



## Projet de « Médecine de famille » à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

### I. Introduction générale

#### 1. Introduction

La médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires telle qu'elle a été définie par l'organisation européenne de médecine de famille.

La conceptualisation de la médecine de famille s'est développée à partir des années 1960-1970 dans les pays occidentaux dans le cadre de la création d'une identité professionnelle propre aux médecins exerçant la médecine générale. La médecine de famille, parfois appelée médecine générale ou médecine communautaire s'individualise ainsi par son mode de pratique et de fonctionnement en première ligne selon des normes internationales.

C'est une médecine de proximité orientée vers la communauté dont l'acteur principale est le médecin généraliste qui pratique en première ligne. La qualité de l'offre de soins en première ligne est un garant de réussite de tout système de soins en particulier dans des pays en développement qui souffrent de nombreux freins d'accès aux soins d'ordre géographique, économique et culturel. Les acteurs de premières lignes sont amenés à recevoir et à traiter la majorité des plaintes de santé de la population, par conséquent ils doivent être polyvalents et capables de répondre à la demande de toutes les catégories de la communauté, en effet près de 90% des problèmes de santé peuvent être résolus en première ligne.

Cette polyvalence importe d'asseoir des systèmes de formation médicale qui facilitent l'intégration des médecins en première ligne. Mais la formation traditionnelle des médecins généralistes est axée sur l'acquisition de savoir alors que sur le terrain les futurs praticiens doivent avoir des compétences plus complexes de savoir être, savoir faire et savoir agir en milieux complexes. C'est la méthode d'approche par compétences qui a déjà donné ses fruits dans plusieurs pays occidentaux et en développement.

La responsabilité sociale des facultés de médecine qui a été définie en 1995 par l'OMS comme étant l'obligation des facultés de médecine de répondre aux besoins prioritaires en matière de santé des collectivités qu'elles desservent « L'obligation d'orienter la formation qu'elles donnent, les recherches qu'elles poursuivent et les services qu'elles dispensent, vers les principaux problèmes de santé de la communauté, région et/ou nation qu'elles ont comme mandat de desservir. Les principaux problèmes de santé seront identifiés conjointement par les gouvernements, les organismes, les professionnels de santé et le public ». Elle engage les Facultés de médecine à anticiper les besoins en santé des communautés et à créer des partenariats pour y répondre, notamment en reconnaissant que les soins de santé primaires constituent la base de tout système de santé. Qualité, équité, efficacité et pertinence sont les valeurs clés pour une faculté responsable qui crée une dynamique interne pour être mieux réactive à son environnement.

Il en ressort le rôle essentiel des médecins que nous formons dans l'apport des réponses adaptés en fonction des priorités sanitaires de chaque population. Le médecin généraliste ou encore appelé médecin de famille représente le profil attendu en première ligne de soins. Médecin généraliste MG / médecin de famille MF / MF-C (communautaire) doit contribuer à l'offre de soins Mais aussi assurer des activités de dépistage de suivi du malade et d'éducation pour la santé.

C'est un défi là où la formation médicale est hospitalo-centrée et la discipline de médecine générale/médecine de famille (MG/MF), ni individualisée, ni intégrée au monde universitaire.

## 2. Rationnel et justification du projet

Le Maroc à l'instar des autres pays émergents connaît une transition épidémiologique et démographique marquée par la tendance au vieillissement de la population, le prolongement de l'espérance de vie à la naissance, la tendance à l'urbanisation et la charge de plus en plus importante des maladies non transmissibles (cancer, diabète, maladies cardiovasculaires...). Devant tous ces constats la demande de soins et de services de santé de qualité augmente alors que l'offre connaît de grands freins et limites d'ordre humains et financiers. Le futur médecin marocain devrait s'adapter à ces changements et s'armer au cours de sa formation de toutes les compétences requises à son exercice quelque soit la complexité de la situation.

Le principal champ d'action du médecin généraliste est représenté par la première ligne de soins . hormis les activités de soins curatifs, préventifs et de réadaptation ont été toujours au centre de la formation médicale de nos facultés de médecine. Le nouveau profil du MG marocain doit être un bon gestionnaire, leader et collaborateur, doté de qualités humaines psychologiques et morales, capable de prendre en considération l'approche économique des actions de santé, d'assurer sa formation continue, de s'adapter en permanence à son environnement. L'approche holistique de la santé est ainsi adoptée pour englober toutes les composantes de prise en charge de la personne dans son contexte au-delà des soins.

A cet égard, la réforme des études médicales qui est entrée en vigueur en septembre 2015 à bien tracé le profil du médecin généraliste attendu. Ce projet de réforme des études médicales préparé par le ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique et de la formation des cadres, en collaboration avec le ministère de la santé, est adopté par la commission nationale de coordination de l'Enseignement Supérieur apporte plusieurs changements dont l'accès aux spécialités à partir du début de la sixième année et la création de la filière de médecine de famille comme spécialité.

Il est de nos jours indispensable de s'aligner aux normes internationales en matière de formation médicale. D'autant plus que nos facultés se sont inscrites dans le processus d'accréditation. Ce qui implique la mise en conformité des procédures de formation et de graduation des étudiants avec les standards internationaux pour une meilleure qualité d'enseignement mais aussi pour garantir la reconnaissance internationale des diplômés. L'évaluation de l'enseignement et de la qualité de la formation dispensée par la Faculté de médecine et de pharmacie à Marrakech figure comme une étape primordiale du plan d'action de la faculté durant les deux prochaines années (plan 2014-2018). La mise en place d'un système d'évaluation et d'accréditation à la FMPM s'inscrit et rejoint le large chantier de réforme des études médicales au Maroc.

## 3. Contexte

### II. INADEQUATION DE LA FORMATION MEDICALE A LA PRATIQUE

Le contexte marocain est marqué par une inadéquation de la formation médicale à la pratique. Formation « hospitalière » du futur MG non adapté à sa pratique en 1ère ligne (CS ou Cabinet). Celle-ci est centrée sur la théorie et sur la spécialisation avec des terrains de stage à l'hôpital de 3ème niveau (CHU) ou de 2ème ligne. L'étudiant n'est alors confronté qu'à des situations cliniques spécialisées qu'il ne traitera pas en première ligne lors de son exercice, et ce sont généralement des situations qui seront référées tandis que la confrontation et la résolution des problèmes de santé qui font appel au raisonnement et à l'écoute et peu de techniques d'investigation font défaut. Cette situation a interpellé la réforme des études médicales.

### III. INITIATIVE 3300 MEDECINS

L'initiative 3300 médecins : le Maroc est classé parmi les 57 pays qui connaissent une pénurie aigue en personnel médical ce qui était derrière l'initiative de formation de 3300 médecins à l'horizon 2020 (869/an en temps normal). Les conséquences de cette initiative qui sans doute permettra d'augmenter la densité médicale et donc de répondre en partie à la problématique de pénurie en ressources humaines c'est qu'elle risque de créer d'injecter dans le système de soins un flux important de nouveaux médecins généralistes dont le profil est inadéquat à la pratique en 1<sup>re</sup> ligne. Or, une fois qu'ils seront en exercice, il sera encore plus difficile, voire impossible, de corriger la situation.

### IV. ETAT DES LIEUX DE LA PRATIQUE ET LES STRUCTURES DE TRAVAIL

De nombreux points marquent la pratique de la médecine générale :

- Perception négative du statut du MG face à la spécialisation (par défaut).
- La Pratique du MG est différente entre secteur privé et public. Ce dernier plus de dysfonctionnements et des contraintes à la pratique de la médecine générale ,
- Intégration horizontale des programmes de santé en 1<sup>ère</sup> ligne (autour du patient et non le problème de santé)
- Communication dans la relation médecin malade (porte d'entrée du processus de PEC)
- Suivi à long terme des patients par le même MG.
- Conditions d'accueil d'anamnèse et d'examens pour asseoir un diagnostic et des diagnostics différentiels et planifier le complément de PEC (référence, investigations, ttt, suivi)
- Éducation thérapeutique.
- Conduites de prescription médicamenteuse.
- Gestion des références à l'hôpital et des certificats.
- Gestion des RDV.
- Compétences de leader (coordination, vision, motivation, animation).
- Autres structureaux et organisationnels: système d'information, qualité des locaux, approvisionnement des médicaments, équipements, partenariat CS environnement

Une initiative portant sur la mise en place de l'enseignement de la médecine de famille dans ce contexte devrait prendre en compte :

- o Les défis des changements épidémiologiques vers les maladies chroniques,
- o Les attentes de plus en plus grandes du public,
- o La nécessité de contrôle de l'accélération des dépenses en santé,
- o le maintien de l'équité d'accès aux soins et services de santé,
- o les attentes des visiteurs étrangers espérant des soins de standards internationaux.

A travers cette analyse de situation, il ressort que les facteurs risquant de nuire ou, au contraire, de favoriser le succès de ce projet inclus:

- Facteurs « main d'œuvre » :
  - statut « inférieur » des MG/MF;
  - rémunération démotivante et non-compétitive des MG/MF...;
- Facteurs « formation » :
  - 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> cycles des études médicales centrés sur la théorie et les hôpitaux et dont les MG sont absents en tant qu'enseignants,
  - absence de 3<sup>ème</sup> cycle de MF-C;
  - absence d'instances universitaires de médecine générale ou de médecine familiale et communautaire;
  - peu ou pas de formation médicale bien encadrée en sites communautaires;
  - un concours de l'Internat « sélectionnant » par l'échec les candidats pour la MG;
  - absence de mesures incitatives et motivantes au recyclage des MG en place
- Facteurs « professionnels » :
  - absence d'une solide Société nationale de médecine générale ou de médecine familiale et communautaire;
  - rôle faible de l'Ordre des médecins en regard de la qualité des soins...;
- Facteurs « sociétaux et politiques » :
  - sur les sites de formation :
    - accès limité aux médicaments de base,
    - coordination inadéquate des intervenants pour répondre au défi du duo « besoins facultaires-besoins en services de santé publique »;
    - population mal informée sur le rôle positif potentiel des MG/MF;
    - assurance maladie qui semble hésitante à utiliser les leviers monétaires pour orienter les pratiques;

#### 4. Les facteurs déterminants du contexte

En vue d'implanter un programme de formation des MG/MF [incluant pour leur région, la (re) définition des compétences des MG/MF et autres professionnels de 1<sup>ère</sup> ligne et la révision des pratiques de soins], il importe de :

- Être conscients de l'importance des leaderships et partenariats (société civile, système de santé, instances gouvernementales).
- Introduire des mesures incitatives pour stimuler les fournisseurs de soins et de services de santé à la productivité, à la qualité et à l'efficacité (contrats, concurrence régulée, rémunérations incitatives en lien avec les objectifs visés, audits obligatoires, approche de «qualité totale», lois et règlements en soutien...).
- Viser, par des actions concrètes, une franche amélioration :
  - des conditions du travail des MG/MF,
  - de leur statut et rémunération,
  - de la formation de base de tous les médecins
  - de la formation spécifique pour la pratique de la médecine familiale et communautaire,
  - des possibilités et capacités de recyclage des MG déjà en exercice,
  - des incitatifs à la qualité des soins
  - de la perception du public (campagne d'information, qualité des pratiques, etc.

## V. Objectifs

Au regard de l'état actuel de la pratique de MG au Maroc et des nouveaux défis de la formation médicale à l'aire de la réforme des études médicale et de l'accréditation des Facultés de Médecine les objectifs sont :

### 1. Objectif général :

- Contribuer à la création et à la mise en place d'une formation spécifique à la médecins de famille (Spécialité en MF) au sein de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech et dans la région (d'ici 3 ans).

### 2. Objectifs Spécifiques :

Afin d'atteindre l'objectif ultime de création de la filière de médecine de famille au sein de notre établissement, les objectifs spécifiques du projet sont :

- Composer le groupe de travail (comité de pilotage) du projet
- Identifier et former les maîtres de stage
- Contribuer à la formation des enseignants qui seront impliqués dans l'encadrement des futurs médecins de famille
- Préparer le terrain de stage (les centres de santé) pour la formation en médecine de famille
- Elaborer le curriculum de la formation

## VI. Méthodologie de mise en œuvre

Le cadre général du projet en suivant les objectifs déjà cités comporte les axes d'interventions suivants :

### 1. Axe d'intervention 1 : Composer le groupe de travail du projet

Le premier axe important du projet est la création d'un groupe régional fort, regroupant des représentants des différents détenteurs d'enjeux afin de susciter et assurer le support aux actions concertées et intégrées à réaliser.

Objectifs	Les intervenants	Activités
Composition d'un « noyau dure » au niveau local	-Décanat -Département de médecine communautaire	- Réflexion sur les concepts - Revue et synthèse de la littérature - Amorçement du plan d'action
Composition du groupe de travail local	-Noyau dure -Des médecins généralistes « experts » (maîtres de stage) -Le Ministère de la santé -Le Ministère de l'enseignement supérieur -la direction régionale de la santé -La région - D'autres partenaires : ONG, Associations de la société civile, Association des médecins généralistes	- Discussion autour des concepts retenus - Définition des compétences requises - élaboration d'une stratégie de travail
Expertise internationale	-Groupe de travail -Experts internationaux	- Débattre les compétences retenues et les méthodes de leurs validations au regard du contexte et de l'état de l'art

### 2. Axe d'intervention 2 : Identifier et former les maîtres de stage

La formation des médecins de famille sur le terrain de stage (centre de santé) sera assurée par des maîtres de stage qui sont en fait des médecins généralistes compétents habiles à encadrer et à superviser suite à leur acquisition de compétences pédagogiques.

Les actions	Les intervenants	Les indicateurs
Etablir les critères de sélection des formateurs	- Le groupe de travail à la FMPM - La direction régionale de la santé	Nombre de réunions Le nombre de participants La représentativité des profils Les procès verbaux (PV)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le représentant de l'association des médecins généralistes</li> <li>- Les experts internationaux</li> </ul>	
Recruter des médecins généralistes compétents et motivés répondant aux critères de sélection	- Le comité de pilotage du projet	<p>Base de données des candidats potentiels</p> <p>Procédure de candidature</p> <p>Processus de sélection</p> <p>Nombre de candidats postulants</p> <p>Nombre de réunion</p>
Elaborer- en partenariat avec des collaborateurs nationaux et internationaux - un programme de formation de ces médecins en se basant sur les compétences qu'ils doivent maîtriser sur le plan : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clinique : compétences théoriques et pratiques</li> <li>- Pédagogie : ces compétences nécessaires au travail d'encadrement et d'enseignement attendu</li> </ul>	<p>Groupe de travail</p> <p>Experts internationaux</p> <p>Enseignants de la FMPM</p> <p>Personnes ressources externes : enseignants des spécialités cliniques et enseignants en pédagogie</p>	<p>Nombre d'enseignants</p> <p>Nombre de sous comité</p> <p>Nombre de participants aux réunions</p> <p>Nombre de workshop</p> <p>Documents et référentiels produits</p> <p>Evaluation</p>
Organiser des sessions de formations en suivant le programme établi	<p>Groupe de travail</p> <p>Corps enseignant</p>	<p>Nombre de participants</p> <p>Nombre de séances</p> <p>Evaluation des séances de formation</p>
Evaluer les compétences des maitres de stage et la formation	<p>Groupe de travail</p> <p>Corps enseignant</p>	<p>Taux de réussite (validation des objectifs de la formation)</p> <p>Taux de satisfaction</p>

### 3. Axe d'intervention 3 : Contribuer à la formation des enseignants

Les actions :

- Identifier les disciplines médicales qui feront l'objet de la formation en médecine de famille
- Identifier les formateurs internes parmi les enseignants des disciplines arrêtées
- Organiser des séminaires de formation des formateurs internes au regard des compétences visées.

4. Axe d'intervention 4 : Préparer le terrain de stage (centres de santé, cabinets médicaux)

Les actions :

- Identifier en collaboration avec la direction régionale de la santé les sites pilotes qui serviront de terrain de formation et de stage au cours de la première phase du projet.
- Proposer un cahier de charge auquel les centres de santé choisis devraient répondre pour être normes pour la pratique de la médecine de famille et ce sur le plan de:
  - L'équipement, les instruments pour l'examen
  - L'infrastructure : salles d'accueil, salles de consultation et d'examen
  - L'organisation
  - Les ressources humaines (infirmiers, autres métiers de santé)

5. Axe 5 : Etablir le curriculum de la formation

Les actions :

- Identifier les compétences à développer par le médecin de famille en se basant sur le cursus réformé ainsi que sur l'analyse des besoins en matière de santé à l'échelle régionale et nationale :
  - Analyse de la documentation internationale
  - Diagnostic locale (thèse en médecine, enquête auprès des MG, analyse documentaire en matière de besoins de formation exprimés par les MG)

**VII. Résultats attendus du projet, indicateurs**

Les retombées du projet sont nombreuses :

1. Amélioration de la santé de la population dans la région

L'amélioration de la santé de la population locorégionale en :

- Favorisant l'équité et l'accessibilité aux soins et services de santé de base.
- 2. Valorisation du travail du MG par la population et les collègues spécialistes

**VIII. Considérations logistiques et stratégiques**

Le comité de pilotage du projet qui sera présidé par le doyen de la FMPM :

- Le doyen de la FMPM
- Le directeur régional de la santé (ou son représentant)
- Le directeur du CHU
- Le directeur de la région
- Président du Conseil de l'Ordre (ou son représentant)
- Société civile (associations de médecins généralistes)





كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

ROYAUME DU MAROC  
UNIVERSITÉ CADI AYYAD  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE  
MARRAKECH

---