

## INFORMATION

### **La médecine générale : une jeune spécialité pleine d'avenir**

Pierre-Louis DRUAIS \*

Monsieur le Secrétaire perpétuel,  
Monsieur le Président,  
Mesdames et Messieurs les Académiciens

Je vous remercie de me permettre de présenter devant votre prestigieuse assemblée la médecine générale, telle qu'elle s'est transformée ces dernières années, chassant l'image traditionnelle, fortement ancrée dans les esprits du généraliste d'autrefois, qui mérite d'être révisée aujourd'hui dans le nouveau contexte de la pratique médicale au service d'un nouveau patient.

**La médecine générale est aujourd'hui reconnue comme une discipline médicale universitaire à part entière. C'est l'aboutissement d'un long combat, emblématique d'une mutation à la fois de notre système soins et surtout des mentalités, dans le monde médical et l'opinion publique.**

#### **Le long chemin de la reconnaissance universitaire**

*La médecine générale n'existe pas dans l'université médicale performante et élitiste née de la réforme Debré.* La médecine générale, maintenue hors de l'Université, a été réduite à une activité de soins, sans recherche et avec fort peu d'enseignement, tandis que l'essor des spécialités médicales a eu pour effet de privilégier une approche de plus en plus technique de la maladie, délaissant progressivement l'approche clinique et la globalité de la personne. L'importance des soins de santé primaires a de ce fait été minimisée, y compris en terme de santé publique, et la plupart des décideurs n'ont de fait pas perçu la nécessité d'appuyer le système de santé sur un réseau de médecins généralistes de haut niveau, dans le cadre d'une formation universitaire spécifique.

Dans les années 1970, la médecine générale, ainsi exclue de l'université, n'a donc eu d'autre possibilité que de se construire autour de la formation médicale continue grâce aux pionniers de la future discipline, qui ont innové en réfléchissant aux méthodes pédagogiques nécessaires à la formation des médecins généralistes. Sans

---

\* Président du Collège de la Médecine Générale

lien avec les spécialités universitaires, mais conscients des différences structurelles entre le champ hospitalier et le champ ambulatoire, ces pionniers se sont aussi investis progressivement dans la formation initiale des futurs généralistes. À contre courant de la logique et de la pensée du temps, il leur est apparu clairement que les principes d'excellence, qui avaient présidé au développement de l'université médicale, devraient également fonder le développement de la médecine générale, discipline spécifique des soins primaires, pour le plus grand bénéfice des patients et du système de santé.

Le 22 décembre 1982, la loi a ouvert la voie à cette formation spécifique en médecine générale au cours d'un 3<sup>e</sup> cycle des études médicales, sanctionnée par quelques décrets d'application de 1984 à 1988. L'intégration dans l'université a été très progressive, au prix de persévérance et de patience de la part des enseignants de médecine générale, dont l'atteinte des objectifs passait par des étapes parfois modestes, au service d'une vision d'ensemble cohérente.

*La création du DES de Médecine Générale en 2004*, plus de 20 ans après la création du Collège national des généralistes enseignants (CNGE), voyait l'aboutissement concret de la vision prospective du départ. La disparition de l'internat pour laisser la place à l'Examen Classant National permettait « théoriquement » de réintégrer les étudiants en médecine générale dans la communauté de l'ensemble des étudiants de 3<sup>e</sup> cycle.

Pour autant, rien n'était prévu pour mettre en place une vraie filière universitaire ; le changement portait en germe l'évolution souhaitée mais restait plus symbolique que pratique faute... de volonté politique pour assurer la construction du reste de l'édifice.

### **Priorité à la recherche en médecine générale**

Rapidement, les enseignants de médecine générale ont identifié le facteur qui bloquait le développement de leur spécialité universitaire : la faiblesse de la recherche, liée essentiellement à l'absence d'enseignants universitaires titulaires de la discipline, nécessaires à la construction du DES, le nœud du problème comme il l'avait été pour toutes les nouvelles spécialités. Il fallait donc passer à l'essentiel : l'inscription de la médecine générale comme discipline reconnue par le Conseil National des Universités.

Or, Pendant tout ce temps, des travaux nationaux et internationaux avaient abouti, sur le plan théorique, à une définition européenne de la médecine générale jusqu'à la diffusion du référentiel métier [1], ce qui nous conforta dans l'idée que la constance de notre travail universitaire et de notre enseignement, malgré des conditions souvent difficiles, ne pourrait déboucher que sur la complétude de la construction de la discipline.

Rappelons que les premiers enseignants associés en médecine générale ont été nommés en 1991, et que ce n'est qu'à partir de 2006 que les nominations ont

commencé à permettre de constituer partout le noyau autour duquel peuvent se structurer de vraies équipes universitaires. Fin 2006, l'option « médecine générale » était créée au CNU au sein de la sous section 5301 « Médecine interne ; Gériatrie et biologie du vieillissement ». Ce n'était pas un hasard, car nous nous sentions proches des internistes, sentiment partagé par les plus hautes instances de la section en question. Enfin, en 2007, année « historique », arrivée à terme de la première cohorte du DES de médecine générale, et la nécessité impérieuse de structurer la filière, aboutissaient à la nomination des premiers chefs de clinique, dont l'exercice de soins en ambulatoire se formalisait progressivement. Nous nous inscrivions alors pleinement dans le triptyque universitaire : soins, enseignement et recherche.

La recherche a été historiquement le parent pauvre de la discipline ; cet axe n'était pas au début dans les priorités compte tenu de l'importance des chantiers de l'enseignement et de l'absence de structure *ad hoc*. Mais, la donne a totalement changé dans les esprits d'abord, dans les faits ensuite. Le développement progressif des chefs de cliniques de médecine générale à permis aux départements de médecine générale des UFR de s'investir dans la réalisation de travaux de recherches en soins primaires, et de publier dans des revues internationales. La qualité des communications lors des différents congrès — celui du CNGE, un congrès de pédagogie, et celui de la Médecine Générale, un congrès de recherche — permet de mesurer les progrès accomplis dans la production scientifique de la discipline. L'augmentation majeure des publications, y compris à fort impact factor est de bon augure pour l'avenir.

### **La Médecine générale est aujourd'hui reconnue comme une discipline à la fois d'exercice et scientifique.**

La réflexion sur les « Bases théoriques de la médecine générale » [2], présentée lors du premier congrès de la World Organization of Family Doctors (WONCA Europe) à Strasbourg en 1995, est une des premières contributions à l'identification des fondamentaux de la discipline. Parallèlement, au niveau international, se manifeste la volonté de lui donner un cadre conceptuel. EURACT *European Academy of Teachers in General Practice* a proposé dès 2002 une définition de la médecine générale [3] qui précise les douze caractéristiques de la discipline et la positionne comme la spécialité de soins de santé primaires.

*La médecine générale est une discipline de soins primaires qui s'exerce en ambulatoire.* Elle se préoccupe des personnes et de leurs problèmes dans les différentes circonstances de leur vie. La maladie n'est qu'une partie du problème abordé et non sa finalité ; ce qui importe le plus est le patient. Il est aussi important de savoir comment le patient fait face à sa maladie et comment il l'envisage que de s'occuper de lui et de sa maladie. Il est indispensable de prendre en compte les croyances, les peurs, les attentes et les besoins du patient, et son environnement, sur la base du modèle bio-psycho-social développé par Engel [4].

Actuellement, l'évolution du cadre de l'exercice professionnel prône la création de maisons de santé pluridisciplinaires voire pluri professionnelles. Elles constituent

une des réponses possibles aux problèmes actuels posés par la désaffection pour l'exercice de la médecine générale et l'évolution de la démographie médicale. Nous pensons que certaines de ces maisons auront vocation à devenir des maisons de santé universitaires dans l'esprit de projets actuellement à l'étude dans de nombreuses régions visant à créer des pôles d'excellence et de formation au sein des territoires, et à exporter l'expertise universitaire en termes de pédagogie et de qualité des soins hors des murs de l'université. Il s'agit pour nous d'en définir des critères de labellisation. Le modèle universitaire exige qu'une équipe travaille *in situ*, selon un contenu à préciser :

- un titulaire universitaire de médecine générale, et/ou des enseignants universitaires associés ;
- l'existence pérenne d'au moins un poste de chef de clinique universitaire de médecine générale ;
- des internes en médecine générale ;
- des étudiants de 2<sup>e</sup> cycle en stage d'externat ;
- d'autres professionnels de soins primaires volontaires.

Notre discipline repose donc sur bases scientifiques solides et des choix pédagogiques innovants qui justifient son statut universitaire. Les notions de premier recours et de continuité des soins font que les problèmes de santé peuvent s'assembler dans une même consultation ou au cours de contacts répétés (simultanéité ou cumul par chronicité). Ceci implique souvent une gestion hiérarchisée des problèmes : intervenir lorsque cela n'est pas nécessaire ou souhaité peut être néfaste pour le patient. Lorsque les objectifs sont partagés par le patient et le médecin, l'optimisation du suivi ou de l'accompagnement peut être atteinte. Ceci nécessite, de la part du soignant, une formation spécifique. L'émergence des premières nominations par le Conseil National des Universités de maîtres de conférences issus de la filière universitaire de médecine générale, puis de professeurs titulaires par voie de concours, est prometteuse. Parallèlement, depuis 5 ans, la commission nationale d'intégration a proposé à la titularisation 46 professeurs et maîtres de conférences ; ils sont seulement 31 officiellement nommés à ce jour. Actuellement, la formation initiale au niveau national d'environ 13500 internes du DES est assurée par 6800 Maîtres de Stage Universitaires, 113 Maîtres de conférences associés, 59 Professeurs associés, 41 titulaires et 86 chefs de clinique, ce qui est largement insuffisant, compte tenu du fait que les mêmes doivent enseigner aussi au sein du 2<sup>e</sup> cycle des études médicales et exercer parallèlement leur métier de soignants (3 jours par semaine d'activité environ) pour ne pas perdre le contact avec le terrain, une exigence statutaire que nous avons initiée dès le départ.

*Les avantages en termes d'efficiencia des soins comme de Santé publique sont évidents : la médecine générale est un observatoire indispensable de la population. L'expertise en médecine générale permet l'ajustement entre l'offre de soins, les demandes des patients et les besoins de santé. L'articulation entre santé publique et médecine générale donne une dimension opérationnelle à cette expertise, avec des conséquen-*

ces économiques non négligeables. La littérature internationale montre que les systèmes de santé fondés sur des soins de santé primaires efficaces, avec des médecins généralistes possédant un haut niveau de formation, fournissent des soins plus rentables et plus efficaces que les systèmes moins orientés vers des soins de santé primaires [5].

La légitimité de l'expertise en médecine générale est désormais acquise et sa pertinence est clairement établie : il appartient maintenant aux acteurs de soins et de santé d'en partager la nécessité.

Je vous remercie de votre écoute bienveillante.

### BIBLIOGRAPHIE

- [1] Référentiels métiers et compétences ; Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Collectif. Ed. Berger-Levrault, Paris, 2010.
- [2] GATY B. — Les bases théoriques de la médecine générale. *Exercer*, 1995, 30, 4-7.
- [3] ALLEN J., GAY B., CREBOLDER H., HEYRMAN J., SVAB I., RAM P. — The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. *Br. J. Gen. Pract.*, 2002, 52, 526-7.
- [4] ENGEL G.L. — THE NEED FOR A NEW MEDICAL MODEL : A CHALLENGE FOR BIOMEDICINE. *Science*, 1977, 198, 129-96.
- [5] SARFIELD B. — Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford University press, 1998.

