	TOTAL
Discipline complémentaire déclarée exercée	Acupuncture			41 4*	1157	259 81*	1457
	Addictologie		7	354			362
	Allergologie	477	8	254			739
	Angéiologie	1104	44	1037			2185
	Echographie					437	437
	Gériatrie		12	2915		238	3165
	Gynécologie	179					179
	Homéopathie				1799		1799
	Maladies du sang	154		89			243
	Médecine aéronautique					257	257
	Médecine aérospatiale			209			209
	Médecine du sport	5052	36	1791			6879
	Médecine du travail	1371		162		91	1624
	Médecine d'urgence / de catastrophe		289	5262		408	5959
	Médecine légale	221	13				234
	Médecine morphologique					231	231
	Médecine subaquatique					274	274
	Médecine thermique	232		179			411
	Médecine tropicale / exotique	271	24	78			373
	Mésothérapie					569	569
	Ostéopathie					1725	1725
	Pédiatrie	107					107
	Pratiques médico judiciaires			162			162
	Réanimation	142	2				144
	Réparation du dommage corporel					1166	1166
	Sexologie					231	231
	Soins Palliatifs					345	345
Tabacologie					310	310	
Traitement de la douleur		17	278			295	
Autre discipline complémentaire (disciplines avec un effectif < 100)	817	35	22		284	1158	
TOTAL	10127	487	12833	2956	6825	33228	

*Médecins ayant effectivement fait enregistrer leur orientation en Acupuncture

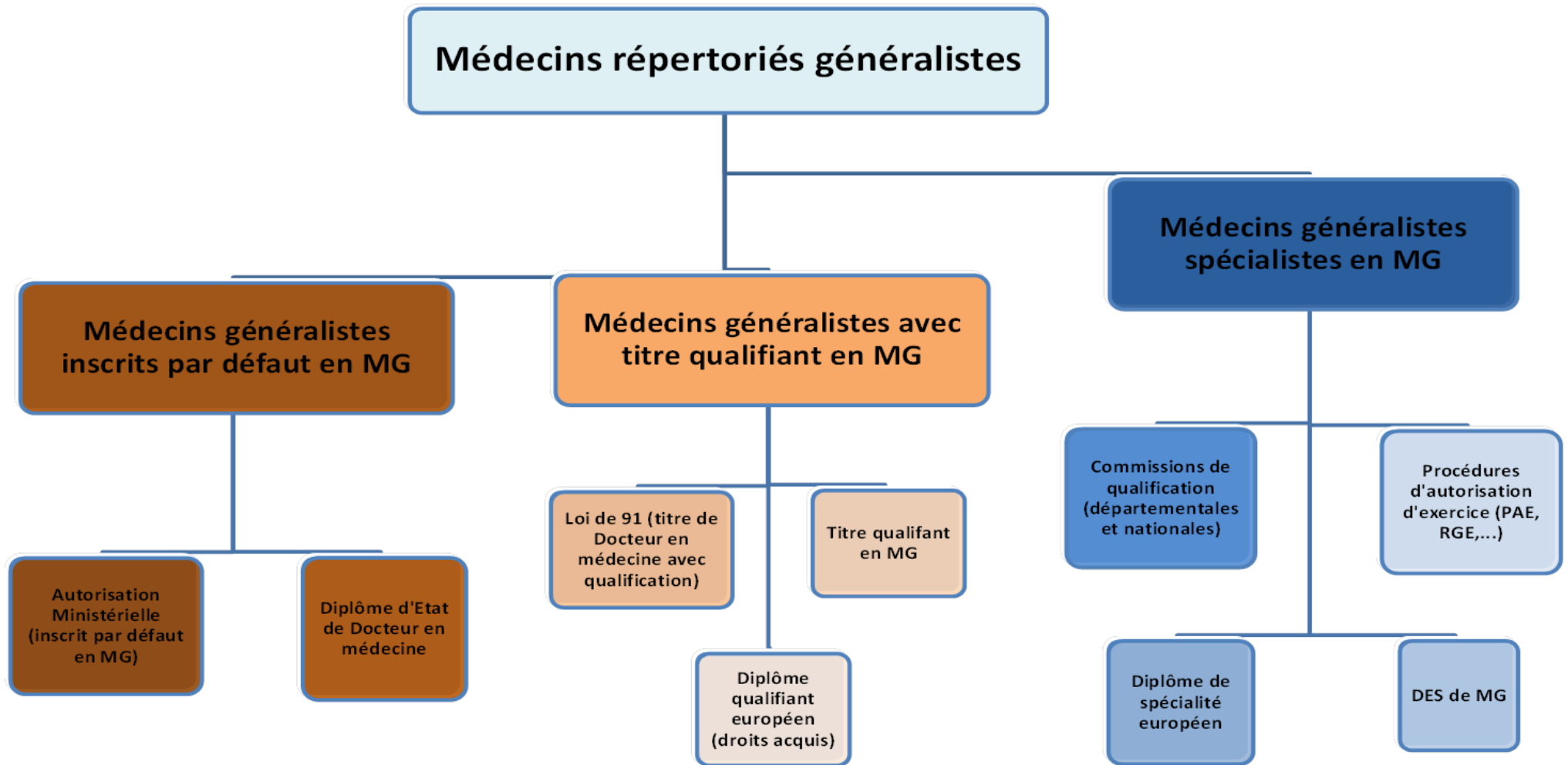
ANNEXE II : Disciplines complémentaires (tous modes d'obtention confondus) déclarées exercées par moins de 100 médecins répertoriés généralistes

DISCIPLINE	EFFECTIF
ANATOMIE ET CYTOLOGIE-PATHOLOGIQUES	24
ANDROLOGIE	1
ANESTHESIE-REANIMATION	78
CANCEROLOGIE	7
CANCEROLOGIE	61
CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	76
CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU	1
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE	1
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	7
CHIRURGIE PEDIATRIQUE	2
DERMATOLOGIE ET VENEREOLOGIE	16
DIABETOLOGIE-NUTRITION	35
ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISME	88
GENETIQUE MEDICALE	19
MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF	48
MEDECINE NUCLEAIRE	22
MEDECINE PENITENTIAIRE	22
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	78
NEPHROLOGIE	22
NEUROLOGIE	4
NEURO-PSYCHIATRIE	2
NUTRITION	26
ORTHOPEDIE DENTO-MAXILLO-FACIALE	1
PHONIAITRIE	38
PNEUMOLOGIE	74
PSYCHIATRIE	50
PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT	1
PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT	10
RHUMATOLOGIE	59
UROLOGIE	1
DIFFERENTES MENTIONS AUTORISEES	284
TOTAL	1158

ANNEXE III : Médecins répertoriés généralistes, avec une mention autorisée déclarée exercée, par discipline

Discipline	Nombre diplômes reconnus	Nombre de MG exerçants
Acupuncture	1	259
Echographie	15	437
Gériatrie	4	238
Médecine morphologique	1	231
Médecine aéronautique	1	257
Médecine du travail	1	91
Médecine d'urgence	1	408
Médecine subaquatique	1	274
Mésothérapie	1	569
Ostéopathie	7	1725
Réparation du dommage corporel	13	1167
Sexologie	1	231
Soins Palliatifs	2	345
Sommeil	4	55
Tabacologie	1	310
Autres	32	229
TOTAL	84	6826

ANNEXE IV : Les différentes voies de qualification en Médecine Générale



ANNEXE V Compte rendu réunion du 24 octobre 2013

Participants : Dr BOUET - Pr NICODEME - Pr DEGOS – Pr GUERRIER- Dr DEAU -
Dr JANOWIAK représentant le Docteur BLANC – Dr RAYNAL
Conseillers nationaux
Pr GILBERG
Coordinateur du DES de médecine générale et Président de la CSI de MG
Pr VIDAL - Pr MEYER - Pr RAPHAEL - Dr STEYER-HACQUARD –
Dr BUREL - Dr LEVY
Membres des Commissions de qualification

Cette réunion s'inscrit dans le climat actuel de réflexion qui entoure la reconnaissance de la qualification de spécialiste en médecine générale.

En effet, actuellement, il ressort de l'étude des dossiers de demande de qualification de spécialiste en médecine générale, un certain nombre de difficultés :

- une disparité d'interprétation des conseils départementaux pour l'obtention de la qualification de médecin spécialiste en médecine générale ;
- une différence de rémunération pour les médecins salariés, qui est fonction du statut de médecin spécialiste ou non ;
- un manque d'homogénéité des décisions du CNOM afférents aux demandes de qualification des médecins urgentistes ;
- des médecins dits de l'ancien régime qui souhaitent exciper sur leurs plaques et ordonnances, leur discipline complémentaire d'exercice telle que la nutrition, l'addictologie s'estiment lésés dans le cadre de la VAE ordinale, la qualification de spécialiste s'avérant être le critère d'éligibilité prépondérant.

Compte tenu des dispositions de l'article L.4130-1 du code de santé publique (article 36 Loi HPST), qui définit la médecine de premier recours notamment dans les établissements de santé, et des problèmes sus-mentionnés, il est proposé aux membres présents de faire évoluer les critères d'interprétation de la médecine générale.

Les discussions mettent en exergue des points de divergence puis de convergence.

Certains participants précisent, en effet, avoir conscience des problèmes rencontrés par leurs confrères, qu'ils soient d'ordre pécuniaire, qu'ils aient trait à l'accès à la VAE ordinale, à la future reconversion de leurs confrères urgentistes compte tenu de la pénibilité de leurs fonctions. S'ils les déplorent, ils précisent qu'il convient néanmoins d'y apporter des nuances.

S'agissant des disparités de grille salariale, ils considèrent que ces difficultés ne relèvent pas de la compétence de l'ordre, mais de celle des employeurs, des ARS voire des syndicats. Il en est, par ailleurs, de même quant à une éventuelle prise en charge des frais onéreux d'inscription au DU de remise à niveau en médecine générale, qui relève davantage des compétences des syndicats que du service d'entraide de l'ordre. Cependant, il est soulevé qu'un service de gestion des carrières pourrait être proposé par le CNOM.

Concernant l'accès à la VAE ordinale, laquelle n'est pas encore effective il convient de rappeler que les confrères qui se sont vus refuser la qualification, ne remplissent pas tous les critères et le mentionnent parfois dans leur formulaire. Ils peuvent d'ailleurs faire une demande de VAE universitaire, pour laquelle la qualité de médecin spécialiste n'est pas exigée.

S'agissant des médecins urgentistes, qui envisagent à terme de revenir à un exercice libéral, s'ils concèdent qu'il n'y a pas d'homogénéité dans la reconnaissance de la qualification, ils rappellent que certains confrères ne remplissent pas tous les critères actuels. Cette problématique ne saurait être résolue dans le cadre de cette réunion.

Certains participants insistent, en effet, sur le fait qu'il ne faut pas pour autant galvauder la spécialité et l'accorder de facto, dans un élan de confraternité envers des confrères.

En ce sens, ils proposent de bien différencier ceux qui n'ont pas une activité de soins et de prescription, de définir précisément la notion de soins, la notion relation médecin patient, de fixer le nombre de patients désignant l'impétrant comme médecin traitant, de travailler sur de nouvelles propositions d'enseignement de remise à niveau.

Les membres des commissions de qualification de première instance, qui siègent également auprès des commissions d'autorisation d'exercice évoquent la « schizophrénie » qui les gagne, considérant qu'il leur paraît plus facile d'obtenir la qualification de spécialiste pour les médecins étrangers ou communautaires, compte tenu de la précision des mesures compensatoires ou des recommandations émises.

Aussi, tous les participants pensent qu'il serait judicieux que des mesures compensatoires analogues à celles prévues pour les commissions d'autorisation d'exercice soient mises en place pour les commissions de première instance.

Enfin, s'agissant de la disparité d'interprétation des conseils départementaux, il est rappelé que le CNOM n'a pas demandé la prorogation du dispositif, lequel prendra fin en octobre 2014.

Une prochaine réunion de travail est envisagée.

ANNEXE VI Compte rendu réunion du 18 décembre 2013

Participants : Pr NICODEME - Dr CHOW-CHINE - Dr DEAU - Pr DEGOS - Pr GUERRIER -
Dr FAROUDJA - Dr KEZACHIAN - Pr PARC - Dr SIMON - Pr ZATTARA *Conseillers
nationaux*

Pr DRUAIS - Pr GILBERG *Collège de la Médecine Générale*

Pr RENARD *Collège national des généralistes enseignants*

Pr GAY - Pr BUDOWSKI - Dr GALLIOT - Pr MEYER - Pr RAPHAEL – Dr STEYER-
HACQUARD - Dr BUREL - Dr LEVY *Membres des Commissions de qualification*

Cette réunion s'inscrit dans le cadre actuel de réflexion qui entoure la reconnaissance de la qualification de spécialiste en médecine générale, qui a déjà fait l'objet d'une précédente réunion de travail, le 24 octobre.

Le Professeur NICODEME précise qu'une proposition a été émise par les membres de la Section Formation Compétences Médicales, suite à cette première réunion, soit intégrer une formation complémentaire d'une année dans le DES de médecine générale et d'en modifier l'annexe, en rajoutant l'option médecine de famille ou médecine de premier recours, mais aussi médecine polyvalente hospitalière.

Cette modification tendrait à apporter une cohérence entre la formation et l'exercice la spécialité. En effet, un grand nombre de médecins sont inscrits comme généralistes mais n'exercent pas réellement la médecine de famille.

Cette proposition n'a toutefois pas été entérinée et la notion de recertification a été évoquée. La mise en place de mesures compensatoires dans le cadre des commissions de qualification pourrait d'ailleurs permettre cette certification.

Le CNGE nous avise par ailleurs avoir adopté un référentiel et va proposer un DIU national de remise à niveau en médecine générale, une formation d'un à trois ans avec un bilan de compétence pour permettre de solliciter la qualification de spécialiste en médecine générale.

Il ressort de cette réunion que malgré les propositions sus-évoquées, les avis divergent toujours à ce jour, sur la gestion du stock des demandes de qualification de médecin spécialiste en médecine générale.

En effet, il y a d'une part les participants qui considèrent que certains confrères, se trouvent dans une situation injuste, corrélativement aux évolutions réglementaires de la médecine générale, aux différences de grilles salariales, aux disparités d'interprétation des conseils départementaux auxquelles il convient de remédier en leur conférant la qualification de spécialiste, bien qu'ils ne remplissent pas tous les critères et d'autre part, les intervenants qui s'attachent à ce que la médecine générale ne pallie à tous les problèmes.

En ce sens, ils avancent que certains dossiers de demande de qualification doivent être réorientés vers d'autres spécialités et qu'il pourrait par ailleurs être reproché au conseil de l'ordre d'avoir qualifié des médecins dont l'activité réelle ne correspond pas dans sa globalité aux champs d'activité de la médecine générale.

D'ailleurs, les intervenants souhaitent mettre fin à la période transitoire.

Les seuls points de convergence s'avèrent être de mettre fin à la période transitoire et de redéfinir les critères en déterminant des indicateurs davantage précis.

Les participants ont par conséquent convenu de créer un groupe de travail pour définir ces critères et un projet d'étude d'enquête sur l'exercice de la médecine générale a été évoqué.

Une prochaine réunion de travail est envisagée.

ANNEXE VII : Compte rendu réunion du 6 février 2014

Participants : Pr NICODEME - Pr DEGOS - Pr PARC - Dr SIMON - Dr DEAU – Dr RAYNAL – Dr RAULT, *Conseillers nationaux*

Pr RENARD *Collège national des généralistes enseignants*

Dr Jean GODARD, *MG France et président de la commission départementale de MG du CD 76*

Pr GAY - Pr BUDOWSKI - Dr GALLIOT (UNOF) et Dr LEVY *représenté (CSMF)* - Pr MEYER - Pr RAPHAEL – Dr STEYER-HACQUARD - Dr BUREL (*SML*) - *Membres des Commissions de qualification*

Cette réunion s'inscrit dans le cadre actuel de réflexion qui entoure la reconnaissance de la qualification de spécialiste en médecine générale qui a déjà fait l'objet des précédentes réunions de travail, le 24 octobre et le 18 décembre 2013.

- Le Professeur NICODEME précise, en premier lieu, que la volonté du CNOM n'est pas de dénaturer la spécialité de médecine générale, ni de modifier le référentiel de la médecine générale tel que défini par la loi et par la WONCA, mais de trouver une solution pour la période transitoire (fin octobre 2014).
- En second lieu, le CNOM souhaite trouver une solution pour les médecins enregistrés en médecine générale, sans qualification de spécialiste, tout en faisant progresser la médecine générale. C'est en ce sens qu'une proposition a été émise, c'est-à-dire organiser une formation DES de médecine générale et d'en modifier l'annexe, en rajoutant l'option médecine de famille ou médecine de premier recours, mais aussi médecine polyvalente hospitalière. Cette modification tendrait à apporter une cohérence entre la formation et l'exercice de la spécialité. En effet, un grand nombre de médecins sont inscrits en qualité de généralistes, mais n'exercent pas réellement la médecine de famille. Cette proposition n'a pas été entérinée.
- Une autre solution tendrait à organiser une autre formation type DES de médecine polyvalente avec des options en parallèle avec le DES de médecine générale (médecine de famille).

Les participants souhaitent avoir des données sur les médecins enregistrés généralistes (âges, types d'exercice, année d'obtention du diplôme,...)

- Les participants relèvent que les médecins actuellement non spécialistes peuvent exercer la médecine générale, que des mesures de compensation comme le DIU national de remise à niveau en médecine générale peut permettre à ces médecins d'accéder à la spécialité de médecine générale.

Par ailleurs, le collège souligne que dans le cadre des réflexions de la CNIPI, la création de la spécialité en médecine d'urgence est évoquée et que d'autres spécialités peuvent apparaître (médecine vasculaire, nutrition).

Le collège souligne également que la tendance va diminuer du fait que l'ensemble des médecins sont dorénavant spécialistes. Il n'appartient pas à la spécialité de médecine générale de gérer les difficultés de statuts ou de rémunérations, le risque étant d'avoir reconnu un spécialiste en médecine générale pour un médecin ne l'exerçant pas.

L'ensemble des participants soutient l'idée que la notion de re-certification en médecine générale devrait être proposée au Ministère chargé de la santé.

- Ensuite, 2 groupes ont examiné d'une part, la possibilité de qualifier spécialiste les médecins enregistrés en médecine générale, et d'autre part, proposer une solution réaliste pour les médecins enregistrés.

La synthèse des réunions a montré la possibilité de proposer une autre qualification de spécialiste (médecine polyvalente avec des options) voire de réorienter les médecins vers une autre qualification de spécialiste. Pour les médecins qui exercent la médecine générale, les participants souhaitent mettre en place une procédure de re-certification.

Une prochaine réunion de travail est programmée **le 24 avril 2014**.

ANNEXE VIII Compte rendu réunion du 24 avril 2014

Participants : Pr NICODEME ; Pr DEGOS ; Pr GUERRIER ; Dr RAYNAL ; Dr RAULT ; Dr FAROUDJA ;
Dr ROUSSELOT ; Dr CHOW-CHINE, *Conseillers nationaux*

Pr RENARD, *Collège national des généralistes enseignants*

Pr DRUAIS, *Collège de MG*

Pr GILBERG, *Collège de MG et Président de la CSI*

Dr Jean GODARD, *MG France et Président de la commission départementale de MG du CD 76*

Pr GAY – Dr BATARD - Dr GALLIOT (*UNOF*) - Dr LEVY (*CSMF*) - Pr RAPHAEL –
Pr STEYER-HACQUARD - Dr BUREL (*SML*) - *Membres des Commissions de qualification*

Cette réunion s'inscrit dans le cadre actuel de réflexion qui entoure la reconnaissance de la qualification de spécialiste en médecine générale qui a déjà fait l'objet des précédentes réunions de travail, le 24 octobre 2013, le 18 décembre 2013 et le 6 février 2014.

Le Professeur NICODEME précise, en premier lieu, que la volonté du CNOM n'est pas de dénaturer la spécialité de médecine générale, ni de modifier le référentiel de la médecine générale, tel que défini par la WONCA, mais de trouver une solution pour la période transitoire (début octobre 2014). En second lieu, le CNOM souhaite trouver une solution pour les médecins enregistrés en médecine générale, sans qualification de spécialiste, tout en faisant progresser la médecine générale.

Le CNOM présente les données demandées lors de la précédente réunion, à savoir l'âge moyen des médecins répertoriés généralistes et les disciplines complémentaires déclarées par les médecins répertoriés généralistes.

Le CNOM informe les participants de la rencontre avec les représentants de la médecine interne s'agissant de la réflexion sur la qualification de spécialiste en médecine générale (cf synthèse réunion médecin interne).

Enfin, le CNOM a présenté les résolutions adoptées le 4 avril 2014 sur la non prorogation des commissions départementales de qualification de spécialiste en MG et la proposition de création d'une nouvelle spécialité sous une terminologie à définir.

Le collège de MG souligne que dans le cadre des réflexions de la CNIPI, la création de la spécialité en médecine d'urgence est évoquée et que d'autres spécialités pourraient apparaître (médecine vasculaire, nutrition). Pour le collège, la qualification de spécialiste, via le DES devrait être réévaluée, notamment pour un médecin spécialiste en MG, à partir 5 années d'exercice de la médecine d'urgence. L'ensemble des participants soutient l'idée que la notion de re-certification en médecine générale devrait être proposée au Ministère chargé de la santé.

Concernant SOS médecin, le Collège estime que les médecins travaillant chez SOS médecins pourraient être intégrés dans la spécialité de médecine générale.

Concernant la qualification par l'Ordre des médecins de spécialiste en médecine générale, les membres des commissions et le CNGE estiment que la différence d'évaluation des critères auprès des Conseils Départementaux a été préjudiciable. Dès lors, la proposition de ne pas renouveler une période transitoire est accueillie très favorablement par les participants et remercie le CNOM d'avoir suivi la proposition. Dès lors, à partir d'octobre 2014, la commission nationale de qualification de spécialité en médecine générale étudiera les demandes et formulera un avis qui sera transmis au Conseil Départemental.

Le CNGE et les commissions souhaitent mettre à jour les documents de références (référentiel, critères, document de demande, grille d'étude,...). Le CNGE s'engage à mettre à jour les DIU de remise à niveau.

Le Collège indique travailler sur une politique d'incitation des jeunes médecins d'opter pour la médecine générale. Attirer, les jeunes médecins vers la médecine générale, c'est élever le standard de la médecine générale et d'une mise à niveau. Dès lors, tant pour les médecins généralistes ou d'autres spécialités qui exercent une « discipline » ou une activité réduite de la spécialité dans son ensemble et désireux d'obtenir la spécialité en MG ne peut se réaliser que par les critères de la MG et par une mise à niveau.

La CSMF et le SML estiment que les critères de l'exercice sont trop sévères, les critères sur les compétences devraient être suffisants.

Concernant la proposition du CNOM de créer une nouvelle spécialité, le Collège est favorable, notamment sous la supervision de la médecine interne. Cependant, cette nouvelle spécialité avec option hospitalière devra nécessairement être hors soins primaires.

Il ressort de la synthèse de ces réunions :

- La possibilité de proposer une autre qualification de spécialiste (médecine « polyvalente/hospitalière » hors soins primaires avec des options) ou de réorienter les médecins vers une autre qualification de spécialiste.
- Pour les médecins qui exercent la médecine générale, les participants souhaitent mettre en place une procédure de re-certification.