

1970 : année décisive

LIVRE BLANC

SUR LE

MÉDECIN DE FAMILLE :

AVENIR OU DISPARITION

incidences sur le budget national

Numérisé par Dominique DUPAGNE
www.atoute.org

COMITÉ

INTERSYNDICAL DE LIAISON ET D'ACTION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS ET GÉNÉRALISTES

*Les rédacteurs de cette plaquette,
ainsi que les amis qui se solidarisent avec eux, pour
la défense de la Médecine Générale,
donc pour la défense de toute la Médecine,
expriment leur profonde reconnaissance
à tous ceux qui,
par leurs conseils et par leur soutien
en ont permis la réalisation, en particulier :
aux Laboratoires ROUSSEL
qui ont pris à leur charge la première édition,
aux Laboratoires THÉRAMEX
qui ont assuré la présente édition
et sa diffusion à 41.000 exemplaires.*

*Le Comité Intersyndical de Liaison et d'Action
des Médecins Omnipraticiens et Généralistes*

Sous le patronage de Messieurs les

Professeur MILLIEZ

Professeur J. GOSSET

Professeur Cl. LAROCHE

*Présenté par le Comité Intersyndical de Liaison et d'Action
des Médecins Omnipraticiens et Généralistes.*

*“Les médecins soussignés, membres les uns du syndicat des
Médecins Omnipraticiens, les autres du syndicat des Méde-
cins Généralistes, conscients des menaces dramatiques qui
pèsent sur l'avenir du médecin de famille et par là même sur
l'appareil de santé tout entier dans son fonctionnement
même comme dans son équilibre budgétaire, appellent tous
les citoyens responsables à lire et à méditer ce LIVRE
BLANC.*

Dr. MOUTHON

Dr. BECOUR

Dr. GOEDERT

Dr. GHOZI

Dr. ROSOWSKY

CE LIVRE BLANC EST DEDIE A :

*Monsieur le Président de la République,
Monsieur le Président de l'Assemblée Nationale,
et Messieurs les Députés,
Monsieur le Président du Sénat,
et Messieurs les Sénateurs,
Monsieur le Premier Ministre,
Monsieur le Ministre des Affaires Sociales,
Monsieur le Ministre de l'Economie et des Finances,
Monsieur le Ministre de l'Education Nationale,
Monsieur le Secrétaire d'Etat à l'Economie et aux Finances,
Monsieur le Président du Conseil Economique et Social,
Monsieur le Président de la Commission des Prestations
Sociales, Commissariat Général du Plan,
La Direction de l'Assurance Maladie et des Caisses de
Sécurité Sociale, Service des Etudes et des Provisions,
Monsieur le Président de la Caisse Nationale d'Assurance
Maladie,
Monsieur le Président de la Fédération Nationale des Orga-
nismes de Sécurité Sociale,
Monsieur le Président de la Commission Nationale Tri-
partite,
Monsieur le Président de la Commission de la Nomenclature.*

*A nos Confrères, les Présidents et les Membres
du Conseil National de l'Ordre des Médecins,
des Conseils Régionaux de l'Ordre des Médecins,
des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins,*

A Messieurs les journalistes et tous nos confrères.

L'absence de promotion interne
Une retraite dérisoire
des revenus mensuels qui stagnent
des revenus horaires à franc constant qui baissent
La nécessité d'un nombre d'heures de travail chaque jour plus grand
un sentiment d'isolement dans la nation
un sentiment de solitude à l'intérieur du corps médical
le refus des jeunes générations de rejoindre un corps professionnel en apparence condamné

Ce livre blanc pourrait être le catalogue des doléances ou des revendications des derniers généralistes, un testament pour éclairer les générations futures sur un phénomène social étonnant.

Il l'est plus encore par l'intrication de tous les problèmes qu'il pose avec les facteurs d'équilibre du budget social de la nation.

Certains pensent que les dépenses de santé pourraient être diminuées par la modification du mode de distribution des soins : Nationalisation pour les uns, libéralisation totale pour d'autres, capitation ou forfaitarisation pour les derniers.

Il nous semble que le système conventionnel donne très largement satisfaction à la population française et qu'il tient compte de ses traditions dans le domaine médical ; par ailleurs ce système qui fonctionne depuis 10 ans et malgré ce long recul permet à peine de discerner les éléments directeurs de son évolution économique.

Il n'est pas prouvé qu'un autre système (capitation ou nationalisation) moins séduisant a priori pour les populations ou pour le corps médical, soit forcément plus économique et peut-être faudra-t-il 10 ans de fonctionnement pour le savoir. Le budget de la nation permet-il une expérience de 10 ans ? le déficit de ce budget exige-t-il une solution immédiate ?

La réponse que nous faisons à ces questions explique que les solutions financières que nous proposons s'inscrivent exclusivement dans le cadre du système conventionnel.

QUI EST LE MEDECIN, EN FRANCE, EN 1969/1970 ?

Est-il, comme on a pu l'écrire récemment "un parasite qui fait de l'argent avec l'angoisse du monde où il vit" ? Est-il un simple "instrument de santé" dans une société de consommation et de profit ? N'est-il rien de plus qu'un prescripteur routinier aggravant consciemment ou non le déficit de la Sécurité Sociale ? Peut-il prendre en charge totalement l'homme malade, avec toute la sérénité matérielle indispensable ? Doit-il concevoir son rôle comme celui d'un réparateur corporel destiné à récupérer des gens pour le travail et la productivité ?

Doit-il, au contraire, se considérer comme responsable de la réinsertion, dans la vie normale, de celui qui en a été exclu par la maladie ?

Enquête de l'IFREM
Novembre 1969

TABLE DES MATIERES

p. 9	DEMOGRAPHIE	<ul style="list-style-type: none"> - le présent, - le futur, - le motif,
p. 10	LA REALITE	LA MEDECINE GENERALE AUJOURD'HUI <ul style="list-style-type: none"> - la journée du médecin de famille, - les revenus du médecin de famille, son niveau de vie, - la vieillesse du médecin de famille, - le vécu du médecin de famille.
p. 15	LE SYSTEME	<ul style="list-style-type: none"> - l'évolution des honoraires du médecin conventionné, - la sous-représentation du médecin de famille dans les instances nationales.
p. 21	LES RESULTATS	LE GRAND GACHIS, <ul style="list-style-type: none"> - sur le plan humain : le refus du malade fonctionnel , - sur le plan économique.
p. 24	LES SOLUTIONS	<ul style="list-style-type: none"> - projet de réforme des structures médicales : <ul style="list-style-type: none"> . le système conventionnel tel qu'il fut conçu en 1958-60, . phénomènes nouveaux, . résultats, . réformes proposées : incitation matérielle, <li style="padding-left: 100px;">incitation psychologique, . conclusions, . annexes, - à l'échéance de mai 1970, - dans l'enseignement de la médecine.
p. 33	ANNEXES	<ul style="list-style-type: none"> - "Importance et formation des médecins généralistes, Opinion d'un Chirurgien" par le Pr. Jean GOSSET, in. Revue du Praticien 7.12.1969, - "La Surconsommation des prestations sociales" lettre à "TONUS" ou "Pourquoi se satisfaire d'un coupable idéal ? " - (TONUS 16.2.1970), - le prix de l'acte médical : étude de la Commission économique de l'Association du District Parisien, - Contrats de progrès et honoraires médicaux, - Ordre National des Médecins : Séance du 2.3.1968, - Ordre National des Médecins : rapport du Dr. M.R. VILLEY, sur la Formation des Médecins Praticiens, - Une nouvelle spécialité : la médecine générale par le Pr. Claude LAROCHE, - "Un médecin à cœur ouvert" par le Dr. BENSAID, - XIIIe Congrès du Syndicat National des Médecins Omnipraticiens Français - Reims 13,14,15 sept. 1968.

DÉMOGRAPHIE

"75% des étudiants en médecine interrogés considèrent que le médecin de famille est en voie de disparition."

LE PRESENT :

- début 1968 il y avait :

- | | | |
|---------------------------------|--------|--|
| - exerçant en clientèle : | 18 700 | spécialistes |
| | 24 800 | généralistes |
| - n'exerçant pas en clientèle : | 22 550 | médecins de l'industrie, fonctionnaires du secteur parapublic en instance d'installation, de spécialisation, militaires. |

"Concours médical n° 5 1968"

"Démographie des Médecins Spécialistes".

- dans sa séance du 1er.12.1968, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a constaté l'évolution de la démographie du corps médical. Il ressort de cet exposé que le **nombre total des médecins augmente chaque année de 2 000 environ, tandis que le nombre des médecins de famille reste stable ou diminue.**

LE FUTUR :

- *"dans le cadre de la médecine de soins, quelle branche choisiriez-vous" ?*

- | | | |
|-----------------------|-------|--|
| - spécialité : | 67,5% | |
| - médecine générale : | 32,5% | dont seules 21,5% envisagent de rester généralistes. |

(une enquête de l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France, Février 1968.)

LE MOTIF :

- PAS D'AVENIR !

PAS DE PROMOTION !

SURMENAGE !

"Je préfère me spécialiser pour concilier médecine et foyer".

Paris, 6ème année.

"Pour gagner davantage d'argent."

Lyon, 3ème année.

"Les connaissances augmentent sans cesse, il faut savoir se limiter."

Nancy, 3ème année.

"Il est plus facile d'être un bon spécialiste qu'un bon généraliste."

Nantes, 4ème année.

(Enquête de l'A.N.E.M.F.)

Il ne faut pas compter sur la "sélection" pour imposer des vocations de médecin de famille.

Les étudiants repoussés lors de la spécialisation contre leur gré préfèrent des situations para-médicales dans le commerce et l'industrie plutôt que la médecine générale ; lorsqu'ils exercent la médecine, ils se réfugient plutôt dans le salariat.

"Le Docteur LAFITTE a souligné, à ce sujet, que le nombre de médecins salariés à temps total ou à temps partiel, avait nettement augmenté depuis 1963. Le recensement de 1968 montre que sur cent médecins :

- 22 sont salariés à plein temps,
- 32 sont partiellement salariés,
- 46 sont libéraux exclusifs."

Congrès National des Médecins des Centres la Santé
"Le Monde" du 21.10.69."

LA RÉALITÉ

LA MEDECINE GENERALE AUJOURD'HUI :

- "LA JOURNEE D'UN MEDECIN DE FAMILLE"

Dominique SOUVIGNY, dans la revue "Sélection" entend vérifier l'emploi du temps d'un médecin généraliste. Dans ce but, l'auteur a accompagné pendant toute une journée, de 7 h 30 jusqu'à 22 heures, un praticien de la banlieue parisienne et a assisté à toutes ses consultations et visites.

Son bilan corrobore les enquêtes de la presse professionnelle :

le praticien a travaillé pendant 14 heures et vu 40 clients. Il a rédigé 31 ordonnances, 10 certificats, 5 lettres de recommandation à des spécialistes, rempli 32 feuilles de Sécurité Sociale et complété le dossier de tous ses malades.

La qualité de la médecine s'en ressent :

Pour le praticien, une journée de 14 heures n'est pas une exception : c'est la durée normale de travail.

Mais le malheureux médecin a tenu à préciser que :

"dans ces conditions de travail, il lui est impossible de chercher chez les patients les causes profondes psychologiques ou même physiologiques du mal."

Ce qui, selon lui, explique pourquoi le médecin de famille est en voie de disparition :

"Il ne soigne plus des familles ou des individus mais seulement des **maladies**, qu'il doit diagnostiquer le plus rapidement possible.

Enquête de Dominique SOUVIGNY
Mars 1969, analysée dans
"La Médecine Praticienne"

- "LES REVENUS DU MEDECIN DE FAMILLE, SON NIVEAU DE VIE"

1) ARRETE DU 16/10/68 :

Salaire du médecin-conseil débutant à la Caisse S.S.R.P.

3 633 F mensuel x 12, soit : 43 600 F

avantages sociaux 1/3 : 14 533 F

soit environ, par an : 58 133 F

cela pour un travail hebdomadaire normal, des frais minimes, une stabilité d'emploi et de retraite.

2) "LE MONDE" DU 27/09/69 : "LE NIVEAU DE VIE DE L'OMNIPRATICIEN" :

"Dans son exposé sur la situation de la médecine générale, le Dr MARCAIS a précisé que les praticiens de médecine générale, selon les statistiques fiscales, gagnaient en moyenne entre 80 000 et 120 000 par an, mais que 20% ont moins de 60 000 F de recettes.

Leur durée de travail est en moyenne de 72 h par semaine. En sept jours, ils parcourent 200 kms s'ils sont en ville et 400 kms s'ils sont en campagne, le rapport entre les visites et les consultations étant dans l'ensemble de l'ordre de 50%.

Ce n'est donc QU'AU PRIX D'UN TRAVAIL INTENSIF, QU'ON PEUT MEME QUALIFIER DE DEMESURE, a conclu le Dr MARCAIS, que les praticiens de médecine générale atteignent un niveau de vie acceptable.

Déclaration du Dr MARCAIS, secrétaire général de la C.S.M.F. citée par Mme ALLAIN - REGNAULT, journaliste du Monde rendant compte du Colloque International sur la formation du Généraliste" fin de cit.

Il s'agit de revenus bruts.

Sont à déduire : les frais entre 55 et 60%.

Restent des revenus de 32 000 à 48 000 F (24 000 pour 20% des généralistes) sur quoi pèsent les IMPOTS ne supportant pas la réfaction des salariés, une INSECURITE d'emploi totale, une retraite INDECENTE.

Le tout pour 72 h de travail hebdomadaire.

3) CONGRES NATIONAL DES MEDECINS DES CENTRES DE SANTE (Oct. 69) :

Rappelons de nouveau la déclaration du Dr LAFITTE déjà citée : "le nombre des médecins salariés à temps total ou partiel a NETTEMENT AUGMENTE depuis 1963.

Le recensement de 68 montre que sur CENT médecins :

- 22 sont salariés à plein temps,
- 32 sont salariés à temps partiel, soit 54 salariés,
- 46 seulement sont libéraux exclusifs.

TROIS PREUVES FORMELLES DE LA DEGRADATION DE NOTRE NIVEAU DE VIE MALGRE UN TRAVAIL DEMESURE.

Trois éléments qui, ajoutés à la modestie de notre retraite (pas de pension pour le praticien trop pauvre pour vivre de sa seule pension) indiquent le chemin du Salariat.

- "LA VIEILLESSE DU MEDECIN DE FAMILLE"

- La cotisation de la C.A.R.M.F. est **obligatoire**. Son montant actuel est de **4 082 F** par an. Elle donne "droit" - après 35 ans de cotisation - (ou rachat des points manquants) à une pension annuelle de : **14 530 F**. Ce, à 65 ans et à condition d'**abandonner l'exercice professionnel**. Les veuves touchent la demi-pension.
- Les médecins conventionnés peuvent cotiser, en plus, à un "avantage vieillesse facultatif" : cotisation annuelle : 480 F, pension à 65 ans : 10 500 F.
- La modicité de ces pensions explique pourquoi, après avoir dû cotiser une vie durant des sommes considérables, (à augmenter des intérêts composés), le médecin généraliste doit, trop souvent, renoncer à la pension qui lui est due, et travailler jusqu'à son dernier souffle.

- "LE VECU DU MEDECIN DE FAMILLE"

"RAPPORT FICHELET : STE D'ETUDES ET DE RECHERCHES EN SCIENCES SOCIALES 1968."

"*La Population étudiée*" (page 12).

On a pu effectuer, entre février et avril 1968 :

- a) - un ensemble de 62 entretiens individuels d'exploration, qui se décomposent ainsi :
 - 10 médecins hospitaliers et hospitalo-universitaires ;
 - 10 internes, externes et étudiants en médecine avancés ;
 - 40 médecins de ville, dans les départements de l'Indre-et-Loire, de l'Indre et du Loir-et-Cher ;
 - 2 médecins travaillant dans des structures administratives ;
- b) - deux discussions de groupes avec, d'une part, un groupe d'étudiants en médecine (1ère, 2ème, 3ème, 4ème années, externes) et, d'autre part, un groupe d'internes du C.H.R. de Tours .

La plupart des médecins de ville enquêtés sont des généralistes. Quelques-uns pratiquent en cabinet de groupe, quelques-uns aussi ont exercé, à l'origine, en zone rurale et se sont, depuis, installés en ville. La taille des localités dans lesquelles ils exercent, comme l'importance de leurs clientèles, sont très diverses.

Les citations d'entretiens que l'on trouvera dans le texte visent à illustrer l'analyse et à la rendre plus vivante ; elles n'ont valeur que d'exemple et non de démonstration.

On comprendra aisément qu'on ait évité de citer des passages qui auraient permis d'identifier leur auteur, ce qui aurait été contraire aux engagements de secret professionnel donnés lors des entretiens aux médecins interviewés.

(pages 26 - 27)

Lorsque les praticiens interviewés réfléchissent à leurs conditions d'exercice et de travail, c'est le plus souvent, une insatisfaction intense qu'ils expriment. Même chez les plus "optimistes" aucune note de satisfaction véritable provenant de l'exercice de la profession n'apparaît.

D'un côté, en effet, ils se sentent, dans leur existence quotidienne, submergés, "noyés" par les "tâches" qui constituent leur pratique (recevoir les malades vite, aller les examiner vite chez eux, remplir des imprimés, etc . . .) avec tout ce qu'elles impliquent de contraintes. L'omnipraticien donc, n'est

pas maître de son temps et ceci vingt-quatre heures sur vingt-quatre, s'il exerce seul. Il peut, à chaque instant, où qu'il soit, être appelé par un malade - et ceci aux dépens de sa vie familiale, de ses activités personnelles, de son sommeil. Ignorant à l'avance s'il sera ou non appelé, on peut imaginer qu'il ne vit pas même son temps libre comme un temps disponible. En d'autres termes, il se perçoit comme une sorte d'objet offert à l'avidité des malades et l'on peut le considérer, d'une certaine manière, comme un **"temps plein psychologique"**.

Les médecins enquêtés constatent, d'un autre côté, une extraordinaire accélération des connaissances et des techniques médicales ; ils la caractérisent sans doute d'autant plus extraordinaire qu'ils se sentent peu armés devant elle, qu'ils savent mal, en fait plongés comme ils le sont dans leur pratique quotidienne, ce qu'est en réalité cette évolution des connaissances et craignent de ne pouvoir **"être à la hauteur"**. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que, quand on a interviewé des médecins, on ait souvent l'impression de se trouver en face d'un individu en état de **"stress"**.

Ceci les amène tout naturellement, nécessairement, partant d'une description et d'une évaluation des conditions actuelles dans lesquelles ils opèrent, à s'interroger sur **l'avenir de la médecine et de son exercice**.

Sous des formes diverses, ils en viennent tous à des déclarations du type de celle-ci :

... "On arrive à un point critique. Il faut que quelque chose se passe en médecine générale" . . .

et proposent, à cette interrogation, des réponses qui se situent sur plusieurs plans. Ils envisagent en effet trois formes différentes d'exercice de la médecine dans l'avenir, mais ces trois éventualités se situent très différemment dans l'ordre du probable, du possible, du souhaité.

"La médecine salariée" sous contrôle de l'Etat (presque toujours appelée fonctionnarisée, avec toutes les co-notations péjoratives du terme **"fonctionnaire"** dans notre culture) est la forme quasi-unanimement redoutée ; qu'on s'y oppose ou qu'on la déplore, c'est pour beaucoup la **"perspective la plus probable"** à plus ou moins long terme (quand ce n'est pas, même, à très court terme) ;

"La médecine d'association ou de groupe" qui paraît une formule d'avenir possible, et qui est surtout ressentie comme permettant de rendre moins lourdes la vie quotidienne et la responsabilité du praticien ;

la reconnaissance de **"la médecine générale comme spécialité"** cette formule supposerait néanmoins une formation médicale radicalement différente de celle actuellement dispensée. Elle apparaît également dans les entretiens comme une sorte de conjuration magique de tous leurs maux pour les médecins praticiens en état de **"stress"**, en état d'infériorité vis à vis des spécialistes, des hospitaliers et des universitaires.

(page 48)

"LA MEDECINE GENERALE COMME SPECIALITE"

Cette formule est souvent avancée comme constituant une solution idéale, car sauvegardant la forme libérale d'exercice de la médecine, n'excluant pas la possibilité de l'association ou du cabinet de groupe et il semble nécessaire d'élucider ce qu'elle recouvre.

On a déjà pu voir que la pratique du spécialiste (+) apparaît, d'une certaine manière, comme une modalité privilégiée d'exercice : bénéficiant d'une plus grande notoriété, gagnant plus d'argent, suffisamment en tout cas pour ne pas être **"contraint"** de voir trop de malades, disposant, donc, de suffisamment de temps pour **"bien"** les voir, pour se perfectionner, etc. . . la figure du spécialiste devient un modèle (++) que les généralistes, ces **"véritables forçats de la médecine"**, comme les qualifie l'un d'eux, envie intensément.

De plus, il semble bien que la spécialité soit le mode d'exercice que, dans les entretiens tout au moins, les autres médecins critiquent le moins.

Cette demande de l'omnipraticien d'être "revalorisé", d'être aussi "considéré" que le spécialiste, traduit bien son sentiment d'être dévalorisé, défavorisé, déconsidéré et son appréhension d'être, dans les années qui viennent, sacrifié pour ne plus subsister que sous forme de "simulacre" de médecin, d'officier de santé.

Qu'elle repose sur des bases "objectives" d'inconfort et d'insatisfaction profonde, semble indéniable. Qu'elle soit favorisée par la façon condescendante dont, au sentiment du praticien, ses confrères hospitaliers et spécialistes le traitent et repose ainsi sur des bases "objectivées" est également chose certaine.

Il n'en demeure pas moins que cette "modalité d'exercice" n'existe encore nulle part et que ce souhait apparaît non convaincant à ceux-là même qui le formulent.

L'acuité avec laquelle on le pose ne doit pas pour autant dissimuler que ce DESIR tient plus de la recherche d'une compensation et relève plus du phantasme que d'un domaine de réelle revendication.

Qu'il soit devenu un cheval de bataille pour certains groupements médicaux et un véritable stéréotype pour une partie de la presse médicale ne va pas, bien au contraire, contre cette interprétation.

- NB - : réponse du Dr ROSOWSKY, médecin généraliste et secrétaire adjoint de la Société médicale des groupes Balint (in lettre au Professeur Jean GOSSET) :

"S'agissant d'un scénario imaginaire où le sujet est présent et qui figure, de façon plus ou moins déformé par les processus défensifs, l'accomplissement d'un désir et, en dernier ressort, d'un désir inconscient" (vocabulaire de la psychanalyse), ce fantasme doit être analysé comme symptôme du vécu de castration qui est actuellement le lot du médecin généraliste. Ce vécu ne se déroule pas seulement sur le plan de l'imaginaire où le mythe scientiste moderne n'est pas près de voir sa prépondérance contestée, mais aussi sur le plan très réel, quotidien, des rapports humains.

Là, l'attitude de la hiérarchie (Ordres, hôpitaux) et le symbole palpable, indéfiniment répété des honoraires minorés, jouent un rôle déterminant. L'impuissance et les échecs s'entretiennent et vous savez bien l'importance du symbole argent dans ces domaines.

C'est pourquoi, sur le plan psychothérapeutique, et on rejoint là le plan syndical et celui du modèle que représente le praticien en exercice pour l'opinion publique et l'étudiant, le comblement du fossé entre le C et le Cs nous paraît aussi décisif que les modifications pédagogiques.

Le C = Cs modifie radicalement le statut du médecin de famille et peut seul, à mon avis, induire un changement de comportement de sa part et de celle de ses partenaires médecins et malades."

- (+) N'oublions pas que le spécialiste est aussi celui qui, jusqu'à l'instauration et à l'extension du temps plein, pouvait en même temps exercer à l'hôpital et en ville.
- (++) Ce n'est d'ailleurs pas le fait du hasard si la quasi-totalité des étudiants en médecine interviewés, mis à part ceux qui projettent une carrière hospitalo-universitaire, déclarent vouloir préparer une spécialité.

LE SYSTÈME

1) L'ÉVOLUTION DES HONORAIRES DES MEDECINS CONVENTIONNES.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins, dans sa séance du 1er Décembre 1968, a constaté l'évolution de la démographie du Corps Médical. Il ressort de cet exposé que le nombre total des médecins augmente chaque année de 2 000 environ, tandis que le nombre des médecins de famille reste stable ou diminue.

Cette désaffection pour la médecine générale n'est pas du tout un phénomène spontané. Elle tient, au contraire, à deux choix délibérés, d'ordre principal fait en mai 1960, choix qui ont mis en mouvement un ensemble d'incitations puissantes qui, toutes, jouent en faveur de la spécialisation médicale contre la médecine omnipraticienne.

A) Le premier choix est d'ordre économique et porte sur l'évolution des honoraires médicaux. Les Pouvoirs Publics, invoquent, pour justifier le bas niveau actuel des honoraires des généralistes, leur évolution comparée depuis 1960, date d'entrée en vigueur du système conventionnel sur le plan national.

ÉVOLUTION DES TARIFS D'HONORAIRES MEDICAUX :

Le tableau ci-dessous retrace l'évolution entre le 12 Mai 1960 et le 31 Octobre 1968 des tarifs plafonds conventionnels des honoraires médicaux. Ces tarifs s'établissent actuellement aux indices ci-après sur la base 100 au 12 Mai 1960. Ces chiffres sont tirés d'un document émanant du Ministère des Finances :

Tableau n° 1

	Tarif zone A au 31.10.1968	Indice au 31.10.1968 (base 100 en Mai 1960)
C omnipraticiens	16	160
Cs spécialistes	25	125

En fait, avant Mai 1960, les honoraires pour la consultation du généraliste et pour celle du spécialiste variaient à l'intérieur de deux fourchettes très voisines : de 10 à 15 F pour le C, de 15 à 20 F pour le Cs.

Le choix opéré en Mai 1960, à l'entrée en vigueur du système conventionnel, montre bien que l'on a pris la branche basse de la fourchette des généralistes, tandis que l'on retenait la branche haute des spécialistes.

A égalité de position dans ces deux fourchettes, l'évolution de ces chiffres depuis 1959 est sensiblement différente de celle que nous voyons dans les chiffres cités par les Pouvoirs Publics, et montre bien l'avantage accordé aux spécialistes par le choix de Mai 1960.

Tableau n° 2

	Tarif Zone A en 1959	Indice au 31.10.68 (base 100 en 1959)	au 1.5.69
C omni- praticiens	10 à 15	160 à 107	160 à 107
Cs spécialistes	15 à 20	175 à 125	185 à 140

A nombre d'actes égal, la spécialisation est plus rentable : le haut niveau de remboursement des tarifs conventionnels minimise la différence de ticket modérateur entre généralistes et spécialistes, et incite le patient à consommer des actes de spécialité sans avoir été correctement orienté préalablement par un généraliste.

Les actes techniques en K, PC ou R ont, vaille que vaille, bénéficié du même a priori favorable que le Cs et ils s'ajoutent largement aux revenus tirés du Cs du spécialiste.

B) Le deuxième choix est d'ordre politique : il porte sur le choix des interlocuteurs médicaux choisis sous leur forme de syndicats départementaux multidisciplinaires et de leurs confédérations nationales, et non pas sur une représentation proportionnelle à l'importance réelle de chaque discipline.

Compte tenu de leur mode d'exercice même, dont la caractéristique actuelle est un surmenage proprement démentiel, les médecins de famille sont peu ou pas représentés dans le syndicalisme médical dont la plupart des postes clef, tant au sein de l'Ordre National, que de beaucoup d'Ordres départementaux, que des syndicats multidisciplinaires, se trouvent, par la force des choses, entre les mains des médecins spécialistes, lesquels, tout naturellement, défendent les problèmes qu'ils connaissent, à savoir les leurs propres. La récente échéance conventionnelle de Mai 1969, d'où nous sortons les mains vides, est là pour le montrer à l'évidence.

Sous l'effet cumulatif de ces deux options qui relèvent d'un choix politique, le médecin de famille se trouve littéralement écrasé :

- par définition, il fait peu d'actes techniques en K ou en R, et ses revenus suivent, comme on le voit dans notre tableau, les variations exclusives du C ;
- son acte de base, branche basse de la fourchette est actuellement sous-évalué, au point que :

$$C = Cs \times 0,57 = 0,35 \text{ d'un électrocardiogramme,} \\ = 0,35 \text{ d'une paracentèse du tympan}$$

pour ne prendre que des actes de spécialité de grande consommation, de difficulté au maximum égale à la consultation du généraliste.

Le système de l'enveloppe laisse à la branche basse des généralistes la partie congrue : 24 800 médecins généralistes touchent une masse d'honoraires égale à 25% de la masse totale, les 75% restant allant à 19 000 médecins spécialistes.

Ces chiffres deviennent 40% de la masse pour les 24 000 généralistes et 60% pour les 16 000 spécialistes si on extrait la biologie et la radiologie.

Si des mesures immédiates ne sont pas prises devant d'aussi fortes incitations, le médecin de famille est condamné à brève échéance. L'on n'a pas fini d'en mesurer les conséquences sur l'équilibre sanitaire du pays, sur le budget, sur la paix sociale.

2) LA SOUS REPRESENTATION DES MEDECINS DE FAMILLE DANS LES INSTANCES NATIONALES.

A titre d'exemple, on peut étudier la liste des membres de la Commission de la Nomenclature constituée depuis Novembre 1969, au Ministère de la Santé :

Y figure un seul médecin de famille en exercice sur trente et un membres.

LISTE des Membres de la Commission de la Nomenclature constituée depuis Novembre 1969

Contrôle médical :

M. le Docteur Jean LAVEDRINE, médecin- conseil de la caisse centrale de secours mutuels agricoles, ou son représentant Mme le Docteur Marie-Rose SINGIER, médecin-conseil à la caisse centrale de secours mutuels agricoles.

ORGANISATION SYNDICALE NATIONALE DE BIOLOGISTES :

- M. le Docteur Jacques GARNIER, président honoraire du syndicat national des médecins biologistes, ou son représentant : Mr. le Docteur René PIERRE, secrétaire général du syndicat national des médecins biologistes,
- M. Jacques THEBAULT, délégué général du syndicat national des directeurs de laboratoires de biologie médicale, ou son représentant : M. Pierre FONTY, président d'honneur du syndicat national des directeurs de laboratoires de biologie médicale,
- M. Hubert MAGNY, pharmacien, secrétaire général de l'association des pharmaciens directeurs de laboratoires d'analyses biologiques ou son représentant : M. Robert LEMAUUR, pharmacien, président adjoint de l'association des pharmaciens directeurs de laboratoires d'analyses biologiques.

MEMBRES NOMMES EN RAISON DE LEUR COMPETENCE :

- M. le Professeur Paul BOULANGER, de la faculté de médecine et de pharmacie de Lille, membre du conseil supérieur d'hygiène publique de France,
- M. le Docteur Paul-Henri CASTETS, médecin biologiste titulaire des hôpitaux de Bordeaux,
- M. le Professeur Jacques DELARUE, de la faculté de médecine de Paris,
- M. le Professeur Jean DUCOS, directeur adjoint du centre de transfusion sanguine et d'hématologie Charles-Lefebvre à Toulouse,
- M. le Professeur Paul FLEURY, de la faculté de pharmacie de Paris, membre du conseil supérieur d'hygiène publique de France,
- M. le Professeur Michel LARIVIERE, de la faculté de médecine de Paris,
- M. le Professeur Maurice LECLERC, pharmacien des hôpitaux de Paris,
- M. le Professeur Roger SCHIER, de la faculté de médecine de Lyon, membre du conseil supérieur d'hygiène publique en France.

MEMBRES DESIGNES PAR LA C.S.M.F. :

M. le Professeur LEGER, chirurgien, membre du conseil national de l'ordre des médecins,
M. le Docteur BOUTRON, chirurgien,
M. le Docteur COLLIEZ, électroradiologiste,
M. le Docteur POUYAUD, urologiste,
M. le Docteur MARCAIS, secrétaire général de la C.S.M.F. omnipraticien n'exerçant plus,
M. le Docteur MOUTHON, omnipraticien.

MINISTERE D'ETAT CHARGE DES AFFAIRES SOCIALES :

M. le Directeur Général de la santé publique, Dr. P. BOULANGER,
M. le Directeur de l'assurance maladie et des caisses de Sécurité Sociale ou son représentant,
M. le Chef du Service central de la pharmacie et des médicaments ou de son représentant.

MINISTERE DE L'AGRICULTURE :

M. le Chef du service de la protection sociale agricole ou son représentant.

MINISTERE DES ANCIENS COMBATTANTS ET VICTIMES DE GUERRE :

M. le Docteur Alfred SARDA, adjoint au chef du service central du contrôle médical des soins gratuits ou son représentant,
M. Pierre FUNEL, pharmacien, chef du laboratoire du centre de réforme de Paris.

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES :

Conseil d'administration :

M. le Directeur de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, ou son représentant : M. Jean DEMOULIN, administrateur civil à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Contrôle médical :

M. le médecin-conseil national, Prof. SOURNIA,
M. le Docteur Yves MARC, médecin chef du laboratoire de biologie de la caisse régionale d'assurance maladie d'Aquitaine.

**CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE ET MATERNITE
DES TRAVAILLEURS NON SALARIES DES PROFESSIONS NON AGRICOLES :**

Conseil d'administration :

M. André AUBRUN, fondé de pouvoir à la caisse centrale de secours mutuels agricoles, ou son représentant : Melle Monique MEQUIGNON, chef de service à la caisse centrale de secours mutuels agricoles.

MEMBRE DESIGNÉ PAR LA F.M.F. :

M. le Docteur COICAUD, accoucheur.

Lettre adressée aux 31 membres de la Commission de la Nomenclature, le 24 Novembre 1969 :

Cher Confrère,

Votre commission a pour objet d'enregistrer toutes les modifications techniques et les progrès scientifiques ayant une incidence sur la prestation des actes médicaux.

Nous avons, pour notre part, pris des contacts à tous les niveaux, Ministères, Ordres des Médecins, Enseignants, pour exposer notre sentiment selon lequel de profondes modifications sont intervenues depuis dix ans dans la pratique de notre acte de base, la consultation du médecin de famille.

Ces modifications se traduisent par une augmentation considérable des éléments "à traiter" au cours de cet acte de base.

- sur le plan du diagnostic des affections organiques :
 - les progrès dans les connaissances, le nombre accru d'examen complémentaires et spécialisés à envisager, le choix accru parmi les thérapeutiques possibles, nécessitent la coordination de plus en plus complexe d'un nombre d'éléments d'information notablement augmenté (et la rédaction fréquente d'une correspondance longue avec l'équipe médicale chargée du malade),
- sur le plan de la prévention :
 - de par le fait des progrès et de l'information du public, notre responsabilité professionnelle est plus souvent mise en cause dans la prévention :
 - des maladies infectieuses (RAA, Rubéole, Polio), et
 - des maladies de surcharges (Diabète, Artériosclérose)
 - des affections cancéreuses (diagnostic précoce des cancers mammaires, de la prostate, du col de l'utérus, ce dernier pouvant même être prévenu par la cure des cervicites chroniques).
 - des troubles de l'insertion scolaire et sociale.
- sur le plan psychologique :
 - l'accroissement considérable de la catégorie des "fatigués" nécessite le traitement préventif et curatif de l'individu dans la relation par rapport au couple, au milieu familial, au milieu professionnel.
- sur le plan administratif enfin :
 - la responsabilité du médecin de famille n'est plus seulement d'ajuster la maladie aux exigences réglementaires de la sécurité sociale, mais aussi à celles de nombreux organismes intervenant actuellement dans le cas traité et sa famille : employeur du malade ou de ses proches, écoles, assistantes sociales, caisses d'entraides, etc . . .

En aucun cas, la consultation du médecin de famille ne peut plus être cet acte élémentaire, relativement rapide ou simplement administratif, tel qu'il ressort de la conception de ceux qui le tarifient à la moitié de l'acte intellectuel du médecin spécialiste. Le dogme des "six actes à l'heure", trop souvent avancé par le partenaire social aboutit à une conception désastreuse et pour finir, extraordinairement coûteuse (pour des raisons que nous sommes prêts à développer devant la Commission), de l'acte du médecin de famille, mis dans l'impossibilité de remplir sa fonction.

Pour notre part, nous estimons que la consultation du médecin généraliste actuel est d'une complexité plus grande et d'une durée au moins égale à celle du spécialiste, et qu'elle doit être honorée à un tarif voisin à celui du C.S.

En tout état de cause, nous pensons que votre commission est le lieu même où il convient d'étudier les modifications intervenues dans l'exercice de la consultation du médecin de famille.

Nous sommes prêts à apporter à toute sous-commission désignée à cet effet, les éléments d'information en notre possession. Si ce point de vue vous paraît présenter toute l'importance que nous y attachons, ne pensez-vous pas pouvoir prendre l'initiative de proposer la constitution de cette sous-commission destinée à étudier objectivement ce dossier dont dépend, selon nous, l'avenir de la médecine de famille.

Je vous prie d'agréer, mon Cher Confrère, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Pr le Comité National pour le C = Cs

Dr GOEDERT, Dr GHOZI, Dr ROSOWSKY.

LES RÉSULTATS: le grand gâchis

1) SUR LE PLAN HUMAIN : LE REFUS DU MALADE FONCTIONNEL :

"L'ALCOOLISME - FLEAU MIGNON"

Le Professeur Henri PEQUIGNOT, a terminé son intervention sur un véritable et sévère réquisitoire :

"l'attitude de rejet, a-t-il souligné, de l'alcoolique n'est qu'un cas particulier d'une attitude très générale qui caractérise un des modes d'organisation médicale de notre temps, organisation fondée sur la distinction entre deux catégories de patients :

- la catégorie A : rassemblant les sujets dont la maladie mérite d'être enseignée, étudiée scientifiquement, soignée dans les services étroitement spécialisés et
- la catégorie B : qui n'a droit à rien. Dans celle-ci figurent outre les alcooliques, le plus gros des malades mentaux, la totalité des personnes âgées, la plupart des "chroniques" - en bref, l'ensemble de ceux qui ont effectivement et réellement besoin de soins et qui finissent tout de même par mourir, tout en coûtant très cher.

Là encore, la spécialisation des services permet de déguiser, sous un prétexte honnête, le rejet de tels malades et cet état de choses risque de s'aggraver du fait que l'enseignement actuel de la pathologie médicale conditionne l'étudiant dès son jeune âge, à penser en spécialiste, sans qu'il ait la possibilité même d'imaginer ce que peut être la vue d'ensemble d'un problème comme celui de la maladie alcoolique chez l'homme.

A notre avis, la situation des alcooliques dans l'opinion des services médico-sociaux et leur sort futur ne s'amélioreront que si l'on abandonne ces deux idées fixes de spécialisation et de rejet et si l'édifice médico-social et universitaire accepte de prendre en charge les problèmes réels qui se posent à la communauté et les malades réels qui viennent sonner à sa porte."

*"in. congrès du comité national de défense contre
l'alcoolisme - 1969"*

Comme le note très justement le Professeur PEQUIGNOT, ce "refus" concerne, non seulement les alcooliques mais l'ensemble des vieillards, des fonctionnels, des fatigués, de tous âges, qui représentent près de 50% de l'ensemble des malades.

Leur rejet d'un médecin à l'autre, d'un médicament à l'autre, d'un examen complémentaire à l'autre, d'un arrêt de travail à l'autre, est sans doute à la base même de la faillite financière de notre système de santé.

Cette faillite pourrait être évitée par les réformes proposées en vue d'attirer vers la médecine générale de nouvelles vocations. Cette faillite s'accélérerait avec la disparition du médecin de famille.

SUR LE PLAN ECONOMIQUE

L'hospitalisation ne coûtera plus aussi cher si elle est réservée aux seuls malades qui nécessitent des soins coûteux.

Les arrêts de travail coûteront moins cher si les fonctionnels sont mieux pris en charge par de vrais médecins de famille et moins accablés de résultats de laboratoire ou de radiographies inutiles.

Le prix de revient de la pharmacie sera abaissé par une utilisation judicieuse de ses précieuses ressources par des généralistes qui auraient le temps de se tenir au courant des découvertes scientifiques.

Le Médecin de famille devant la "Surconsommation de soins"

Surconsommation de prestations sociales, voilà le thème qui, de plus en plus souvent, est proposé à la réflexion du corps médical, de façon assez menaçante, il faut le dire.

J'aimerais élever le débat et attirer l'attention sur l'enjeu réel du débat qui s'instaure.

De toute évidence, le rôle imparti par le V^o Plan au médecin de famille, a été tout différent :

Partant de la constatation statistique "qu'il existe une corrélation assez nette, entre le nombre de médecins et de lits d'hôpitaux et la consommation enregistrée" (cf. "consommation médicale des français" par le Dr. Cl. MICHEL, directeur de la F.N.C.S.S. avril 1969) les pouvoirs publics ont déduit l'existence d'une demande latente de consommation médicale se transformant en consommation effective lorsque l'offre de soins devient suffisamment dense et d'un coût abordable, par le biais de la couverture sociale.

L'extension du ticket modérateur se heurtant à des impératifs politiques, deux autres processus ont été mis en place pour mettre un frein à cette consommation prévue.

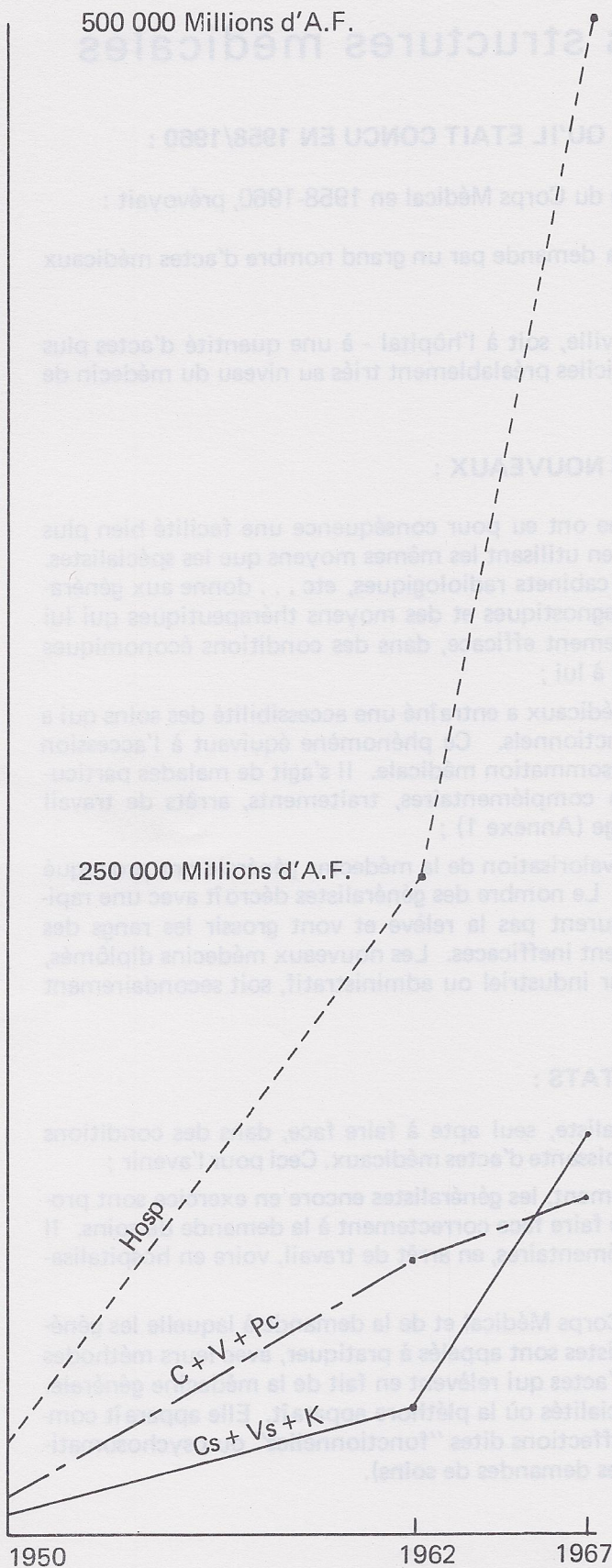
- 1) La spécialisation médicale, l'idée étant qu'une guérison plus rapide et de meilleure qualité et donc, à terme, plus économique, serait obtenue par des techniciens, mieux formés et équipés :
- 2) Le maintien d'un certain degré de pénurie en médecine, afin de diminuer l'offre de soins (cf. Rapport général de la commission des prestations sociales pour le V^o Plan page 32 : "le volume d'activité des praticiens se trouvera limité de lui-même, par leur insuffisance numérique, au regard de l'accroissement des besoins et par la difficulté qu'éprouveraient la plupart d'entre eux à allonger un horaire de travail déjà tendu").

Dans cette conception, le médecin de famille avait un rôle de tri-médical et d'aiguilleur administratif.

Il était légitime alors de favoriser la multiplication d'actes de médecine générale de courte durée et de bas prix.

Ceux-ci, on s'en aperçoit maintenant, ne correspondent ni aux besoins des malades, ni à ceux de la médecine dans sa conception moderne.

Ils déclenchent, par effet de compensation, la surconsommation de prestations sociales.



	C + V + PC	K + CS + VS	Hospitalisation
	(en millions d'anciens francs)		
1930...	128	32	67
1946...	2 296	1 008	2 104
1950...	11 029	5 141	25 956
1962...	94 780	46 040	237 870
1967...	120 340	141 980	548 780

Nous soumettons à la réflexion du lecteur la courbe ci-contre où s'inscrivent les masses budgétaires allouées aux actes des médecins généralistes, (C+V+Pc), à ceux des médecins spécialistes (Cs+Vs+K) et aux soins hospitaliers.

Ces courbes montrent très clairement le phénomène étudié et son accélération vers les années 1960-62, où l'extension nationale du système conventionnel et les options prises en faveur de la technologie médicale ont tendu à cantonner l'omnipraticien dans un rôle de tri rapide, la médecine proprement dite relevant des spécialités médicales et des hôpitaux.

C'est ainsi qu'une pression culturelle, celle du mythe science en médecine, (en réalité, ensemble de procédés empruntés à toutes les sciences fondamentales et ajustées pragmatiquement de bric et de broc) et d'une option théorique celle en faveur de la technologie médicale et d'une production industrielle des soins médicaux par un nombre restreint de médecins, ont actuellement pour effet de priver la structure médicale de toute adaptation à sa fonction globale qui est "affective" autant que "nutritionnelle". L'aspect en voie d'extinction, courbe des C+V+Pc, correspondant à plus de 50% de la demande réelle, on voit le rendement possible.

L'effondrement budgétaire du système médical actuel doit être interprété alors comme le signe et la conséquence de son inadaptation à sa fonction socio-culturelle : à chacun selon ses besoins en tant que malade".

LES SOLUTIONS

projet de réforme des structures médicales

1) LE SYSTEME CONVENTIONNEL TEL QU'IL ETAIT CONCU EN 1958/1960 :

Le système conventionnel s'adaptant à la structure du Corps Médical en 1958-1960, prévoyait :

A) Une large base de généralistes faisant face à la demande par un grand nombre d'actes médicaux et administratifs, dont certains de courte durée ;

B) Un corps de spécialistes faisant face - soit en ville, soit à l'hôpital - à une quantité d'actes plus limités, en général plus longs, sur des malades difficiles préalablement triés au niveau du médecin de famille.

2) PHENOMENES NOUVEAUX :

A) Entre 1960 et 1968 les progrès de la médecine ont eu pour conséquence une facilité bien plus grande pour le généraliste d'établir un diagnostic en utilisant les mêmes moyens que les spécialistes. La multiplication des laboratoires d'analyses, des cabinets radiologiques, etc . . . donne aux généralistes des moyens d'investigation, des procédés diagnostiques et des moyens thérapeutiques qui lui permettent d'assumer la responsabilité et le traitement efficace, dans des conditions économiques acceptables, des malades organiques qui font appel à lui ;

B) Le remboursement à un taux élevé des actes médicaux a entraîné une accessibilité des soins qui a entraîné elle-même une floraison de malades fonctionnels. Ce phénomène équivaut à l'accession massive d'une nouvelle couche de malades à la consommation médicale. Il s'agit de malades particulièrement coûteux pour la collectivité (examens complémentaires, traitements, arrêts de travail répétés) s'ils ne sont pas pris correctement en charge (Annexe 1) ;

C) L'incitation financière vers la spécialité et la dévalorisation de la médecine générale ont provoqué un "sauve-qui-peut" hors de la médecine générale. Le nombre des généralistes décroît avec une rapidité catastrophique, les jeunes générations n'assurent pas la relève et vont grossir les rangs des spécialistes ; les freins, s'il en est, s'avèrent totalement inefficaces. Les nouveaux médecins diplômés, mais non spécialisés, s'évadent aussi vers le secteur industriel ou administratif, soit secondairement vers la spécialité (Annexe II).

3) RESULTATS :

A) On assiste à la disparition du médecin généraliste, seul apte à faire face, dans des conditions d'efficacité et d'économie optima, à la demande croissante d'actes médicaux. Ceci pour l'avenir ;

B) Du fait de leur nombre déjà insuffisant actuellement, les généralistes encore en exercice sont progressivement mis dans l'impossibilité matérielle de faire face correctement à la demande de soins. Il en résulte des dépenses inutiles en examens complémentaires, en arrêt de travail, voire en hospitalisation pour mise en observation (Annexe III) ;

C) Du fait de leur proportion croissante dans le Corps Médical et de la demande à laquelle les généralistes ne peuvent déjà plus faire face, les spécialistes sont appelés à pratiquer, avec leurs méthodes coûteuses, un nombre de plus en plus important d'actes qui relèvent en fait de la médecine générale. Cette tendance s'augmente dans les secteurs de spécialités où la pléthore apparaît. Elle apparaît comme particulièrement ruineuse dans le champ des affections dites "fonctionnelles" ou psychosomatiques (qui pourraient concerner près de la moitié des demandes de soins).

réformes proposées

A) De ce qui précède, il découle que le principe de sauvegarde du système conventionnel doit être basé sur une structure médicale comprenant un nombre suffisant de médecins généralistes pour faire face correctement à une plus large part de la demande de soins totale, ce que le développement des sciences médicales met actuellement à leur portée dans les conditions les plus économiques ;

B) Il faut pour cela utiliser des moyens matériels et moraux qui ont engendré rapidement l'explosion démographique des spécialistes.

1) INCITATION MATERIELLE :

L'acte de base, le Cs du spécialiste, doit suivre le coût de la vie et le C du généraliste doit, à chaque échéance conventionnelle et selon un calendrier rapide et pré-établi, franchir un palier supplémentaire destiné à lui faire rattraper le Cs. Il sera ainsi créé un C national, acte de base unitaire de tous les médecins (Annexe IV).

2) INCITATION PSYCHOLOGIQUE :

A) La création du C national est un symbole important de revalorisation ;

B) La création du certificat de médecine interne est une mesure qui a profondément humilié tous les généralistes en exercice et qui doit être immédiatement abolie. Les confrères qui prétendent à la notoriété du consultant doivent faire la preuve de leur notoriété réelle dans les faits par la loi de l'offre et de la demande ;

C) Moralisation des structures médicales par la création d'un système de promotion simple et efficace basé sur le droit à dépassement permanent inscrit dans la convention, mais sous une autre forme.

Ce droit serait ouvert :

- par l'ancienneté, délai à déterminer (15 ans pour la plupart des médecins consultés sur leur sujet) ;
- par l'effort de spécialisation avec une formation post-universitaire, l'une et l'autre venant abréger le délai précité donnant droit au dépassement permanent (Annexe V).

Il s'agit d'un système souple incitant à la formation dans les domaines où la demande est grande, freinant la pléthore dans les secteurs peu demandés, et mieux adaptés enfin aux très grands secteurs relevant de la médecine relationnelle.

CONCLUSIONS :

A) La revalorisation profonde de la médecine générale peut être facilement matérialisée par le rattrapage rapide du Cs par le C.

Il y a nécessité à instaurer une promotion ouverte à tous les médecins et matérialisée par le droit à dépassement permanent c'est-à-dire par le droit d'user au bout d'un délai fixé de la notoriété qu'ils ont acquise dans les faits auprès de leur clientèle.

B) Ces deux notions :

- garantissent un large secteur conventionnel strict assorti d'un secteur semi-libéral dont les mécanismes régulateurs agissent à tous les niveaux ;
- elles rendent au système conventionnel son équilibre économique.

ANNEXES DU PROJET DE REFORME

ANNEXE 1 :

Le rôle de la prise en charge de malades fonctionnels que certains chiffrent à 50% de clientèle de médecine générale semble bien être dévolue aux généralistes avant tout (Cf. Travaux du Dr BALINT).

Cette prise en charge demande un minimum de disponibilité peu compatible avec l'actuel surmenage du généraliste.

Sur le plan économique, la médecine générale est infiniment moins coûteuse que la médecine de spécialité du fait de la nécessité qu'il y a pour le spécialiste de répondre de façon complète à la demande du malade, et par conséquent de l'obligation qui lui est faite d'aller jusqu'au bout des examens possibles dans sa spécialité.

Il existe une différence essentielle entre la démarche du généraliste clinicien synthétique et celle du spécialiste plus analytique. On peut même considérer que ce phénomène dépend pour chaque médecin des motivations qui ont dicté son choix de la médecine générale ou de la médecine de spécialité, le généraliste se contentant d'une certaine approximation, voire d'une incompétence, dans un diagnostic précis, le spécialiste exigeant par contre de régler totalement les problèmes qui se posent à lui dans son cadre restreint. Cette précision et cette totalité sont incompatibles avec les thérapeutiques rationnelles et insupportables pour les malades (50%) qui relèvent de certaines techniques.

ANNEXE 2 :

Pour le département du Val de Marne, sur une période couvrant environ six mois, sur 93 nouveaux inscrits au Conseil de l'Ordre, on ne trouve que 25 généralistes. Certains de ces 25 généralistes sont en cours de spécialisation. Certains médecins, déjà installés, ont également quitté l'exercice de la médecine générale pour la spécialité. A notre connaissance, aucun spécialiste ne rejoint les rangs de la médecine générale.

ANNEXE 3 :

Nombreux sont les témoignages de généralistes qui avouent ne plus être en mesure, physiquement, de faire - dans de bonnes conditions - les actes diagnostiques qu'on leur demande "et qui prescrivent du laboratoire à partir de 18 ou 20 heures, ce qui entraîne souvent un arrêt de travail par mesure de précaution ou qui demande même une hospitalisation pour mise en observation".

Ces pratiques sont infiniment plus coûteuses qu'un examen attentif dans de bonnes conditions.

Le médecin n'est pas responsable de cet état de choses, il en est la victime. Il n'est pas maître de la durée de ses examens lorsqu'une salle d'attente pleine doit être vidée ou que des appels urgents se manifestent en cours de consultation ; en cours de visites aussi, d'ailleurs.

ANNEXE 4 :

A ce rattrapage du Cs par le C, il a été objecté que les spécialistes avaient à leur actif plusieurs années de spécialisation qui leur conféraient une valeur supérieure.

Il serait plus juste de considérer que leur valeur reste égale à celle de tout médecin, étant entendu que leurs connaissances sont plus approfondies mais dans un domaine plus restreint.

Il est en effet indéniable que la plupart des spécialistes perdent rapidement les connaissances dans les domaines médicaux qu'ils ne pratiquent pas de façon continue.

Nous avons tous dans nos clientèles les familles de médecins des centres de recherche, des administrations, des laboratoires pharmaceutiques, etc . . .

L'effort supplémentaire des années de spécialisation semble être compensé largement par un mode d'exercice plus humain comportant consultations sur rendez-vous, visites en nombre notamment inférieur, absences d'appels de nuit, et de gardes du dimanche, sans qu'il soit nécessaire de le surcompenser par des honoraires supérieurs.

Sur le plan des conséquences, l'unification du C et du Cs entraînerait certainement un transfert vers les spécialités d'une certaine partie de la clientèle des généralistes qui ne se trouverait pas pénalisée par la différence de prix.

ANNEXE 5 :

Il faut remarquer que le droit de dépassement permanent est bien un droit et non une obligation, que la différence entre le C et le tarif de dépassement ne serait pas remboursée et qu'ainsi son exercice reposerait obligatoirement sur la notoriété réellement acquise auprès de la clientèle d'une part, sur les possibilités de cette clientèle et la position du médecin, d'autre part.

Les médecins qui useraient de droit au dépassement permanent prendraient le risque de tester leur notoriété. Les consultants de médecine interne, hospitaliers ou autres, acquéreraient sans doute très vite ce droit et ces risques.

Ce droit à dépassement permanent permettrait aussi à des généralistes non titrés, non spécialisés, mais ayant acquis du fait de leur exercice consciencieux une compétence psychologique due à l'expérience, de réaliser une promotion aussi justifiée que celle acquise par des examens et des concours.

ANNEXE 6 :

La substitution du droit à pratiquer un dépassement (dont la part excédant le C ne serait pas prise en charge) au régime actuel qui prévoit le remboursement des actes des promus.

- 1) freine les conséquences financières de la promotion telle qu'elle est vécue actuellement ;
- 2) moralise la promotion en substituant une notoriété de fait et d'expérience à une notoriété théorique, magistrale ou même seulement arbitraire.

$$\begin{aligned} C_p &= 18 + (18 \times 0,15) + C_e - C \\ &= 18 + 2,70 + 12 = 33,40 F \\ V_p &= 22 + (22 \times 0,15) + V_e - V \\ &= 22 + 3,30 + 16 = 41,30 F \end{aligned}$$

pour des raisons pratiques nous proposons :

$C_p = 22 F$
 $V_p = 20 F$

180 = 8 F dans la région parisienne
8 F pour les agglomérations de plus de 300 000 habitants
5 F pour les agglomérations de plus de 100 000 habitants
1K = 0,25 F et 1 F en haute montagne
Ca = 17 F

à l'échéance de mai 1970

La revalorisation de la médecine générale doit être massive. Elle peut être échelonnée, mais selon un calendrier fixé à l'avance.

1) LES HONORAIRES :

- a) Annuellement à chaque échéance conventionnelle, le budget attribué au Corps Médical doit comporter deux parts distinctes :
- l'une réservée exclusivement à la revalorisation fondamentale de la médecine générale et destinée à remonter la rémunération de l'acte intellectuel du généraliste au niveau de celle du spécialiste non universitaire et ce, en quatre ans ;
 - l'autre, attribuée à l'ensemble du Corps Médical, réévaluant les honoraires en fonction de l'augmentation du coût de la vie.
- b) Création d'un acte administratif de brève durée, dénommé Ca (par opposition au Cg : consultation médicale proprement dite).

Les formalités administratives avec délivrance de certificat sont actuellement cotées à la nomenclature P C 2.

Cette cotation est impossible à appliquer au tarif actuel car elle ne tient compte ni de l'importance médico-légale de tels certificats ni de la longueur de l'examen qu'ils nécessitent.

Toutefois de tels examens revêtent rarement, ni les difficultés, ni la longueur d'un examen complet de tous les appareils, tel qu'il est pratiqué pour une consultation normale.

Nous proposons donc de substituer au P C 2 des demandes de certificats de tous ordres, un C administratif indexé à N.% du C normal ; la valeur actuelle ne saurait être inférieure à 17 F. pour le C administratif.

Dans la pratique, compte tenu d'une augmentation du coût de la vie de 15% en deux ans, l'échéance de mai 1970 doit prévoir les honoraires suivants :

$$Cg = 16 + (16 \times 0,15) + \frac{Cs - C}{4}$$

$$= 16 + 2,40 + \frac{12}{4} = 21,40 \text{ F}$$

$$Vg = 22 + (22 \times 0,15) + \frac{Vs - V}{4}$$

$$= 22 + 3,30 + \frac{16}{4} = 29,30 \text{ F}$$

pour des raisons pratiques nous proposons :

$$Cg = 22 \text{ F}$$

$$Vg = 29 \text{ F}$$

ISD = 6 F dans la région parisienne,

5 F pour les agglomérations de plus de 300.000 habitants

2 F pour les agglomérations de plus de 100.000 habitants

IK = 0,75 F et 1 F en haute montagne.

Ca = 17 F.

Dans la chronique économique de l'action des syndicats médicaux des districts de Paris - janvier 1970 - Monsieur Guy Lambert étudie, l'évolution du coût des honoraires par référence à l'évolution du produit intérieur net (P.I.N.) et du produit national brut (P.N.B.), il conclue son article en attribuant au C. une valeur de 21 F 80 et au V. une valeur de 29 F en suivant l'évolution du P.I.N., le C devient 25,40 et le V 32,50 lorsque le calcul porte sur le P.N.B. (voir document intégral en annexe).

LE COUT DE LA REVALORISATION DE LA MEDECINE GENERALE :

Sans compter la gestion, les prestations du régime général de la Sécurité Sociale se montent à 30 Milliards environ.

Ces dernières années ces dépenses ont accusé un taux de croissance de 15% environ par an, soit un accroissement annuel prévisible de cinq milliards de francs par an.

Une revalorisation de la médecine générale, avec passage du C au Cs coûterait de 400 à 1600 millions, selon que, pour des raisons psychologiques on préférerait une réévaluation en un an ou en 4 ans.

Toute la question est de savoir si l'on estime cette réforme suffisante pour rééquilibrer la physiologie du corps médical (et par la même occasion pour inciter de nouveau les jeunes à choisir la médecine générale).

Le choix doit se faire entre une dépense de 400 à 1600 millions pour obtenir une distribution plus économique et plus favorable des soins et d'autre part une dépense de 5 Milliards supplémentaires chaque année, pour une distribution des soins qui ne satisfait personne et dont les conséquences les plus évidentes seront les majorations des différents postes de déficit.

2) LES HORAIRES DE TRAVAIL DU MEDECIN DE FAMILLE DOIVENT ETRE NORMALISES :

Si on appliquait au praticien la règle des 48 heures de travail hebdomadaire, la journée devant être de 8 heures, l'activité professionnelle d'un praticien commençant à 8 h du matin, compte tenu d'une heure réservée au repos, il devrait terminer sa journée à 17 heures.

Nous demandons qu'en semaine tout appel arrivant après 18 heures et le samedi après 12 heures soit l'objet d'un tarif en heures supplémentaires de l'ordre de **Vg x 1,5**.

dans l'enseignement de la médecine

En comparant les dates des thèses et les dates d'installation des médecins de médecine générale, on remarque l'existence d'un délai assez variable, mais rarement inférieur à trois ans.

Ce délai est utilisé par le jeune médecin à des stages de perfectionnement :

- soit en milieu hospitalier et dans ce cas ces stages sont officiels puisqu'il n'existe pas actuellement d'enseignement officiel de troisième cycle, en médecine générale ;
- soit en milieu extra-hospitalier et l'on voit le jeune médecin multiplier le nombre de ses remplacements, approfondir ses contacts avec les praticiens remplacés et faire librement l'équivalent de ce que voudrait être, dans le futur, le stage chez le praticien.

C'est donc pour tenir compte des mêmes insuffisances que l'on envisage actuellement volontiers la création d'un troisième cycle ou C E S de médecine générale ; bien entendu, il faudra tenir compte, cette réforme une fois acquise, des efforts de perfectionnement des générations précédentes qui doivent leurs connaissances à une conscience et une ténacité dignes du plus grand respect.

Sous le titre "Revalorisation de la médecine générale" le Pr Claude LAROCHE, Professeur à la Faculté de Médecine - Cochin - Port Royal, PARIS, écrit dans "Médecine Mondiale" :

" Le malaise qui pèse sur la médecine générale est universel ; il suffit, pour s'en convaincre, de lire la presse professionnelle de tous les pays, ou même la presse tout court, le public s'intéressant de plus en plus aux problèmes médicaux et le Droit à la Santé s'inscrivant parmi les préoccupations primordiales de notre société.

Ce malaise se marque par une désaffection des étudiants vis à vis de la médecine praticienne. Les causes de cette désaffection sont multiples mais peuvent être résumées en trois notions principales :

- un décalage croissant entre la médecine hospitalière et la pratique médicale privée ;
- une méconnaissance de la tâche réelle du médecin praticien et surtout une absence de préparation de l'étudiant aux responsabilités qui vont lui incomber en tant que généraliste ;
- enfin une dévaluation non seulement financière mais, ce qui est beaucoup plus grave, psychologique aux yeux du public et des étudiants, du généraliste par rapport aux spécialistes.

L'organisation actuelle des C.E.S. a abouti, en pratique, à confondre les notions de hiérarchie et de technique, ce qui est la négation de l'humanisme médical.

Durant ses années d'études le futur praticien vit dans des hôpitaux universitaires bien équipés, dans un milieu différent de celui où il sera, seul, livré à lui-même.

L'évolution technique ne doit pas faire oublier l'importance considérable du rôle psycho-social du généraliste. Soignant le malade dans son milieu, il a le privilège d'être l'intermédiaire entre l'ensemble du corps médical et le patient, d'accueillir ses confidences, de comprendre ses problèmes personnels, religieux, familiaux ou professionnels qui peuvent tant influencer sur le tableau clinique ou l'évolution d'un si grand nombre d'affections.

Beaucoup de jeunes se plaignent de se sentir désarmés devant une forte proportion de malades dits "fonctionnels" laissés pour compte de la médecine courante et chez lesquels des difficultés d'ordre psychologique ou social jouent un rôle prépondérant ; d'où la création de groupements étudiants, la médecine psychosomatique et la multiplication des groupes Balint où psychiatres et généralistes confrontent d'égal à égal leurs expériences.

Dans ce domaine, ces efforts et ces recherches aboutissent à une promotion du généraliste dans la mesure où elles lui permettent de mieux répondre à ses aspirations personnelles et aux exigences légitimes de ses patients.

Ne nous leurrions pas : une médecine générale de qualité profitant des progrès de la science tout en répondant aux impératifs de l'humanisme, est une médecine "lente" qui exige pour beaucoup une véritable transformation des conditions d'exercice de l'art médical.

Si elle veut préserver son caractère libéral et échapper à des mesures autoritaires dont le terme prévisible serait une nationalisation avouée ou déguisée, notre profession doit organiser elle-même sa mutation ; celle-ci exige un effort considérable d'imagination et de volonté de la part de l'ensemble du corps médical afin de proposer aux pouvoirs publics des solutions constructives et tenant compte des désirs de nos malades, des progrès de la médecine et des impératifs économiques.

Le médecin doit rompre définitivement avec l'isolement dans lequel, trop souvent, il a vécu : il doit avoir la possibilité d'organiser sa vie de façon à ne plus être soumis à un surmenage constant, à ne plus vivre de jour et de nuit, dans l'attente - ou dans l'angoisse - d'une urgence, à conserver enfin un temps suffisant pour sa formation personnelle et pour ses relations avec l'hôpital ou les spécialistes de son choix ; ce qui peut se traduire, suivant ses aspirations et son lieu d'exercice, par la formation d'équipes, de cabinets de groupe, de centres de soins, d'exercice à temps partiel dans un hôpital rural ou de vacations dans un centre hospitalier.

Les enseignants et hospitaliers doivent, pour leur part, faciliter au maximum les relations entre les praticiens et l'hôpital de leur secteur ; les séances de perfectionnement post-universitaire, sous leurs aspects les plus divers, ont déjà contribué à la réinsertion hospitalière d'un certain nombre de praticiens ; mais le nombre des généralistes concernés est encore bien insuffisant et surtout cette réinsertion reste beaucoup trop superficielle. C'est durant leurs stages hospitaliers que nous devons donner à nos étudiants le goût et l'habitude de cette collaboration indispensable entre services hospitaliers, spécialistes et généralistes.

Mais surtout les pouvoirs publics en accord avec le Conseil National de l'Ordre et nos groupements professionnels doivent apporter de toute urgence une solution pratique au problème de la revalorisation de la médecine générale. Celle-ci nécessite des efforts urgents dans deux domaines :

- d'une part, l'organisation du véritable troisième cycle d'études particulier à cette discipline ;
- d'autre part, une révision de nos conceptions actuelles sur la place respective des diverses spécialités, de la médecine interne et de la médecine générale.

Le stage interne actuel est tout à fait insuffisant, aussi bien pour sa durée que pour son organisation. Le groupe de travail constitué au Ministère de l'Éducation Nationale a proposé une année d'internat obligatoire dans un hôpital agréé non universitaire, complétée de façon facultative par des stages dans des hôpitaux publics, en particulier dans des consultations, des centres de soins publics ou privés, ou un stage chez des praticiens volontaires et agréés.

Ces multiples stages, en dehors des C.H.U. vont permettre au futur praticien de se familiariser avec une pathologie beaucoup plus diversifiée, mais il est indispensable qu'ils soient organisés sous le contrôle des autorités universitaires et que l'on prévoie un encadrement adéquat.

Ils doivent être, en outre, complétés par un enseignement complémentaire pratique dans divers domaines : obstétrique, pédiatrie, psychologie, psychiatrie, médecine préventive, etc. . . . Le futur praticien doit, s'il le désire, avoir la possibilité d'approfondir ses connaissances dans une ou plusieurs spécialités et on devrait prévoir un enseignement à options multiples, sanctionnées par un strict contrôle des connaissances.

Le minimum d'un an exigé par le groupe de travail nous paraît donc très insuffisant et risque de créer des inégalités aboutissant à la création d'une catégorie subalterne d'officiers de santé pour ceux qui n'auront effectué que ce stage obligatoire.

Ce troisième cycle doit-il aboutir à un véritable certificat de "médecine générale" ou, comme on l'a proposé récemment aux U.S.A. de "médecin de famille" ?

Cette formule est probablement nécessaire, en l'état actuel pour revaloriser dans les faits - et non plus par des vœux pieux - la situation morale et matérielle des généralistes et les mettre à égalité avec les spécialistes qui n'ont pas acquis des titres hospitalo-universitaires.

Les matières optionnelles du troisième cycle ou des études ultérieures doivent favoriser l'obtention de compétences correspondant à une qualification de valeur élevée, donc à une véritable promotion professionnelle, et reconnues de façon adéquate par les pouvoirs publics mais sans spécialisation étroite.

La revalorisation de l'acte purement intellectuel que constitue la consultation médicale, par rapport aux actes techniques, est la seule façon de remettre sur un pied d'égalité le généraliste et ses confrères actuellement privilégiés.

Le corps médical français, de par ses traditions libérales et humanistes, est particulièrement bien placé pour promouvoir une politique de revalorisation de la médecine générale ; puisse-t-il proposer des solutions hardies et raisonnables et donc rapidement applicables avant que la désaffection des jeunes n'ait entraîné des conséquences irréversibles.

Rappelons-nous, avec Villey que "le niveau de la médecine dans un pays dépend au moins autant de la valeur moyenne de ses médecins de campagne que de la richesse de ses installations hospitalières ou des résultats obtenus dans la chirurgie d'avant-garde." ."

Professeur Claude LAROCHE.

P.S. : On trouvera en annexe le rapport complet du Dr Villey sur la Formation des Médecins Praticiens, présenté à l'Ordre National et aux Conseils Départementaux de l'Ordre, le 20 Avril 69.

IMPORTANCE ET FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES OPINION D'UN CHIRURGIEN

par J. GOSSET

La renaissance d'un cadre de médecins généralistes est à l'ordre du jour de nombreux congrès, colloques, réunions et tables rondes.

C'est assurément un problème d'actualité et l'intérêt qu'il suscite pourrait laisser croire qu'une unanimité s'est faite pour tenter de le résoudre.

Pour notre part nous croyons qu'il n'en est rien. Il ne suffit pas de discuter d'un problème, d'affirmer qu'il est urgent de lui chercher une solution si l'on ne trouve pas des moyens pratiques et efficaces à brève échéance.

Ces solutions n'apparaissent pas encore et, dans notre situation actuelle, seuls peuvent faire preuve d'optimisme ceux qui prennent les mots pour des idées, les phrases pour des actes et les discours pour des résultats.

Le problème est aujourd'hui clairement défini car c'est un problème international qui se pose autant en France qu'à l'étranger. La seule différence c'est qu'en France on se borne à en discourir tandis qu'à l'étranger on cherche des solutions sans cultiver de rassurantes illusions sur la force des courants qui, pendant ces trente dernières années, ont peu à peu éliminé la médecine générale au profit d'un morcellement de la pratique, divisée en spécialités de plus en plus étroites.

Le généraliste de jadis n'avait peut-être pas toutes les qualités scientifiques que l'on peut exiger dans une médecine moderne. Il était avant tout le médecin de famille. Ce terme même a pris une signification péjorative. Il évoque pour beaucoup l'aspect d'une médecine arriérée, dépassée, hors d'usage, inefficace et somme toute inutile. On n'ose même pas dire qu'il nous faut encore des médecins de famille. On préfère parler de généralistes, la terminaison en "iste" étant seule admise à la fin du vingtième siècle.

Très brièvement nous voudrions rappeler ici les raisons réelles de la disparition du médecin de famille, les arguments qui plaident en faveur de la résurgence d'une forme indispensable de la pratique médicale, la puissance des forces qui s'opposent et qui s'opposeront à une telle réforme. Nous n'avons pas la fatuité de proposer des solutions d'ensemble, encore moins de prétendre connaître de telles solutions vraiment efficaces. Comme universitaire et comme pédagogue, dans le cadre limité qui est le nôtre, l'enseignement de la clinique chirurgicale, nous montrerons que des transformations méritent d'être instituées. Si tous les universitaires et tous les hospitaliers en faisaient autant il resterait un espoir de voir se reconstituer un corps indispensable de médecins généralistes.

Toutes les enquêtes montrent une baisse numérique de ces médecins en même temps qu'un mécontentement issu des modalités de l'exercice de leur profession, mécontentement ouvertement exprimé et dont l'effet est de détourner les nouvelles générations de ce mode d'exercice de la médecine.

Nous ne possédons pas de chiffres sur la répartition en généralistes et en spécialistes des nouvelles générations médicales françaises. Les chiffres relevés aux Etats-Unis sont éloquentes. En 1930, soixante-dix pour cent des médecins issus des universités américaines se destinaient à la médecine générale et au rôle de médecin de famille. En 1950, vingt ans après, il n'y en avait plus que trente pour cent.

Parmi les médecins en exercice, soixante-quinze pour cent étaient des médecins de famille en 1935, quarante-cinq pour cent seulement en 1957.

De 1955 à 1965, la population américaine a augmenté de dix-sept pour cent et le nombre des médecins de vingt-deux pour cent mais si les postes de médecine hospitalière ont augmenté de quatre-vingt-un pour cent, les postes de médecine privée n'ont crû que de douze pour cent, ce qui constitue une baisse relative.

Il serait d'ailleurs faux, et on le fait toujours, de fonder tous les jugements sur la proportion entre le nombre d'habitants et le nombre de médecins. Ceci laisse dans l'ombre un grand nombre de facteurs qui concernent l'état sanitaire du pays. Rien ne justifie l'affirmation constante que plus il y a de médecins dans un pays, mieux on s'y porte. Certains pays de derrière le rideau de fer ont une proportion élevée de médecins. Les étudiants sont attirés par une profession moins pénible que celle d'ouvrier et qui, dans ces régimes démocratiques, assure quelques avantages. La mortalité infantile n'y est pas moins fort élevée, bien plus que dans d'autres pays où la densité médicale est plus faible.

Il faut aussi tenir compte du développement de la "consommation médicale" qui est proportionnelle au niveau de vie d'une population et à sa culture. Aux Etats-Unis la morbidité est inversement proportionnelle au revenu moyen des individus. Dans les milieux dits pauvres (revenu familial inférieur à vingt mille francs), le nombre de consultations demandées annuellement pour les enfants est la moitié de ce qu'il est dans les familles aisées. Les besoins sanitaires des pauvres sont plus élevés mais la demande des soins médicaux ne s'élève qu'avec le niveau de vie. C'est ainsi que l'on considère qu'entre 1965 et 1975, si la population des Etats-Unis augmente de treize pour cent, le nombre de médecins de dix-neuf pour cent, l'augmentation du niveau de vie entraînera une augmentation de quatre-vingt pour cent des demandes de consultation.

Il est faux de penser que les besoins médicaux sont proportionnels à la morbidité. Ils croissent avec la baisse de la morbidité qui s'accompagne d'une augmentation de la demande médicale, conséquence qui n'est paradoxale qu'en apparence. Il nous faut donc, dans tous les pays, nous apprêter à répondre à cette demande médicale croissante, à définir sa nature, à préparer les nouvelles générations à y répondre numériquement et qualitativement. Il est évident que l'objet même de l'appel au médecin va changer. Ce ne sera plus seulement la maladie grave, aiguë, impérieuse. Ce sera le malaise, le trouble vague, l'infime déviation de l'état de santé ; ce sera plus le souci de prévention que le besoin de traitement, ce sera le petit déséquilibre psychique plus que le grand désordre organique.

A toutes ces demandes, qui devra apporter la première réponse, la première aide, le premier réconfort ? Est-ce le médecin administratif, le chercheur, le savant, l'enseignant universitaire, l'hospitalier, le spécialiste ? Assurément non ; ce devrait être un généraliste, un omnipraticien, un médecin de famille, ce que les Américains appellent le "primary doctor". Le terme est intraduisible car "primary" n'a rien de commun avec l'adjectif primaire qui, en français, est péjoratif. Le "primary doctor" c'est à la fois le médecin primordial, principal, essentiel, le premier que l'on consulte et le premier en importance. C'est le généraliste si l'on veut bien faire abstraction de cette finale en "iste" pour ne considérer que le mot *général* qui évoque une suprématie en ce sens que ce médecin est le seul à saisir un problème dans son ensemble, dans sa totalité humaine. Médecin de médecine générale, il pourra alors exercer cette médecine de la personne, cette médecine humaniste, à la mesure de l'homme, mesure qui dépasse de loin l'étroite pathologie d'organes et de systèmes qui reste le lot du spécialiste.

Pourquoi retirer à ce généraliste ce nom honorable de médecin de famille qui n'a pris un relent de dérision qu'à la suite d'une conjuration des médecins savants et des spécialistes avides de profiter de la mode ? Le médecin de famille est déjà plus que le médecin d'un homme observé dans la période limitée d'un accident pathologique. C'est le médecin qui connaît le malade à travers toute la durée de son développement biologique, qui ne le sépare pas de l'unité sociale primordiale où il évolue, le cercle familial, cercle au sein duquel les interactions organiques et psychologiques prennent une importance trop souvent négligée.

A-t-on bien défini en France le rôle que doit jouer ce généraliste dans la médecine moderne ? Les fonctions de médecin de famille devraient être renouvelées et accrues par les tendances actuelles de la médecine nouvelle.

Cette rénovation, on la trouve clairement exprimée dans trois études américaines : les conclusions de la commission Millis, celles de la commission nationale américaine sur les services communautaires de santé, enfin le rapport de l' "ad hoc", comité sur l'éducation pour la médecine familiale (A.M.A. Council on Medical Education).

1. — Le médecin de famille généraliste est le premier consulté. Il assure l'entrée du malade dans le système médical. Le premier contact médical, la première orientation diagnostique, la première amorce thérapeutique ont une telle importance que leurs modalités doivent être choisies par un généraliste.
2. — Aucun acte médical n'étant concevable sans débiter par un bilan de santé général physique et psychique, c'est au médecin de famille généraliste qu'il incombe d'établir ce bilan.
3. — Le médecin de famille généraliste, s'il a une formation médicale suffisante doit être libre de soigner le malade dans le cadre d'une ou plusieurs spécialités. C'est lui qui doit prendre la décision d'adresser, si besoin est, le malade à des organismes qualifiés : cabinets de spécialistes, hôpitaux, mais tout en assurant la continuité de la surveillance médicale.
4. — S'instituant et demeurant le directeur et le coordinateur de l'équipe soignante, il doit avoir l'autorité et la liberté qui sont les conditions indispensables de la responsabilité de soins compréhensifs et continus.
5. — Cette responsabilité thérapeutique, il ne l'assurera pas uniquement vis-à-vis du malade, mais aussi vis-à-vis de la famille et de la communauté.

Ceux qui ont réfléchi à ce que doit devenir la médecine dans les vingt prochaines années du siècle considèrent maintenant que s'il n'y a pas de généralistes pour assurer de tels rôles, l'anarchie et le désordre désorganiseront la médecine.

Knowles écrit : "Je pense que nous approchons de la fin d'un grand cycle de la médecine américaine qui a commencé avec le rapport Flexner (1910). Il s'est traduit par une expansion de la science et de la technologie dans la vie des médecins, le développement des organisations médicales. Nous sommes au début d'un nouveau cycle qui va nous obliger à orienter notre attention vers les problèmes médico-sociaux qui se posent au sein de la profession et de la nation."

"La multiplication de départements de médecine familiale, la promotion et la formation de médecins de famille doit être le plus passionnant et important développement de l'ère moderne. Il doit en résulter une révolution dans l'enseignement et les disciplines universitaires. Ce serait, dans la deuxième moitié du vingtième siècle, l'équivalent de la révolution flexnérienne des premières décades."

Si, aux Etats-Unis, quelques esprits libres, hommes d'intelligence et de progrès, osent crier de telles vérités, il faut reconnaître qu'ils se heurtent à une opposition puissante, organisée, déterminée qui parviendra sans doute pendant de longues années à bloquer les initiatives et les révolutions salutaires.

Aux Etats-Unis, le comité consultatif des spécialités médicales a catégoriquement refusé le 10 février 1968 la demande de l'Academy of general practice pour la création d'un certificat de médecin de famille. L'opposition de l'American College of Surgeons et de l'American College of Physicians était déterminante. Ce fait éclaire nettement la question que nous envisageons en nous plaçant au cœur du problème : l'opposition des spécialistes et des généralistes.

Le généraliste, l'omnipraticien ou médecin de famille sont actuellement des déshérités de la médecine et les spécialistes, des privilégiés. Les Américains qui sont assez clairvoyants pour comprendre la nécessité d'un renouveau, savent qu'il faut une révolution pour abolir les privilèges, même si ces derniers s'exercent au détriment de la nation ou plutôt ici au détriment de la santé de la nation.

En France, le problème se posera dans les mêmes termes le jour où nous aurons suffisamment évolué pour comprendre la nécessité d'une telle révolution.

Ce jour, quoi qu'on en dise, risque d'être fort éloigné, car nos meilleurs esprits ont la regrettable habitude de copier l'Amérique avec quelques décades de retard lorsque les systèmes que l'on se résout à copier sont déjà périmés dans leur pays d'origine. Une comparaison médicale, mais celle-ci architecturale, éclairera ce propos. Avec trente ans de retard on a copié à Lyon l'architecture d'hôpitaux danois de 1915 alors que la conception des hôpitaux en petits pavillons était déjà condamnée dans les pays nordiques.

Nous ne sommes pas adversaires de la colonisation de la France par les idées médicales américaines. Si nos maîtres sont incapables de concevoir des systèmes français valables (et on le voit en pédagogie depuis dix-huit mois) s'ils doivent, tout en le taisant, copier ce qui se fait ailleurs qu'au moins ils le fassent avant que ce qu'ils plagient (généralement en le déformant maladroitement) ne soit totalement périmé.

La grande réforme médicale française d'il y a dix ans était d'inspiration purement flexnérienne. On s'efforce encore de la développer avec tout ce qu'elle comporte d'hypertrophie scientifique alors qu'au pays de Flexner on en a déjà mesuré les graves défauts. On y cherche une nouvelle voie. A ce rythme, c'est vers l'an 2 000 que la France cherchera à copier la nécessité d'une promotion de l'omnipraticien dont les Etats-Unis ont actuellement pris conscience.

S'il s'agit essentiellement de lutter contre une hypertrophie néfaste des spécialisations et les prétentions excessives des spécialistes, il faut d'abord définir clairement ce qu'est la spécialisation et reconnaître que, sous ce vocable, on englobe des formes très différentes de l'exercice de la médecine, les unes idéales, les autres néfastes. Entre les unes et les autres on ne peut tracer une démarcation nette tant il y a d'états intermédiaires.

Selon nous, la spécialisation comporte deux aspects totalement différents que l'on associe arbitrairement alors qu'ils ne sont pas liés inéluctablement l'un à l'autre : c'est d'une part la connaissance exhaustive d'un secteur plus ou moins limité de la médecine et, d'autre part, la limitation stricte de l'exercice de la médecine à un secteur également limité.

Prenons le cas de la quasi-totalité des médecins universitaires et hospitaliers. Ils sont presque tous plus ou moins spécialisés mais dans le sens le plus élevé du terme. Ce sont tous des médecins qui connaissent toute la médecine. A ce titre ils pourraient tous revendiquer le noble qualificatif de généraliste. Comme ils se doivent d'être des Maîtres au double sens du terme, de guides et d'enseignants, comme ils sont assoifés de progrès et de recherche, ils ont développé leurs connaissances et leurs recherches et leur enseignement dans une branche particulière. Cela se fit sans doute sous l'effet de leurs goûts, de leurs aptitudes, l'influence de leurs propres patrons, peut-être parfois au hasard de leurs affectations.

C'est ainsi que naquirent tant de spécialités ; de la dermatologie à l'allergologie, de la néphrologie à la pathologie génétique.

Ce qui caractérise cette forme de spécialisation, c'est qu'elle représente l'enrichissement d'un homme qui est déjà un généraliste et qui n'est un grand spécialiste que parce qu'il est aussi grand généraliste auquel aucun aspect de la pathologie ne saurait échapper. Tel hématologue est un cancérologue averti

et un pédiatre éminent. La génétique englobe toute la médecine. Est-il une spécialité plus vaste que la rhumatologie qui, si elle est bien faite, concerne tout l'homme.

Si de tels maîtres en arrivent inévitablement à limiter leur exercice à une catégorie de malades, ce n'est ni par goût, ni par intérêt, c'est parce que l'activité humaine connaît des bornes et que pour rendre le plus de services possible au plus grand nombre de malades, la dispersion leur est interdite.

A l'opposé de cette forme noble de la spécialisation, s'est peu à peu instituée une caricature qui n'a retenu de la véritable spécialisation que sa conséquence : la limitation de l'activité. Certains s'adjugent le titre de spécialistes tout simplement parce qu'ils ont réduit leur pratique et leurs connaissances à une bribe de la médecine, fût-ce les rides ou les verrues. Il y aura bientôt le spécialiste du gros orteil, celui du deuxième duodénum ou de la pathologie du diaphragme. Nous exagérons mais moins qu'il ne le semble. Ce qui est grave, c'est que dans le micro-domaine où ils exercent, rien ne démontre qu'ils en savent plus qu'un praticien banal. Ce n'est pas parce qu'on limite son champ visuel, que l'on voit mieux ou son champ intellectuel que l'on est plus intelligent. Porter des œillères n'est pas une preuve véritable d'éminence. Ce n'est pas parce qu'on s'occupe d'une seule maladie qu'on y est plus compétent. Le manque de culture, d'intelligence, la paresse, l'incuriosité peuvent très bien conduire un spécialiste à un abêtissement tel que, même dans sa spécialité, il sera un dangereux ignare.

Beaucoup d'étudiants s'orientent vers cette carrière de "stagiaire spécialiste" qui, dans l'état actuel du statut médical français, leur vaut, au prix de l'acquisition d'un diplôme d'études spéciales, vie douillette, aisance, et considération.

Ni le public, ni le corps enseignant universitaire et hospitalier n'ont jusqu'ici fait de différence entre le faux spécialiste et le vrai, entre une élite incontestée et la médecine sectorisée, entourée de bornes, une médecine "à bornes" qui n'est souvent que l'apanage de médecins bornés.

Il serait facile mais trop long de développer les raisons de l'engouement du public pour le "spécialiste". Il fut un temps où l'on n'admirait que les grands esprits : c'était celui de Léonard de Vinci. Les progrès de la science ont rendu cette universalité impossible mais ce n'est pas une raison pour vénérer l'étroitesse mentale et lui reconnaître des vertus qu'elle n'a pas.

Il serait difficile et périlleux de chercher comment tant de faux spécialistes ont utilisé l'enseignement et la protection des vrais spécialistes pour acquérir les parchemins qui leur valent indûment la confiance des malades et une super-rémunération de la Sécurité sociale. On découvrirait le jeu conjoint de facteurs psychologiques, sociaux et humains, identiques en tous pays, en Europe comme outre-Atlantique.

On découvrirait peut-être que puisque la discrimination entre les vrais et faux spécialistes, les hommes supérieurs et les hommes bornés est très délicate, une regrettable solidarité, un esprit de caste s'est constitué et que tous les spécialistes sont désormais ligués contre généralistes et omnipraticiens. Ces spécialistes ont acquis la majorité numérique au sein d'une profession qu'ils prétendent désormais orienter avec d'autant plus de facilité qu'il leur suffit de soigner au fil du courant d'une opinion publique routinière et bien conditionnée. Nous n'oserons pas dire avec Alexis Carrel que les spécialistes sont d'autant plus dangereux qu'ils sont plus éminents. Dans certains pays comme les Etats-Unis, les spécialistes s'épaulent et se soutiennent dans la défense de leurs situations matérielles bien qu'un même terme y désigne des gens aussi différents que des hommes de recherche et de science, hospitaliers et universitaires et le marchand de "médecine en rondelles".

Quels liens attachent donc des gens aussi opposés ? Les maîtres doivent beaucoup de reconnaissance à la cohorte de leurs élèves. Au sens romain du terme, les élèves sont une clientèle indispensable au maintien des renommées universitaires.

L'attachement des élèves à leur patron n'est pas moins étroit. Il y entre pour une part la réelle reconnaissance que l'on voue à son maître. Il tient encore plus au besoin d'un soutien nécessaire pour conserver une considération que des techniques commerciales pourraient tenir.

Bien entendu il n'en va pas de même en France, sauf sur un point qui ne peut être contesté. La coalition des spécialistes écrase moralement le simple omnipraticien qui ne sait plus comment se défendre contre la dévaluation matérielle et morale de sa situation.

Avouons que ces omnipraticiens sont plus sensibles à la dévaluation matérielle et que jusqu'ici ils n'ont pas beaucoup insisté sur les arguments qui nous semblent autrement importants avec au premier chef le fait que le morcellement "spécialitaire" est nuisible au malade et que la médecine de demain pour être humaniste, sociale, préventive doit être une médecine de généraliste, d'omnipraticien, de médecin de famille.

Le ressentiment, l'aigreur, le désenchantement, la lassitude des omnipraticiens ont été remarquablement analysés dans un rapport établi par M. et R. Fichelet pour la Société d'études et de sciences humaines (1968).

"Moins payé pour ses consultations, l'omnipraticien a le sentiment d'être un médecin de seconde zone, chargé d'une besogne épuisante qui le frustre même des satisfactions intellectuelles de son métier. Il est à la recherche de compensations qui relèvent plus du phantasme que du domaine d'une réelle revendication." Le plus surprenant succès des spécialistes a été le suivant : persuader l'omnipraticien que la meilleure solution à ses maux est l'obtention d'un diplôme de généraliste-spécialiste. S'il ne s'agissait que d'obtenir de la Sécurité sociale un relèvement des tarifs, le ridicule d'une telle dénomination pourrait être passé sous silence.

Nous pensons qu'aujourd'hui ceux qui ont la responsabilité de forger la médecine de demain voudront bien s'inspirer de mobiles plus désintéressés où le souci de la santé publique occupera une place essentielle.

Au risque de passer pour un pessimiste irrécupérable, nous avouons que nous sommes persuadés que cette révolution médicale indispensable et dont tant de médecins étrangers clairvoyants proclament la nécessité ne s'amorcera même pas en France avant plusieurs décades.

Trop d'intérêts sont en jeu pour qu'on aille plus loin que des vœux platoniques dont les auteurs eux-mêmes souhaitent l'échec.

Il nous faudrait d'abord faire une critique lucide de l'évolution médicale dans laquelle nous avons été poussés. Il faudrait que l'on cesse d'excommunier ceux qui osent prétendre que le plein temps "hopkinien et flexnérien" n'a pas que des vertus.

L'Amérique, qui l'a importé d'Allemagne et développé au maximum, en découvre maintenant les défauts. Ses médecins ont la franchise de les dénoncer. Alors que de 1950 à 1965, le nombre des thèses augmentait de vingt-trois pour cent, le nombre des médecins plein temps dans les Facultés a augmenté de trois cent trente-six pour cent. Est-ce que cet attrait du plein temps ne s'expliquerait pas en partie par un souci des universitaires d'esquiver les responsabilités de la médecine pratique ? Il n'est donc pas surprenant que les universitaires plein temps perdent peu à peu le goût de former des omnipraticiens. Ils finiront même par ignorer ce qu'est une médecine de famille. L'ignorant, ils en arriveront à nier l'importance de son rôle.

La médecine de l'omnipraticien, celle du médecin de famille, n'est pas une médecine essentiellement régie par des concepts scientifiques. Elle n'en est pas moins noble. Si la recherche fondamentale lui est étrangère, elle est par contre la seule à fournir la base d'une *recherche clinique* dont le manque grandissant est alarmant.

Trouverons-nous avant longtemps des universitaires français qui "pensent que les activités dans lesquelles ils s'engagent sont secondaires à côté des problèmes essentiels de la médecine de demain et que la liste des priorités doit être reconsidérée" ?

D'autres Américains pensent que "le prix à payer pour une bonne élévation du niveau sanitaire de la nation sera peut-être une réduction de la recherche scientifique pure". "La recherche médicale a été hypertrophiée sous prétexte que ses résultats pratiques seraient pour demain. Or nous avons été déçus. La recherche fondamentale est l'espoir du futur, la base de ce qui assurera la santé de nos petits-enfants. Elle nous a fait oublier l'importance de plans à plus court terme."

Selon Williams (*New England Journal of Medicine* 279, 1030, 1968) "Une nouvelle stratégie pour l'amélioration de la santé publique") la "recherche" de ces quinze dernières années n'a guère abouti à de grandes innovations thérapeutiques. Les réels progrès ont été dus à l'accumulation de petits gains dans les connaissances et leurs *applications*. Le progrès résultera de la *variété* de petites trouvailles plutôt que d'une grande découverte (sauf peut-être en cancérologie) ou, par exemple, de l'application massive de l'informatique aux efforts cohérents et intégrés de tous les médecins".

On en vient à se demander si la médecine et la science biologique sont aussi *coextensives* qu'on nous l'a affirmé.

La biologie moléculaire a fait d'immenses progrès. La somme acquise en ce domaine est considérable mais cette science n'a pas encore trouvé de grandes applications cliniques et l'on peut se demander s'il faut accroître son importance dans les programmes pédagogiques.

La conception de ces programmes devrait, selon nous, être régie par l'intérêt pratique qu'offrent les matières enseignées dans la formation d'un type défini de médecin. Si l'on veut bien admettre que la promotion des omnipraticiens est le but essentiel à atteindre dans les vingt années à venir, il faut aussi admettre que l'on n'y parviendra que par la révision des programmes pédagogiques. Ceux qui ont cours actuellement servent à former de "petits spécialistes". Ils satisfont la grande majorité des maîtres et des élèves, aussi est-il chimérique d'espérer les modifier à une époque où la médecine française est en pleine euphorie de "scientification". Trop d'universitaires s'obstinent à éluder le problème de la formation des généralistes ou prétendent que l'on n'aboutirait qu'à la création d'une masse d'officiers de santé. Cela ne serait vrai que si l'on s'enfermait dans la routine pédagogique qui prévaut encore.

La plupart des réformes que l'on offre resteront inopérantes. L'enseignement post-universitaire ne nous dotera pas d'omnipraticiens. Cet enseignement post-universitaire qui offre aux spécialistes un recyclage utile, efficace et apprécié ne sera d'aucune aide dans la recréation d'un corps de généralistes. Les omnipraticiens le boudent et continueront à le boudier. L'enquête de Fichelet analyse fort subtilement les causes psychologiques de leur refus : ils récusent comme maîtres les spécialistes hospitaliers qui, à leurs yeux, les ont abandonnés. Ils ne veulent plus avoir l'impression de retourner en classe. L'omnipraticien établi, accablé de besognes peu intéressantes, borne désormais ses ambitions à l'acquisition du C 2.

Ce n'est que dans une réforme des programmes de la formation des jeunes médecins que l'on trouvera la clé de la constitution d'un corps de généralistes, lorsque l'on aura défini leur rôle, l'étendue de la culture *clinique* qui leur est indispensable, leurs fonctions essentielles dans la nouvelle médecine.

Avec Péquignot (*Réalités*, 1968, n° 260, page 27) nous pensons que "la revalorisation de l'omnipraticien nécessiterait un tel retournement de valeur dans les milieux professionnels, dans les administrations sanitaires et dans l'imagerie populaire . . . que nous craignons qu'il faille que la situation s'aggrave encore beaucoup pour espérer un sursaut".

“Sur le plan universitaire, c’est le retour à un tronc commun d’études cliniques au contact des malades les plus banals qui devrait être le point de départ des études médicales et non l’objet d’un stage d’application en fin d’études.” On arriverait ainsi à sélectionner positivement vers l’omnipraticien médicale des étudiants qui continueraient leurs études en sachant ce qu’ils ont à demander aux sciences fondamentales et aux spécialités cliniques.

En effet, aujourd’hui, les généralistes sont ceux qu’une sélection négative laisse sur la grève après le flux des spécialistes. Avec Péquignot, on peut penser que c’est à l’aide de structures plus saines de l’enseignement que pourrait peu à peu se modifier la situation morale et matérielle de l’omnipraticien.

Comme chirurgien, préoccupé de l’enseignement de la clinique chirurgicale, je concevais facilement la transformation des programmes pédagogiques de notre spécialité pour les adapter aux deux seules classes de médecins dont la formation doit être notre but : le médecin omnipraticien d’une part, le chirurgien d’autre part. Il faudrait donc deux pédagogies, deux programmes différents dans leur technique alors qu’aujourd’hui il y a un enseignement commun et uniforme pour tous les étudiants en médecine. En deuxième, troisième et quatrième année, on couvre un programme unique, bien trop vaste pour un futur généraliste et insuffisant pour un futur chirurgien.

Bien plus que les titres des sujets de programme, c’est la nature même des faits à enseigner qu’il faudrait reconsidérer.

Le médecin de famille sera le “primary doctor” des Américains, l’homme du choix, du triage, en se rappelant que ce triage a toujours été considéré comme l’acte médical le plus difficile, le plus lourd de responsabilités, celui qui, le premier, sera appelé au chevet d’un péritonitique, d’un fracturé, le premier auquel on demandera son avis pour un panaris grave, etc.

L’enseignement actuel cherche à faire de lui un petit chirurgien, l’oblige à apprendre des notions qui ne lui serviront jamais mais omet de lui présenter les alternatives essentielles dans lesquelles une faute ou une omission peuvent avoir des conséquences irréparables.

Pourquoi lui apprendre à faire le diagnostic étiologique des péritonites ? Mieux vaudrait passer le même temps à lui apprendre à distinguer les péritonites qui, toutes, exigent un recours chirurgical des abdomens médicaux aigus.

Pourquoi lui citer les diverses techniques d’exérèse des cancers rectaux si on ne lui a pas appris l’importance du toucher rectal chez tous les hémorroïdaires, vrais ou faux ?

Mieux vaudrait ne lui enseigner aucun des signes d’examen d’une fracture puisqu’en définitive, seule importe la lecture d’un cliché que le médecin omet parfois de demander, simplement parce qu’il s’imagine que par la clinique on peut distinguer une entorse d’une fracture.

Insister sur les caractères cliniques des douleurs dans la gastrite, l’ulcère ou le cancer est non seulement inutile mais nocif car cela conduit le médecin à une conception fautive de la valeur diagnostique comparative de la clinique et de la radiologie.

Par contre combien de notions modernes qui n’ont pas encore trouvé leur place dans nos programmes surannées : la pathologie des tumeurs carcinoïdes, des artérites abdominales, des dystrophies osseuses, des formes chirurgicales de l’amibiase, la pathologie chirurgicale exotique, etc. Toutes peuvent tendre au médecin des pièges dont le malade sera la victime.

Ces pièges sont si nombreux que l’on ne saurait les énumérer. Le but pratique d’un enseignement clinique, d’un enseignement résolument tendu vers la formation d’un généraliste doit être d’enseigner à l’étudiant les moyens de les déjouer.

Je ne connais pas de programme d'enseignement de chirurgie qui fasse la plus petite place au rôle des états psychologiques des malades dans la conduite du traitement des affections organiques. La chirurgie est le terrain d'élection de ces questions que le psychiatre connaît bien mal car il veut tout ignorer des lésions organiques du corps.

Ces problèmes n'offrent-ils pas un sujet d'enseignement plus important pour l'omnipraticien que l'anatomie pathologique des tumeurs malignes ou des frottis vaginaux. Aucun médecin praticien n'aura jamais le devoir de lire une coupe. Tout ce qu'on lui demande, et c'est essentiel, c'est de ne jamais oublier de demander un examen anatomo-pathologique quand ce dernier peut être utile.

Il est facile de dire que de fil en aiguille on abaisserait le niveau scientifique de l'omnipraticien et que l'on créerait un corps d'officiers de santé.

Le risque actuel est autre : c'est de faire des médecins savants qui n'ont rien de commun avec de savants médecins.

J. Parkes (*Journal of Medical Education*, tome 44, page 1, 1969) pense qu'en seize à dix-huit semaines d'enseignement dans les premiers cycles on pourrait donner à un étudiant la totalité des éléments scientifiques qui lui seront utiles dans le second cycle. En France nous y consacrons trois fois plus de temps mais qu'en reste-t-il d'utile en fin d'études ?

Etablir un programme de formation des médecins généralistes, qu'il s'agisse de chirurgie, de médecine ou de sciences fondamentales, c'est ajouter au programme du tronc commun une infinité de notions pratiques indispensables au "premier consulté", "au médecin de famille", au "surveillant constant" d'une pathologie incarnée aux actes divers : diagnostic, traitement, conséquences sociales, familiales, héréditaires.

Il y a deux manières d'enrichir un programme d'études : la mauvaise consiste à oublier que la durée des études et la capacité des acquisitions de l'esprit ont des limites. Toute surcharge des programmes conduit à l'abêtissement, à la confusion, au désordre intellectuel et, en définitive, à la formation de mauvais médecins.

La bonne consiste à dresser la liste des nouvelles connaissances indispensables et à retirer des anciens programmes une quantité équivalente de notions moins importantes.

Au risque de heurter certains médecins légistes pour lesquels j'ai autant d'estime que d'amitié, je prendrai dans leur curriculum un exemple qui peut s'appliquer à toutes les disciplines et d'ailleurs aussi, en premier lieu, à la chirurgie. Si je le fais c'est parce que l'enseignement de la médecine légale est un des mieux organisés dans nos Facultés. Il est évident que l'omnipraticien devrait être plus instruit qu'il ne l'est des problèmes médico-légaux que pose la médecine moderne. Par contre pourquoi lui enseigner, si peu que ce soit, la technique des autopsies ou l'identification des taches de sang. Jamais, comme omnipraticien, il n'aura à en pratiquer et s'il se livrait à de tels actes ses conclusions pourraient être désastreuses. Qu'il songe à soupçonner un empoisonnement devant une mort suspecte, quoi de mieux mais pourquoi devrait-il même entendre parler des techniques de recherche de l'arsenic ?

Ceci n'est qu'un exemple mais on trouverait encore bien plus de sujets inutilement enseignés en chirurgie, en médecine, en biochimie ou en physique sans parler de l'anatomie où l'on enseigne tout ce que l'omnipraticien peut ignorer et où l'on omet de lui inculquer solidement les rares notions qui lui seraient indispensables.

Quand on veut rénover un logis il faut bien accepter de jeter au feu de vieux objets inutiles. Si l'on veut sincèrement former des généralistes il faudra concevoir pour eux des programmes d'études résolument modernes, applicables, raisonnables, dépouillés d'oripeaux poussiéreux et surtout de tout ce

ce que le fétichisme de la spécialisation a peu à peu introduit dans nos enseignements.

Que ceux qui se sentiraient heurtés par de telles affirmations se rassurent : ces décisions déchirantes n'auront point à être prises car, aujourd'hui encore, hormis quelques contestataires utopistes comme nous, nul ne désire réellement que l'omnipraticien, le généraliste, joue dans la médecine moderne, le rôle qui devrait lui appartenir. Ceci démontre d'ailleurs l'inutilité de l'article que nous venons d'écrire.

Professeur J. GOSSET
(Revue du Praticien - 7-12-1969)

LE MEDECIN DE FAMILLE DEVANT LA "SURCONSOMMATION DE SOINS"

Lettre à TONUS (16-2-1970)

SURCONSOMMATION DE PRESTATIONS SOCIALES, voilà le thème qui, de plus en plus souvent est proposé à la réflexion du Corps Médical, de façon assez menaçante il faut le dire.

J'aimerais élever le débat et attirer l'attention sur l'enjeu réel du débat qui s'instaure.

Il s'agit, en définitive, du coût actuel de la médecine lié, lui-même, au rendement de l'appareil médical. C'est la maladaptation de celui-ci à ce qui lui est demandé par les malades, qui est mis en cause, avec le gaspillage budgétaire que cela implique et, corrélativement, l'impossibilité de dégager les sommes nécessaires aux secteurs à privilégier :

- recherche médicale, enseignement, soins lourds.

Partant de la constatation statistique "qu'il existe une corrélation assez nette entre le nombre de médecins et de lits d'hôpitaux, et la consommation enregistrée" (cf. "Consommation médicale des français" par le Dr. Cl. MICHEL, directeur de la F.N.C.S.S., avril 1969), les pouvoirs publics ont déduit l'existence d'une demande latente de consommation médicale se transformant en consommation effective lorsque l'offre de soins devient suffisamment dense et d'un coût abordable, par le biais de la couverture sociale.

L'extension du ticket modérateur se heurtant à des impératifs politiques, deux autres processus ont été mis en place pour mettre un frein à cette consommation prévue :

- 1) la spécialisation médicale, l'idée étant qu'une guérison plus rapide et de meilleure qualité et donc, à terme, plus économique, serait obtenue par des techniciens mieux formés et équipés ;
- 2) le maintien d'un certain degré de pénurie en médecins, afin de diminuer l'offre en médecins (cf. "Rapport Général de la Commission des Prestations Sociales pour le V^e Plan", page 32 : "le volume d'activité des praticiens se trouvera limité de lui-même par leur insuffisance numérique au regard de l'accroissement des besoins et par la difficulté qu'éprouveraient la plupart d'entre eux à allonger un horaire de travail déjà tendu").

Ceci posé, les arbitrages se font sur la part du produit national brut à réserver aux prestations sociales et, parmi celles-ci, sur les parties respectives revenant à tel ou tel secteur (médecins, pharmaciens, hospitalisation, enseignement, indemnités journalières) puis à tel ou tel sous-secteur (spécialistes, généralistes, tel ou tel secteur hospitalier) etc . . .

Dans le même temps, le rythme d'accroissement du budget ainsi géré est tel que les pouvoirs responsables, qui jusque là payaient à "guichets ouverts", sont amenés, malgré les difficultés de la tâche à rechercher des freins nouveaux. La position du Corps Médical, face à ce problème, n'est pas homogène, mais consiste essentiellement à obtenir qu'une part plus grande du produit national soit réservée au secteur médical et à prêcher le sentiment de leur responsabilité économique parmi les médecins.

Il paraît peu probable que cette seule politique soit à même d'infléchir l'évolution des choses de façon significative.

A ce sujet, j'aimerais attirer votre attention sur les études en cours depuis une dizaine d'années, sur l'initiative du Dr. BALINT, en Grande Bretagne, et dont les hypothèses et les premiers résultats laissent prévoir une modification radicale possible au niveau du rendement de l'appareil médical par l'étude d'un malentendu fondamental entre la demande réelle (ressentie) par le consommateur de soins et la demande par lui exprimée, seul niveau auquel l'appareil médical actuel, pressé lui aussi par le partenaire social, tend à lui répondre.

S'il est vrai que le produit mis sur le marché par le médecin organiciste ne correspond pas à la demande réelle de 50% au moins des consommateurs (parce que ceux-ci ne savent pas exprimer leur demande de façon plus adéquate), ceux-ci seront amenés à consommer, à rejeter et à reconsommer sans cesse un produit qui ne peut les rassasier, dont ils éprouvent un besoin très grand et qui est, de par la pression politique que ce besoin exerce, d'un coût apparent très faible pour le consommateur. En d'autres termes, si le besoin réel des malades dits "fonctionnels", ainsi que celui de tous les chroniques (vieillards, par exemple) pour lesquels la médecine curative ne peut rien en dehors des poussées aiguës de leur affection, se place à un niveau de relations entre personnes (relation médecin - malade), même si le code employé par l'échange reste celui du corps, la satisfaction du besoin réel nécessite avant tout une disponibilité de la personne du médecin. La technologie ne fait alors qu'enrichir le code.

Mais, lorsque la technique absorbe toute la personnalité du médecin, objet de la demande réelle, le malade ne perçoit plus qu'un code qui perd, pour lui, toute signification. Ce type de médecine devient inefficace puisque le code ne sert plus à obtenir l'échange entre personnes qu'il était censé permettre.

La fonction "écran" de la technique médicale, toujours présente et manipulée par les médecins comme par les malades dans certaines situations par trop angoissantes, prend le pas actuellement sur sa fonction "code". A la limite, l'échange n'a pas lieu, le rendement est désastreux.

On assiste là, à une véritable contamination de la pensée médicale par la philosophie industrielle, laquelle tend à résoudre l'angoisse existentielle par des consommations dépersonnalisées et, régulièrement renouvelées. Cette conception d'un consommateur ainsi infantilisé s'avère extrêmement frustrante (en médecine infantile, l'hospitalisme par carence affective en est un modèle classique).

Cette frustration systématique auto-entretenu, est fort efficace comme moteur de l'économie, mais la montée des agressivités (et peut-être des "maladies") qui se fait jour à notre époque y trouve, peut-être, un de ses aliments.

Depuis quelques décennies, le secteur médical fonctionnant, lui, sur le principe du "à chacun selon ses besoins" semble avoir servi, en Europe, à faire supporter les rigueurs du système industriel moderne.

On pensera sans doute que nous voilà bien loin de la condition du médecin de famille.

Je soumets à la réflexion des lecteurs la courbe page 25 où s'inscrivent les masses budgétaires allouées aux actes des médecins généralistes (C + V + PC) à ceux des médecins spécialistes (CS + VS + K) et aux soins hospitaliers.

Ces courbes montrent, très clairement, le phénomène étudié et son accélération vers les années 1960 - 62, où l'extension nationale du système conventionnel et les options prises en faveur de la technologie médicale ont tendu à cantonner l'omnipraticien dans un rôle de tri rapide, la médecine proprement dite relevant des spécialités médicales et des hôpitaux.

C'est ainsi qu'une pression culturelle, celle du mythe "science en médecine" (en réalité, ensemble de procédés empruntés à toutes les sciences fondamentales et ajustés pragmatiquement de bric et de

broc) et d'une option théorique, celle en faveur de la technologie médicale et d'une production industrielle des soins médicaux par un nombre restreint de médecins, ont actuellement pour effet de priver la structure médicale de toute adaptation à sa fonction globale qui est "affective" autant que "nutritionnelle". L'aspect, en voie d'extinction, (courbe des C + V + PC) correspondant à plus de 50% de la demande réelle, on voit le rendement possible.

L'effondrement budgétaire en cours du système médical actuel doit être interprété alors comme le signe et la conséquence de son inadaptation à sa fonction socio-culturelle : "à chacun selon ses besoins en tant que malade".

Les faits évoqués dans cette lettre sont confusément perçus dans le monde entier. Partout on se penche sur le problème de former à nouveau des médecins de famille à qui on rendrait leur juste place dans la hiérarchie médicale et le moyen d'exercer normalement leur fonction. Notre pays, avec ceux de l'Europe, a encore le privilège de posséder un nombre valable (bien qu'insuffisant pour la France) de médecins généralistes capables, s'ils redeviennent médicalement majeurs et disponibles, de faire face économiquement à ce qui leur est demandé : fournir un soutien global lors de la défaillance commune.

Puissions-nous trouver les appuis nécessaires et la compréhension indispensable pour que cette chance soit saisie à temps et que soient évitées, dans notre contexte de consommation, les inévitables et si ruineuses expériences d'étatisation qui nous attendent, si l'évolution actuelle se poursuit.

Qu'on y prenne garde, si la médecine cesse d'offrir le refuge, la halte efficace qui fait accepter les rigueurs du système industriel moderne, il faut prévoir, dans notre contexte européen, des convulsions sociales et politiques par rapport auxquelles les événements de Mai 1968 n'apparaîtraient que comme une aimable fête prémonitoire.

Dr. O. ROSOWSKY

Secrétaire Adjoint de la Société
Française des Groupes Balint.

LE PRIX DE L'ACTE MEDICAL

Etude de la Commission Economique de l'Association du District Parisien

La demande médicale s'accroît ; elle se diversifie : le médecin ne doit plus seulement soigner l'homme frappé par la maladie : il doit, et de plus en plus, examiner des gens apparemment bien portants, dans un but de dépistage et de rassurement ; il doit conseiller et sécuriser des gens désinsérés de leurs milieux naturels et perturbés par des conditions de vie traumatisantes : il doit assurer un énorme travail de secrétariat imposé par les lois sociales et le juridisme accentué de nos structures sociales (certificats d'accidents du travail, d'invalidité, certificats pour l'obtention d'avantages sociaux (cartes de priorité, logement, A.M.C., certificats pour les compagnies d'assurances, correspondance avec la Sécurité Sociale, avec l'hôpital, multiples imprimés concernant le personnel, etc.).

Le Médecin ne peut donc demeurer l'artisan solitaire et mal équipé, débordé par la prolifération des tâches, incapable d'une activité organisée et hiérarchisée.

La survie de la médecine libérale implique son adaptation aux conditions nouvelles d'exercice, par l'utilisation de structures professionnelles suffisantes (à l'instar d'ailleurs des autres professions libérales : vétérinaires, avocats, architectes, experts-comptables, etc.).

Ce but ne peut être atteint que par une réévaluation considérable de l'acte médical et un aménagement de la fiscalité du médecin.

C'est à chiffrer avec précision le prix de revient d'un service médical moderne que s'est employée la Commission Economique de l'Association du District, dans l'étude qui suit.

I. LE CABINET MEDICAL, CONCU COMME UNE UNITE DE SOINS

A - DESCRIPTION

1) Locaux et matériel

Etudiés en vue d'un rendement convenable et d'un travail confortable, ils devraient comporter :

1. Un cabinet médical proprement dit, de dimensions modestes : 3,50 x 4 m avec un bureau, 4 sièges, un divan, une bibliothèque, une bascule, une toise, une vitrine, une petite table roulante, une lampe portative, un négatoscope, etc.
2. Salle de déshabillage attenante : 1,50 x 1 m.
3. Salle d'examen radioscopique et gynécologique avec matériel correspondant : 3 x 3 m.
4. Salle de pansements et de stérilisation : 4 x 4 m, avec paillasse, table de pansements, vitrine, armoire à toxiques, armoire à matériel et produits pharmaceutiques, éventuellement appareils d'électrocoagulation, électrocardiographie, appareil de stérilisation, frigidaire (pour conservation vaccins, sérums).
5. Local pour secrétariat : 3 x 3,50 m avec bureau, machine à écrire, magnétophone, fichiers, téléphone, répondeur automatique, armoire pour matériel de bureau et classeurs.
6. W-C lavabo : 1 x 1 m.

7. Salon d'attente : 4 x 4 m, avec canapé, sièges, table à revues, plantes d'ornement, etc.
8. Dégagement avec armoire pour réserve de matériel médical, lingerie, produits d'entretien, aspirateur, cireuse, 1 x 1 m.
9. Couloir, entrée avec porte-parapluies, glace, plantes vertes, sièges.
La surface d'ensemble des locaux est ainsi de 75 m² environ.

2) Le personnel

Il doit comprendre :

1. **Une infirmière**, capable d'assurer des soins d'urgence, tels que pansements, de se rendre auprès du malade en l'absence momentanée du médecin pour juger de la réelle urgence d'un appel, d'aider le médecin dans certains soins (suture, petits plâtres), d'effectuer la stérilisation des seringues et instruments, etc.
 2. **Une secrétaire médicale**, recevant les malades, prenant les rendez-vous, classant les fiches, prenant le courrier, assurant la correspondance avec l'hôpital, délivrant les doubles de certificats mentionnés au fichier, etc.
 3. **Une femme de service**, assurant l'entretien du cabinet.
3. **Deux voitures** doivent être affectées à l'unité de soins :
- l'une pour le médecin,
 - l'autre pour l'infirmière.

B - COUT DU FONCTIONNEMENT DE L'UNITE DE SOINS

1) Locaux et matériel

1. Loyer local 75 m ² 700 F x 12 mois x 1,25	F	10 500
(coefficient d'usage professionnel)		
2. Chauffage annuel immeuble chauffage d'appoint (malades déshabillés).	F	1 500
3. Eau, éclairage, gaz	F	1 000
4. Téléphone	F	1 000
5. Matériel périssable et fournitures de bureau :		
- produits pour pansements, seringues - blouses, serviettes, nappes pour table d'examen - produits d'entretien, de désinfection, désodorisants - fournitures de bureau, de classement, fiches, bandes magnétophone, affran- chissement du courrier, évalués à	F	6 000
6. Renouvellement périodique de :		
- matériel et mobilier (fauteuils, chaises, tentures) : 8 000 F sur 8 ans	F	1 000
- matériel médical (tensiomètres, stéthoscopes otoscopes, électrocardiographe, poste scopie, stérilisateur : 20 000 F sur 10 ans	F	2 000

peintures : 6 000 F sur 5 ans	F	1 200
7. Amortissement sur 35 ans (une carrière moyenne) des frais initiaux d'installation :		
— transformation des locaux en vue de leur usage professionnel	F	30 000
— mobilier total (y compris machine à écrire, magnétophone, répondeur automatique, lustres, tentures, tapis..)	F	50 000
— peintures initiales	F	8 000
— Décoration	F	2 000
— Matériel médical initial (voitures, table gynéco, scopie, électrocardiographe, coagulateur, stérilisateur, petit matériel)	F	50 000

TOTAL	F	140 000
sur 35 ans	F	4 000

2) Personnel : salaires

Infirmière	800) x 12 x 1,37 (ch. sociales)		
Secrétaire médicale	1 200)	F	32 900
Femme de service		F	4 500
5% sur les salaires		F	1 500

3) Voitures

— l'une de 8 à 12 CV	F	10 500
— l'autre de 4 à 6 CV	F	6 500
avec assurances tous risques, vignettes, comprenant amortissement, réparations, entretien, lavages, essence		
	F	17 000
— garage pour 2 voitures	F	1 200

4) Patente Foncier

Compte tenu du garage, du personnel et du loyer, évalués à	F	6 000
--	---	-------

5) Cotisations professionnelles

Ordre		
Syndicat		
Assurance professionnelle	F	1 000

6) Documentation professionnelle

Abonnements et mises à jour revues		
Achat de livres	F	1 500

7) Couverture sociale du Médecin

selon document Chauvel (TONUS Nov. 68)		
Evaluation d'ailleurs faible pour une assimilation au cadre d'administration d'échelle 6.	F	10 500

F 104 300

II. LES HONORAIRES DU MEDECIN

A) - La compétence technique, les responsabilités et les servitudes sociales et légales du médecin nous paraissent justifier un minimum de revenu de 4 000 Francs par mois, **à condition que la correspondance exacte avec la même somme perçue par un cadre soit assurée**, soit, avec primes équivalentes (le double mois n'a-t-il pas pris la valeur d'une institution chez les cadres), environ F 50 000

B) - Des correctifs doivent cependant intervenir, qui tiennent compte :

1. des frais (la couverture sociale dont il a été tenu compte étant mise à part) que verse l'employeur pour son cadre, et que le médecin doit couvrir, en tant que son propre employeur :

a) congés payés : 1 mois par an

jours fériés : 10 jours par an

Si, en effet, le médecin travaille 365 jours, il doit effectivement gagner plus que le cadre. Sinon, il doit payer un remplaçant. On doit donc appliquer le coefficient $\frac{365}{365 - 40} = 1,1230$

b) dans ce contexte, et par principe, son incidence étant très faible, on doit chiffrer ici une activité syndicale (temps payé par l'employeur selon la loi), que nous évaluons à 2 heures par mois c'est-à-dire à 1/250 soit coefficient : 1,0040

c) l'entreprise paie les frais des études post-universitaires et du recyclage de ses cadres. Nous évaluons ce temps, sans pouvoir être taxés d'exagération, à 6 mois de temps payé à plein salaire tous les 10 ans (5% du temps), soit coefficient : 1,05

2. du profil de carrière du médecin

a) le médecin ne s'installe qu'exceptionnellement au sortir de la faculté ; il ne commence guère sa carrière avant l'âge de 30 ans (contre 23 pour le cadre). Il doit de ce fait gagner en 35 ans de carrière, 42 années de salaire du cadre correspondant

soit coefficient $\frac{42}{35} = 1,200$

b) nous devons admettre que le médecin puisse espérer, à titre de promotion une augmentation minimum de 25% de ses honoraires après 20 ans de pratique, donc pendant 15 ans

soit coefficient $\frac{20 + (15 \times 1,25)}{35} = 1,1071$

On peut objecter que, de cette manière, le médecin perçoit avantageusement, dès le début de carrière, le correctif de profil de carrière. Ceci nous semble pouvoir compenser les intérêts des sommes empruntées pour l'installation dont nous n'avons pas tenu compte.

En conclusion, avant l'incidence de la fiscalité, et pour être dans une situation pécuniaire comparable à celle du cadre percevant 50 000 F par an, le médecin doit gagner annuellement :

50 000 x (1,1230 + 1,0040 + 1,0500 + 1,2000 + 1,1071)

soit 50 000 x 1,5728 =

78 640 F

soit environ 57,3% de plus que le cadre envisagé comme référence.

c) Les incidences fiscales. Correction de disparité de traitement fiscal du médecin par rapport au cadre considéré.

a) Imposition du cadre - Revenu net d'impôt du cadre.

Le cadre percevant 50 000 F, déduit d'abord 10% (restent 45 000 F) puis 20%. Il est donc imposé sur 36 000 F.

Supposons-le marié et père de 2 enfants dès le début de sa carrière (ce n'est pas là la situation en fait fiscalement la plus défavorable). Ce cadre, de coefficient familial 3, de quotient familial 12 000 sera imposé de

$3\ 600 \times 0,35 - 1\ 980 \times 3 = 6\ 660$ F selon barème de 1967, ramenés à 6 227 F par la réduction d'impôts de 5%. Impôts déduits, il aura perçu 43 773 F.

b) Revenu net d'impôt du médecin, sur la base du cadre de référence.

Le médecin marié, 2 enfants, doit percevoir net d'impôts :

$43\ 773 \times 1,5728$ (coeff. de correction) = 68 846 F.

Nous devons ici justifier la manière d'opérer qui précède par 2 considérations :

1. la réfaction accordée au cadre nous paraît être également dûe au médecin ; les déductions des parts établies au paragraphe 1 B ne nous paraissent nullement légitimer le refus des réfections.

C'est à dessein, et non par omission, que nous n'avons pas cité parmi les frais du médecin : son habillement, ses frais de congrès professionnels, ses frais de réception (confrères, famille, car le médecin du fait de ses servitudes, permanences, gardes . . . reçoit sa famille plus qu'il n'est reçu), ni les frais qu'engagent ses enfants et sa femme par l'éloignement des lieux d'études ou même de distraction. Ces frais nous semblent prendre place tout naturellement dans la réfaction dont bénéficie le cadre et qui nous apparaît devoir être accordée aux médecins dont les honoraires sont intégralement déclarés par des tiers.

2. Nous devons poser en principe que, sous peine d'être illusoires, les coefficients de correction établis au paragraphe II B doivent être appliqués au revenu de référence du cadre après déduction fiscale, c'est-à-dire au revenu net d'impôts.

En appliquant aux correctifs la même proportion d'impôts qu'au principal, nous avons conscience de demeurer dans une voie fiscale normale. Le médecin est en effet son propre employeur : or, l'employeur ne verse pas d'impôts sur les avantages qu'il fait au cadre.

Bien plus, il nous semble que la justice fiscale consisterait à exonérer les compensations que sont nos correctifs, sous forme d'un groupe III bien adapté à la profession.

c) Revenu du médecin, correspondant à un revenu net d'impôt de 68 846 F, sous l'incidence de la fiscalité actuelle. R est le revenu imposable, I l'impôt

$$I = R \cdot 0,45 - 3 \times 3780$$

$$R - I = 68\ 846$$

$$\text{d'où } R - I = R \times 0,55 + 11\ 340$$

$$68\ 846 + 11\ 340 = 57\ 506 = 0,55 R$$

$$\text{d'où } \boxed{R = 104\ 560} \quad \text{et}$$

$$\boxed{I = 104\ 560 - 68\ 846 = 35\ 714}$$

Le coût annuel du cabinet médical tel qu'il corresponde aux nécessités modernes est donc de

- frais de fonctionnement 104 300
- honoraires médicaux 104 500

soit $\boxed{209\ 000\ \text{F}}$

dont 35 714 + 1 500 + 6 000 = 43 214 F
impôts du 5% sur patente, d'impôts
médecin salaires foncier

III. EVALUATION DU NOMBRE D'ACTES MEDICAUX - PRIX DE REVIENT DE L'ACTE MEDICAL

Nous admettrons que, comme un cadre important, le médecin consacre 60 heures par semaine à son activité professionnelle dont 40 en C et V, 20 en documentation, relations avec les confrères et activités gratuites telles que visites de malades hospitalisés, nouvelles données aux familles des malades.

Nous supposons la fréquence des visites égale à un tiers de celle des consultations. Le médecin, correctement aidé et servi, peut accomplir une visite en 20 minutes et une consultation en 15 minutes (il ne remplit pas les papiers, dicte au magnétophone l'ordonnance, les notes pour fichier, etc.).

Un coefficient d'utilisation du temps de travail doit être prévu pour tenir compte :

- de l'irrégularité dans le temps de la demande médicale,
- de l'existence d'actes plus longs car 1/4 d'heure par C et 20 minutes par V ne couvrent pas tous les actes,
- des perturbations dues aux urgences.

En effet, de même qu'on ne peut remplir des avions à 100% par location, de même qu'une clinique ne peut occuper à 100% ses lits ou un théâtre ses places, de même les horaires des malades et des appels ne peuvent assurer le travail permanent du médecin. Dans les cas cités, une très bonne gestion assure 80% des possibilités. Nous posons donc que $3 C + V$ prennent 65 minutes, soit $\frac{13}{12}$ d'heure

et que 40 heures à 80% = 32 heures, correspondant à $88 C + 30 V$ (118 actes). Le nombre annuel des actes est donc de $46 \times 118 = 5\,428$ actes. L'activité rémunérée du médecin représente, par an, $32 \times 46 = 1\,472$ heures. L'heure revient donc en moyenne à $209\,000/1472 = 142$ F.

La différence V - C doit couvrir les frais de la voiture principale sur $46 \times 30 V = 1\,380 V$, soit environ 7,70 F et 1/13 d'heure du médecin, c'est-à-dire 11,30 F

Nous retiendrons

$$V - C = 19 \text{ F}$$

Les 1 380 visites donnent ainsi lieu à un total de valeur des déplacements de 26 220 F.

Restent à percevoir :

$209\,000 - 25\,220 = 182\,780$ F pour 5 423 actes d'où

$C = 33,70$ et $V = 52,70$ première estimation.

Remarques

1) Nous avons établi théoriquement le nombre annuel courant d'actes : il correspond assez exactement à celui effectué actuellement selon les statistiques, dans une clientèle de moyenne importance, dans de mauvaises conditions. Mais l'unité de soins bien conçue améliore les conditions de travail et par suite la qualité des actes : elle permet la gratuité d'actes qui entrent dans les statistiques considérées. Nous n'avons en effet considéré ici que des actes médicaux nobles, à l'exclusion de tous actes administratifs, assurés par le secrétariat, et de tous actes pratiqués par l'infirmière (injection I.M., I.V. même à domicile, pose et surveillance de perfusions, petits pansements, vaccinations et même certains transports de blessés en urgence). Ces actes, cotés en AMM, ne sont de nature à modifier que de quelques pour cent les prix de revient de l'unité de soins (5% maximum soit environ 1 AMM pour 2 C). Pour en tenir compte, nous ramènerons **C à 32 et V à 50 et l'heure du médecin à 135 F.**

Par contre, une telle suppression d'actes mineurs (habituellement cotés en C ou V lorsqu'ils sont exécutés par le médecin) constituerait une source importante d'économie pour la Sécurité Sociale.

2) Une loi fiscale équitable pourrait permettre de réduire ces tarifs.

Reprenons les termes de la comparaison fiscale entre médecin exerçant dans le régime fiscal actuel et cadre salarié en tenant place.

L'Etat perçoit sur le cadre	6 660 F (II C a)
sur le médecin	35 714 F (II C c)
soit une différence de	29 054 F

Tout se passe donc comme si le cadre tenant l'unité de soins avait à verser une sorte de T.V.A. de 29 000 F. Si ce supplément d'impôt était une T.V.A., il ne porterait que sur la valeur ajoutée, en sus des frais c'est-à-dire sur 104 560 moins cette T.V.A., c'est-à-dire sur environ $104\ 000 - 29\ 000 = 75\ 000$ F.

Dans le mode actuel d'exercice de la médecine, le surplus d'impôt équivaut à une T.V.A. de 29 000 F frappant une valeur ajoutée de 75 000, son taux étant donc de 38%.

3) Les calculs ont essayé de serrer de près la réalité actuelle ; mais celle-ci est instable. Si, à nouveau les prix et salaires devaient augmenter sans remaniement des tranches de la surtaxe progressive, nous aboutirions rapidement à des conclusions effarantes et inacceptables (3 à 4 fois le salaire d'un cadre important, pour rester en situation comparable).

C'est dire toute l'importance d'une révision de notre fiscalité qui menace de supprimer toute possibilité d'exercice libéral. La solution est dans l'existence à la fois d'une réfaction puisque nos revenus sont intégralement déclarés et d'un groupe III qui réserve nos correctifs.

Ceci fait, si l'Etat veut préserver ses rentrées, qu'il nous applique une T.V.A., s'il l'ose. Ce sera du moins rendre publique la part de charges fiscales que comporte l'acte médical et nous n'aurons plus l'air de réclamer des honoraires astronomiques.

IV - CONCLUSION

Nous avons envisagé le fonctionnement d'un cabinet médical comparable aux installations des membres d'autres professions libérales, avec des locaux adaptés, sans luxe, mais corrects et fonctionnels, avec le personnel indispensable pour que le médecin se consacre à son art sans ruiner sa santé, sans gâcher sa vie familiale, sans gaspiller ses compétences et ses possibilités techniques à des besognes d'employé, sans être exposé à subir la dégradation morale qu'est la multiplication des actes factices ou rapides.

Parmi les chiffres cités, au passage, quelques uns méritent de retenir l'attention :

1. L'heure du médecin vaut 135 F
2. $C = 32$ $V = 50$ sont une estimation normale pour des actes véritables et de qualité. Et de tels chiffres demeurent raisonnables, comparés au prix de bien des services qui ne valent pas un acte médical.
3. L'injustice fiscale dont souffrent les médecins, équivaut pour l'acte social par excellence à l'application d'une T.V.A. de super luxe (38%).

Dernier point, mais qui doit faire l'objet d'une étude particulière, une réévaluation objective de l'acte médical devrait évidemment avoir pour contrepartie l'intervention d'un éventuel contrôle paritaire des normes d'activité du médecin.

N.B. : On notera que ce rapport sur le prix de l'acte médical conclut à un prix du C dépassant le Cs (actuellement à 28 F) et à un prix du V dépassant le Vs (actuellement à 38 F). La revendication du $C = Cs$ et $V = Vs$ est donc bien une position minimum, très modérée sur le plan du pur calcul économique.

CONTRATS DE PROGRES ET HONORAIRES MEDICAUX *

par Guy LAMBERT

Afin de bien marquer un tournant dans l'évolution sociale, les pouvoirs publics ont décidé de lancer des contrats de progrès. Il s'agit, essentiellement, d'une sorte d'indexation assez originale. Au lieu de relever, régulièrement, les salaires en fonction du coût de la vie, il est décidé, entre les employeurs et leurs salariés, de faire progresser les rémunérations en tenant compte de l'expansion d'une part, des hausses de prix d'autre part.

La question que se posent de nombreuses catégories de Français, depuis que cette innovation a été lancée par l'E.D.F. et le Gaz de France, est bien précise : "En ce qui nous concerne, quels devraient être nos revenus, nos honoraires, nos tarifs, etc. ? "

- Comment se détermine le taux de progrès ?
- Quels ont été les indices de la médecine ?
- Dans quelle mesure conviendrait-il de revaloriser les honoraires médicaux ?

Si la question est soulevée par tout le monde, il est bien difficile d'avancer, commodément, une réponse : avec un franc fondant, qui perd de sa valeur d'année en année, le non-spécialiste est quelque peu désarmé quand il veut mesurer l'évolution du progrès - ne serait-ce qu'en fonction de la production nationale.

P.I.N. ou P.N.B. ?

Pourquoi le problème de la revalorisation des salaires a-t-il été, d'abord, à l'ordre du jour dans des entreprises nationalisées ? Parce que, ces firmes, situées à mi-chemin entre le secteur public et le secteur privé, ont toujours cherché à tirer parti à la fois des avantages de l'un et de l'autre. Elles ont donc été amenées à comparer les indices caractérisant les progrès assurés aux salariés français moyens, ainsi qu'aux fonctionnaires. Le problème soulevé par les délégués syndicaux est facile à comprendre : "Est-ce que nous obtenons la juste rémunération du gâteau national qui nous revient ? " ont-ils demandé.

Restait, encore, à déterminer ce fameux gâteau de la production. Même la grande Presse a été amenée à comparer, parallèlement, deux des critères examinés couramment par les experts :

● LE P.I.N.

Produit Intérieur Net - correspond à la totalité des valeurs ajoutées de tous les secteurs de production. Il s'agit de ne tenir compte que de la valorisation opérée en cours de transformation, ou de distribution. Les calculs sont effectués, selon le jargon des spécialistes, "AU COUT DES FACTEURS ! ".

● LE P.N.B.

Produit National Brut - fait intervenir un certain nombre de travaux de contrôle (confiés la plupart du temps à des fonctionnaires).

On y trouve, en outre, un relevé des droits de douane, etc. Plus il y a de paperasseries administratives, plus on embauche de C.R.S., plus la facturation des opérations bancaires est élevée, plus le pays a l'air d'être riche !

On retient, dès lors, dans les estimations l'expression "AU PRIX DE MARCHES".

(*) Extrait de l'Association des Syndicats du District Parisien

C'est pourquoi, par rapport à la base 100 = 1959, si le P.I.N. n'atteint que la cote 242 (ayant donc progressé de 142%) le P.N.B., sera en 1970 au sommet de 271 — ayant progressé de 171%.

Le problème qui se pose est donc de savoir, si les indexations de salaires doivent s'effectuer en tenant compte de l'une ou de l'autre des références - une solution transactionnelle a été retenue par l'Electricité et le Gaz de France ; les deux critères sont utilisés conjointement.

Il reste encore à mesurer les retards pris éventuellement par les salariés. On en a une idée précise en jetant un coup d'œil au tableau ci-dessous :

COURSE SALAIRES-EXPANSION

en milliards de francs

	1959	1963	1967	1969	1970
P.I.N. en milliards (en indices)	227 (100)	335 (147)	450 (198)	515 (227)	550 (242)
P.N.B. en milliards (en indices)	260 (100)	405 (156)	572 (220)	646 (249)	704 (271)
Salaires mensuels moyens					
en francs	550	800	1060	1280	1390
(en indices)	(100)	(145)	(193)	(232)	(253)
Salaires mensuels du Fonctionnaire, en francs	500	785	1070	1220	1280
(en indices)	(100)	(157)	(214)	(244)	(256)
Coût de la vie I.N.S.E.E. (en indices)	(100)	(117)	(131)	(147)	(154)
D'après les Syndicats	(100)	(125)	(160)	(181,5)	(190)

On imagine, immédiatement, quelle peut être l'amplitude des litiges qui opposent les délégués syndicaux à l'Etat-Patron. Ce dernier a beaucoup insisté pour que l'on mette en avant le P.N.B. - il s'agissait, sur le plan international, notamment, de montrer que la France était très riche. Malheureusement en 1970 d'après le RAPPORT ECONOMIQUE ET FINANCIER de la loi de Finances, le salaire national moyen étant à 253 sera en avance sur le P.I.N... mais, en retard sur le P.N.B. - puisque ce dernier atteindra la cote de 171 ! Cette "fourchette" (242 pour le P.I.N., 271 pour le P.N.B.) explique pourquoi à l'Electricité de France on a eu recours aux deux critères.

La situation est encore plus compliquée pour les fonctionnaires : si leur indice est supérieur à celui du salaire mensuel français moyen, comme la fonction publique avait 10% de retard sur les moyennes nationales en 1959, on se trouvera l'an prochain, avec un salaire moyen par fonctionnaire, qui sera de 1 280 F alors que le secteur privé relèvera la moyenne jusqu'à 1 390 . . .

Dans ce débat comment se situent les médecins ?

LA CONSULTATION A 21,40 F, LA VISITE A 28,60 F ?

Les médecins du district qui, très rapidement, ont calculé l'indice de leur consultation et de leur visite, aimeraient beaucoup que les pouvoirs publics décident de leur appliquer le mécanisme du contrat de progrès. Voici en effet les chiffres à méditer :

TARIFS DE LA MEDECINE

	1959	1963	1967	1969	1970
Consultations en francs (en indices)	9 (100)	10 (111)	14 (150,5)	16 (177,5)	
Visites en francs (en indices)	12 (100)	15 (125)	20 (166,5)	22 (183,5)	
Evolution du pouvoir d'achat selon l'I.N.S.E.E.					
consultations	—	— 5 %	+ 15,5 %	+ 21 %	
visites	—	+ 7 %	+ 27 %	+ 24 %	
Selon les syndicats					
consultations	—	— 11 %	— 6 %	— 2,5 %	
visites	—	—	+ 4 %	+ 1 %	

REVALORISATIONS

Hypothèses P.I.N.

Consultations (en indices)	9 (100)	13,20 (147)	17,80 (198)	20,40 (227)	21,80 (242)
Visites	12	17,65	23,80	27,30	29

Hypothèses P.N.B.

Consultations (en indices)	9 (100)	14,05 (156)	19,80 (220)	22,40 (249)	26,40 (271)
Visites	12	18,70	26,40	29,90	32,50

Autrement dit, dans l'hypothèse où les pouvoirs publics — mais il est bien certain qu'ils réserveront cette faveur aux seuls médecins fonctionnaires — accepteraient lors de la prochaine révision des conventions qui seront signées au mois de juin prochain, de suivre l'évolution conjointe du P.I.N. et du P.N.B., il faudrait, pour le district, arrêter le chiffre de 21,40 F en ce qui concerne les consultations (la revalorisation étant donc de 34%) et de 28,60 F pour les visites (hausse de 30%). On peut examiner le problème sous un autre angle, en disant que jusqu'à présent, pour 1969, les consultations ont enregistré un retard de 25%, les visites de 23% — si l'on se réfère à l'expansion nationale.

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS

SEANCE DU SAMEDI 2 MARS 1968
(après-midi)

Extraits du compte rendu de séance

La séance est ouverte sous la présidence de M. de VERNEJOU

SITUATION ACTUELLE ET AVENIR DE LA MEDECINE PRATICIENNE

M. LARDY expose les grandes lignes du rapport qu'il a rédigé avec M. GRASSET après la réunion de la Commission d'études nommée à cet effet.

La désaffection des étudiants et des médecins pour la médecine générale est un fait certain ; il a été souligné à diverses reprises les principales raisons qui en ont été données : la nécessité de fournir un effort physique anormal, l'impossibilité d'avoir une vie de famille normale tout en ayant une situation médiocre.

Le rapport soulève d'abord la question de savoir si l'omnipraticien a sa place dans l'organisation de la médecine actuelle.

Pour y répondre il ne peut mieux faire que citer M. VILLEY qui, dans son livre : "Réflexions sur la médecine d'hier et de demain" écrit :

"L'omnipraticien apporte non seulement une présence, une réponse à l'appel, mais un intérêt continu, une prise de responsabilité, un souci permanent tant que dure la maladie. Il n'oublie le malade qu'une fois la guérison obtenue. Nous serions bien coupables de laisser se tarir les vocations de médecine générale."

Il est certain que le rôle du médecin de famille va en s'amenuisant, particulièrement en ville, où les familles recourent directement aux spécialistes, notamment en pédiatrie, en rhumatologie, en gastro-entérologie. Ce rôle est néanmoins très vaste.

Le médecin omnipraticien a en effet la charge de toute la médecine interne, du diagnostic des urgences chirurgicales et médicales et du traitement de ces dernières.

Il est l'éducateur des personnes, des familles et des collectivités sur le plan sanitaire.

La médecine psychosomatique est son domaine. Il connaît l'homme malade dans son milieu, son habitat, son entourage, son travail. Il est le conseiller parfois le confident de tous les drames humains ou familiaux engendrés par la maladie physique ou psychosomatique et finalement, c'est lui qui décide de la thérapeutique et qui en est le responsable le plus direct. Cela suppose une vaste culture médicale et une mise à jour permanente de ses connaissances ; malgré tout il doit faire appel de plus en plus souvent aux spécialistes. C'est alors en fonction des examens biologiques, radiologiques et des avis spéciaux qui lui sont donnés qu'il décide de la thérapeutique.

Par rapport au spécialiste, il a un rôle de synthèse, rôle difficile et exigeant des qualités solides de savoir, de sagesse et de bon sens.

Ainsi que le dit M. VILLEY : "la pratique de la médecine générale par l'expérience variée qu'elle donne est la meilleure école de bon sens et le bon sens en médecine doit avoir le dernier mot."

M. LARDY examine ensuite les causes du malaise existant dans l'exercice de la médecine omnipraticienne. Elles sont d'ordre moral et matériel.

Du point de vue moral, l'omnipraticien voit son prestige diminué aux yeux de l'opinion publique qui attache par contre une valeur quasi mythique au spécialiste.

Du point de vue matériel, il lui est difficile d'organiser son travail efficace et rationnel. En effet :

- ses consultations se font rarement sur rendez-vous pris à l'avance,
- il n'a pas de secrétariat,
- il ne connaît pas la tranquillité nocturne,
- il n'y a parfois pas de synthèse de garde le dimanche,
- les urgences (vraies ou fausses) désorganisent son emploi du temps,
- il assure chaque jour un véritable "secrétariat de mairie" qui l'empêche de donner plus de temps à des tâches plus valables.

Donc, harcelé de jour et de nuit, aux prises avec des tâches subalternes qui pourraient être faites par une secrétaire ou une infirmière qu'il ne peut rétribuer, travaillant à un rythme plus rapide qu'il ne le souhaiterait, obligé de courir sans renseignements précis et à tous moments vers tout appel, parfois injustifié, le découragement l'envahi et le pousse à renoncer.

C'est ainsi que l'on voit trop souvent de bons médecins généralistes chercher une issue vers des formes salariées de médecine préventive.

L'omnipraticien vit dans un paradoxe constant :

- il a les responsabilités les plus lourdes et les plus directes,
- il a le travail le plus difficile et le plus pénible,
- il est celui qui aurait le plus besoin de temps libre pour assimiler ce qu'il doit savoir.

Il est donc nécessaire de réhabiliter moralement d'abord, matériellement ensuite le médecin de famille.

- L'Ordre doit y veiller,
- les Maîtres des Facultés et des hôpitaux doivent collaborer avec l'omnipraticien et faire un effort pour imaginer ce que représente les difficultés, de responsabilités, de courage et de dévouement, l'art médical tel qu'il est pratiqué en ville et à la campagne,
- les spécialistes doivent comprendre et admettre que le généraliste est leur égal, qu'il est le maître d'œuvre qui aura de plus en plus besoin de leur avis sur tel sujet, de leur compétence, qu'ils ne doivent pas le supplanter mais savoir se cantonner dans leur rôle de conseiller technique du généraliste, sans céder à la tentation de devenir eux-mêmes le médecin traitant d'un malade qui leur a été adressé,
- les Pouvoirs Publics doivent prendre leurs responsabilités. C'est en revalorisant convenablement la consultation de l'omnipraticien qui est l'acte fondamental et noble qu'on empêchera sa disparition,

- Pour remplir efficacement son rôle et tenir sa place dans l'organisation sanitaire du pays, le médecin omnipraticien doit tenir constamment à jour ses connaissances. C'est le rôle de l'enseignement post-universitaire.

L'enseignement post-universitaire ne doit pas forcément être obligatoire. Mais il est évident qu'il devrait permettre une véritable promotion de l'omnipraticien.

M. VILLEY intervient dans la discussion du rapport. Il estime qu'à l'époque actuelle tout concourt à dégrader la position du médecin de médecine générale et à faire disparaître la forme de médecine jusqu'ici connue et appréciée et qui cependant pour le malade demeure une nécessité.

Les études médicales actuelles dans lesquelles la clinique est mise au second plan tendent, non plus, à former des médecins praticiens capables de soigner des malades, de faire des diagnostics d'urgence, de prendre des responsabilités sur des symptômes cliniques mais à former des savants, des chercheurs.

Le remboursement préférentiel par la Sécurité Sociale des honoraires des spécialistes constitue pour ceux-ci un traitement de faveur et réalise une hiérarchie fallacieuse entre le spécialiste qui n'est pas dérangé la nuit et a une meilleure situation et le médecin traitant en butte à toutes les difficultés et qui a l'impression d'être considéré comme inférieur.

Enfin, l'organisation hospitalière envahit de plus en plus le domaine de la médecine et, par ses consultations externes, concurrence ouvertement le médecin praticien avec, pour elle, tous les avantages et toutes les facilités.

Ces faits convergents aboutiront fatalement à ce que la médecine générale ne soit plus choisie que par ceux qui n'auront pas été reçus à un concours ou qui n'auront pas obtenu un certificat de spécialités, ce qui peut leur donner des complexes d'infériorité.

Or, M. VILLEY croit foncièrement que la façon dont les malades sont soignés dans un pays dépend d'abord de la qualité du médecin de médecine générale ; lorsqu'un malade est pris d'une douleur aiguë à trois heures du matin, c'est un médecin de médecine générale qui décèlera s'il s'agit d'un infarctus ou d'un ulcère perforé.

Pour répondre aux menaces qui pèsent sur le médecin de médecine générale, M. VILLEY propose trois vœux :

- 1) en ce qui concerne les études médicales, il faut avant tout apprendre la clinique aux étudiants et les juger sur celle-ci ;
- 2) sur le plan de la Sécurité Sociale, il faudrait rapprocher le C du C2 ou Cs ;
- 3) sur le plan hospitalier, il faut d'une façon obligatoire et pour des raisons morales et dans l'intérêt du malade qu'il y ait une correspondance régulière, normale, habituelle entre le médecin traitant et le médecin hospitalier.

FORMATION DES MEDECINS PRATICIENS⁽¹⁾

PAR M.R. VILLEY

I. - REMARQUES GENERALES

La France ne risque pas de manquer de médecins si l'on en juge par la courbe des effectifs de nos Facultés.

Mais les candidats à la médecine ont-ils la vocation de médecin généraliste ? et ceux qui se destinent à la médecine générale auront-ils été bien préparés ?

Cela n'est point certain. Car, interrogés sur leurs intentions, les étudiants répondent en majorité qu'ils souhaitent se spécialiser.

Beaucoup disent, sans préciser, qu'ils ambitionnent "une spécialisation" : formule inquiétante puisqu'elle n'exprime pas une vocation positive pour une discipline particulière ou pour une façon de soigner, mais plutôt un désir d'échapper à la médecine générale, au métier de praticien.

Ils veulent bien être n'importe quoi, sauf médecin généraliste.

Les causes de cette désaffection sont bien connues. L'exercice de la médecine générale, avec ses appels d'urgence, ses visites de nuit, son surmenage constant, la multitude des soucis, est beaucoup plus pénible que la vie professionnelle du spécialiste, le plus souvent du moins.

La rémunération du spécialiste est plus élevée, et le "C2" du spécialiste donne au médecin praticien l'impression qu'il est le parent pauvre de la profession.

Enfin le public établit bien malencontreusement une hiérarchie entre médecin praticien généraliste, et médecin spécialiste de n'importe quoi. Petit à petit, dans l'opinion, celui qui ne s'est pas spécialisé est un "petit médecin".

Aussi, sauf exceptions (car il y a encore de vraies vocations) on ne vise plus la médecine générale.

Il est donc à prévoir et à craindre que ce soient les "laissés pour compte", les moins doués et les moins instruits de nos étudiants, qui fassent les praticiens de demain, non par goût mais comme un pis aller. Et que, sinon la quantité, du moins la *qualité* des médecins généralistes laisse à désirer, même si l'on forme ça et là quelques "internistes" plus complets. Et cela serait grave, car le niveau de la médecine dans un pays dépend au moins autant de la valeur moyenne de ses médecins de campagne que de la richesse de ses installations hospitalières ou des résultats obtenus dans la chirurgie d'avant-garde.

*
* * *

Cette menace qui pèse sur la qualité des médecins généralistes mérite d'autant plus d'être prise au sérieux que la médecine générale exige maintenant des connaissances extrêmement étendues et très précises.

(1) Texte présenté à l'Assemblée des Présidents et Secrétaires généraux des Conseils départementaux le dimanche 20 avril 1969 et adressé à tous les Conseillers de l'Ordre.

Certes, on demandera toujours au praticien de posséder les qualités traditionnelles : le bon sens, le dévouement, l'esprit d'observation, la perspicacité, la prudence, la combativité . . . Mais le savoir est irremplaçable. Et la somme des notions indispensables à posséder pour donner de bons soins est devenue considérable. Le diagnostic est plus exigeant, parce que beaucoup d'affections sont mieux connues que jadis. L'erreur et le retard sont plus préjudiciables, car la plupart des maladies guérissent aujourd'hui, si elles sont soignées correctement et à temps. Les médicaments sont très efficaces, mais leur emploi n'est pas sans risques, et le maniement des traitements doit être très bien connu.

Il est indispensable que les généralistes soient des médecins très instruits.

II. - AVENIR DE LA MEDECINE GENERALE

Avant de rassembler quelques idées sur la formation des médecins praticiens, il convient de réfléchir à ce que deviendront, dans l'avenir, les tâches, les responsabilités, du médecin praticien, et son champ d'action. Car c'est le praticien de demain, non celui d'hier, qu'il faut aujourd'hui former.

Or il est indéniable que le champ d'activité du praticien se transforme et, dans un certain sens, a tendance à se rétrécir. Il est loin déjà de pouvoir embrasser "toute la médecine".

C'est la conséquence de l'importance prise par les techniques dans le diagnostic et le traitement. Nombreux sont maintenant les malades qui ont besoin d'examen et de traitements spéciaux exigeant l'intervention d'un spécialiste. Nombreux aussi sont les cas difficiles et graves qui ne peuvent se passer de la médecine hospitalière.

Même s'il pouvait tout pratiquer, le médecin généraliste ne pourrait plus tout savoir. "La masse des données médicales acquises, dont la connaissance est nécessaire aux soins des malades, a brusquement dépassé les capacités de préhension et de mémoire du médecin. Nul médecin ne peut plus connaître la médecine", dit M. HAMBURGER ("La Médecine, demain". *Presse Médicale*, 3 février 1968).

Peut-on être médecin de famille aujourd'hui ? se demandent certains. D'autres écrivaient il y a trente ans déjà : "Le médecin de famille est mort". A la vérité, cette condamnation n'est pas tellement convaincante. On peut aussi bien soutenir que les gens préféreront toujours connaître le médecin qu'ils appellent pour un cas urgent, ou qu'ils consultent pour une inquiétude, et que malades et familles ont besoin d'un conseiller averti, d'un médecin personnel, même lorsqu'ils ont recours aux établissements de soins.

Mais il n'est pas douteux que l'organisation de la médecine et ses modes d'exercice subiront des transformations. Et l'on peut, grosso modo, distinguer deux tendances opposées dans la manière de voir l'avenir.

A) Ou bien, prenant acte du fait que la médecine devient très technique, et que beaucoup de cas ne sont bien éclaircis qu'avec des examens "complémentaires", on pose en principe que seule la médecine hospitalière peut être perfectionnée et véritablement moderne. On met tous ses espoirs dans le développement de cette médecine hospitalière, et de ses prolongements (consultations externes, et centres de santé).

Aux médecins praticiens revient alors un rôle limité. Répondant à l'appel du malade, ou le recevant en consultation, ils ont à discerner (comme le médecin de bataillon) s'il s'agit d'une affection grave, ou d'un trouble qui demande des investigations approfondies, c'est-à-dire d'un malade à diriger vers l'hôpital, - ou si l'affection, bénigne, justifie seulement la délivrance d'un petit traitement et d'un avis rassurant.

Dans cette optique, le médecin praticien généraliste "dégrossit". C'est un *trieur*. Mais il n'a jamais la responsabilité d'une affection grave, de bout en bout.

Il n'a pas besoin de tout savoir. Il faut qu'il possède bien les éléments permettant de juger qu'un pronostic est sérieux, et qu'il ait une bonne connaissance des "urgences" de toutes sortes. Il est nécessaire aussi qu'il sache ce que d'autres que lui peuvent faire dans les services spécialisés, les *possibilités* de diagnostic et de thérapeutique. Mais peu importe que le diagnostic lui échappe souvent, ou qu'il n'ait pas la pratique de tous les traitements.

B) Ou bien, on prévoit au contraire que les médecins praticiens *continueront à donner à domicile des soins très étendus*. On fait valoir que beaucoup de malades préfèrent toujours être soignés chez eux. La capacité hospitalière n'est d'ailleurs pas extensible indéfiniment, et les soins à domicile sont moins onéreux pour la collectivité.

Certaines maladies, qui ont nécessité à une époque donnée l'hospitalisation, sont maintenant fort bien soignées par les médecins praticiens : ainsi la méningite tuberculeuse, et nombre d'autres infections.

Nombreux aussi sont maintenant les traitements au long cours des maladies chroniques : traitements anticoagulants, traitements anticancéreux, traitements par les corticoïdes, etc . . . Même lorsqu'ils ont été établis et entrepris dans un service spécialisé, il est nécessaire que la surveillance puisse en être poursuivie par un médecin proche du malade.

Ces remarques ne risquent guère de devenir caduques.

*
* *

Cette seconde manière d'envisager l'avenir est la nôtre ; nous pensons que ce serait une erreur de vouloir restreindre la compétence des médecins praticiens.

Voici deux des raisons qui nous conduisent à le penser :

1) Nous croyons que l'idée de "médecins-trieurs" est une idée trop théorique. Pour bien orienter les malades il faut avoir une expérience très complète de la médecine (l'expérience des praticiens d'aujourd'hui). Un médecin qui toute sa vie ne ferait que du tri aurait vite une optique déformée, et il est très probable qu'il en arriverait à voir très médiocrement un nombre trop élevé de patients.

2) La distinction entre cas sérieux et cas bénins correspond mal à la réalité, *il n'y a pas de petite médecine*. Tel symptôme banal peut correspondre à une affection grave de diagnostic difficile. La médecine la plus difficile à bien faire est souvent la plus courante. Ainsi le diagnostic de la cause d'une céphalée, ou d'un état fébrile, n'est pas moins difficile, ni moins important, que l'identification d'une maladie rare dans un service spécialisé, à grand renfort d'examen perfectionnés.

Le médecin généraliste doit pouvoir faire face à des responsabilités très diverses et qui ne sont jamais mineures. Il y aurait danger à concevoir une formation relativement courte de médecins du premier échelon. La formation de tous les médecins, celle du généraliste au moins autant que les autres, doit être très complète et approfondie.

*
* *

Mais on doit tenir compte de l'évolution déjà très nette à l'heure actuelle, et qui sans doute ne fera que s'affirmer.

Le médecin praticien de plus en plus aura besoin de travailler en liaison avec des spécialistes et des services hospitaliers. Il faut dès les études médicales donner l'habitude de cette collaboration, et l'amorcer.

Le médecin praticien ne sera plus toujours un isolé : il appartiendra souvent à un "cabinet de groupe", formule qui a l'avantage d'apporter remède au surmenage, et de faciliter le perfectionnement du médecin. Les méthodes de travail des services hospitaliers peuvent le préparer à l'esprit de collaboration.

La médecine préventive doit tenir une place de plus en plus importante, au fur et à mesure qu'elle devient plus efficace. Il faut infuser aux étudiants en médecine un esprit de prévention, et les préparer à être les auxiliaires persévérants des autorités sanitaires.

III. - CONTENU ET MODALITES DE L'ENSEIGNEMENT

Nous indiquerons d'abord quelques principes avant d'entrer dans les détails.

Principes

1) La primauté de *l'enseignement clinique* et de *l'enseignement de la pathologie* pour les futurs médecins praticiens ne peut pas faire de doute. Leur formation ne saurait être la même que celle des futurs chercheurs ou de futurs enseignants.

Mais ce principe ne s'oppose pas à ce qu'il y ait un "tronc commun" au départ.

2) Tous les futurs médecins généralistes doivent accomplir un *stage dans toutes les disciplines* sans exception, afin d'acquérir une idée concrète des ressources de chaque spécialité en procédés d'investigation et en possibilités thérapeutiques.

3) Il est utile que les futurs praticiens, surtout au cours de leurs dernières années d'études, assistent ou prennent part aux consultations externes des hôpitaux. C'est seulement dans ces consultations qu'ils auront l'occasion de voir certaines catégories de malades, dans des conditions qui se rapprochent de leur exercice professionnel futur.

4) Il y a lieu de faire une place *très* importante à *la Pédiatrie*, qui forme une grande partie, délicate, et d'intérêt primordial, de la médecine générale.

Il faut aussi qu'un futur généraliste reçoive une formation *psychiatrique* suffisante au cours de ses études (formation théorique, stages dans les services psychiatriques d'hospitalisation, et consultations externes de psychiatrie).

5) Il est indispensable que les futurs praticiens *prennent la garde*, un grand nombre de fois, de jour et de nuit, au cours de leurs études, et assistent à la réception des malades et blessés, à leur examen et aux soins donnés par les internes de garde ou les médecins résidents.

Il importe en effet qu'ils aient vu de près les "urgences" chirurgicales, médicales, et de spécialité.

6) L'étudiant en médecine doit acquérir au cours de ses études non seulement des connaissances, mais une *méthode de travail personnel*, qu'il soit familiarisé avec les recherches bibliographiques, guidé dans sa documentation, incité à se constituer des dossiers personnels.

7) Il y a intérêt à ce que les méthodes d'enseignement, de dernière année, se rapprochent de celles de l'enseignement universitaire ou se confondent avec elles, afin que s'amorce tout naturellement *l'enseignement permanent* du médecin.

Points particuliers

SCIENCES FONDAMENTALES.

Elles sont indispensables, mais lors de la précédente réforme des études le programme concentré dans les deux premières années était trop ambitieux, du moins pour les futurs médecins praticiens. Les connaissances absorbées pour l'examen étaient d'ailleurs bientôt oubliées en grande partie.

Le futur généraliste n'aura pas le temps de tout approfondir. Ce qu'il lui faut savoir des sciences fondamentales ce sont les notions de toutes celles qu'il est nécessaire de posséder pour comprendre la pathologie c'est tout. Libre à lui plus tard, à la fin de ses études s'il le désire de refaire un certificat facultatif de physiologie ou de chimie.

Pour chaque science fondamentale :

Anatomie,
Physiologie,
Chimie biologique,
Physique médicale,
Histologie,
Hématologie,
Bactériologie,
Immunologie,
Génétique,
Embryologie,

on peut distinguer trois degrés :

a) *des notions élémentaires*, que tous les étudiants doivent apprendre au cours du premier cycle (tronc commun) et savoir solidement à la fin de ce premier cycle.

b) quelques *chapitres plus détaillés* dont l'enseignement peut être incorporé à l'enseignement de la *pathologie* au cours du 2^e cycle qui reprendra par exemple l'étude de l'équilibre acide-base à propos du diabète, de l'insuffisance rénale, ou de l'insuffisance respiratoire et reprendra l'histologie sous forme d'anatomie pathologique dans les différents chapitres de la nosologie, etc.).

c) *les études approfondies*, réservées aux spécialistes, aux futurs enseignants, aux futurs chercheurs, au cours du 3^e cycle, sous la forme de certificats par exemple.

Les futurs médecins praticiens ont seulement besoin de recevoir les deux premiers degrés de ce programme.

Les *travaux pratiques* des sciences fondamentales (dont l'organisation est lourde et coûteuse) ont une utilité réduite pour les futurs praticiens et pourraient être allégés.

SEMEIOLOGIE.

L'étude de la séméiologie doit être faite au cours du premier cycle, et le programme de séméiologie doit être su à la fin de ce cycle.

Des cours magistraux de séméiologie, qui pourraient certes être pleins d'intérêt, ne paraissent pas indispensables. *La séméiologie est le catéchisme du médecin, elle doit être apprise par cœur.* La méthode d'enseignement souhaitable pour cette discipline, parce qu'elle a le meilleur rendement, est celle des *anciennes conférences d'externat* : interrogation écrite corrigée en commun.

Le mieux est de l'enseigner seulement sous cette forme. Des commentaires plus nuancés auront l'occasion d'être donnés ultérieurement, au cours de l'enseignement clinique, au lit du malade.

PATHOLOGIE.

La Pathologie peut être enseignée au cours de tout le 2e cycle, une fois bien connues les notions élémentaires des sciences fondamentales et la séméiologie.

Les *cours magistraux* sont ici nécessaires. Il est facile de les agrémenter par la présentation d'une iconographie appropriée. Mais l'influence personnelle de celui qui fait le cours peut être très sensible, elle provoque souvent une participation plus active de l'esprit chez les auditeurs, et peut laisser plus de traces durables que les méthodes dites audio-visuelles. Un équilibre doit être cherché entre l'exposé magistral et l'iconographie commentée.

Dans les leçons de pathologie doivent être introduites les notions de sciences fondamentales utiles à la compréhension de la maladie que l'on enseigne. C'est le principe de ce que l'on appelle l'enseignement "intégré", mais il est préférable d'éviter les leçons trop longues ou trop nombreuses sur le même sujet, de ceux qui veulent trop bien faire : le programme risque alors de lasser les auditeurs.

Les exercices sur le modèle des classiques conférences d'internat nous paraissent aussi indispensables pour tous : interrogations écrites sous forme de question de pathologie à écrire en 1 heure ou 1 heure et demie, corrigée en commun.

Enfin il faut inciter les étudiants à un *travail personnel*, qui ne consiste plus seulement, dans ce deuxième cycle, à apprendre des "questions" ou des plans photocopiés. La lecture des ouvrages de médecine et des publications des sociétés savantes est beaucoup trop négligée actuellement par ceux des étudiants qui ne poursuivent pas les carrières hospitalières. Il faut les guider dans les lectures, leur fournir des indications bibliographiques : nous reparlerons de cela plus loin.

ENSEIGNEMENT CLINIQUE.

C'est pour le futur généraliste, la partie capitale de l'enseignement pendant le 2e et le 3e cycle. L'expérience montre que l'étudiant n'assimile bien les notions théoriques de pathologie et même de sciences fondamentales que lorsqu'il en a vu concrètement l'application à propos d'un malade, dans l'atmosphère toujours plus ou moins émouvante de l'hôpital.

Evidemment la "clinique" doit être une clinique moderne, scientifique : "Le médecin de notre époque doit être un clinicien qui pense en biologiste".

Mais elle permet un enseignement nuancé et véridique. Cet enseignement n'est pas dogmatique : il a l'occasion de montrer les difficultés et les incertitudes, les inconnues, l'orientation des recherches, l'appréciation des hypothèses, des preuves, la pesée des risques.

Autant que la substance scientifique, l'enseignement clinique doit donner une tournure d'esprit, un mode de raisonnement, et aussi le sens du cas particulier, le souci de l'individu.

Dans le même temps, par l'exemple, et par "osmose", cet enseignement infuse des notions de psychologie du malade, et aussi fait comprendre les responsabilités du médecin. Il peut être, si l'on veut s'en donner la peine, l'occasion quotidienne de faire allusion à l'aspect social de l'activité médicale, et ceci d'une manière qui portera beaucoup plus que les explications théoriques.

L'enseignement clinique ne peut être donné qu'à de petits groupes d'étudiants (une dizaine). Selon l'orientation des services, la formule qui convient peut être la visite classique au lit du malade, ou la présentation commentée d'un malade, ou l'assistance à une consultation externe.

L'étudiant, d'abord, assiste à la présentation des malades. Le plus tôt possible il doit être entraîné à examiner lui-même, prendre des observations écrites, et présenter lui-même certains malades.

A entendre la discussion du diagnostic et du traitement, puis à participer à cette discussion. Il appartient aux enseignants de clinique de veiller à ce que cette discussion consiste bien à faire une synthèse des données puis un examen critique des hypothèses possibles, et non pas, comme on le voit faire trop souvent aujourd'hui, à faire paresseusement la liste des examens complémentaires que l'on demande et dont on attend le diagnostic !

CHIRURGIE.

Le futur médecin praticien a besoin de faire plusieurs stages en chirurgie :

- l'un relativement court durant le premier cycle dans les salles de malades plutôt que les salles d'opération pour se familiariser avec les plaies, les soins donnés aux traumatisés et aux opérés, en même temps qu'on lui enseignera la séméiologie externe (stage d'initiation),
- un autre au cours du deuxième cycle pour donner une forme concrète à l'acquisition de la pathologie chirurgicale,
- un autre encore plus tard, au cours du 3e cycle, alors que les acquisitions de pathologie sont suffisantes pour bénéficier de l'enseignement incomparable des salles d'opération. Il est souhaitable que ce troisième stage puisse être divisé en plusieurs courtes périodes passées dans divers services de chirurgie spécialisée.

Dans les services de chirurgie, l'étudiant de troisième cycle doit pouvoir s'entraîner, par la présentation de malades, à l'épreuve de clinique chirurgicale.

OBSTETRIQUE.

Tous les médecins généralistes doivent évidemment avoir effectué un bon stage en obstétrique. Mais un grand nombre d'entre eux ne pratiqueront pas d'actes obstétricaux au cours de leur carrière.

On pourrait envisager un stage obligatoire, au cours du deuxième cycle, et la possibilité pour ceux qui le voudraient, au cours du troisième cycle, de faire des stages complémentaires d'obstétrique en remplacement de certains stages de médecine ou de chirurgie. Il pourrait y avoir là une possibilité, pour un étudiant se préparant à la médecine générale, d'amorcer l'acquisition d'une "compétence" obstétricale.

PEDIATRIE.

Comme nous l'avons dit plus haut, la place de la pédiatrie dans les études du médecin généraliste doit être très importante. Un minimum, de *dix-huit mois* dans les services d'enfants devrait être exigé de tous, dont *une année entière au cours du troisième cycle* : ceci parce que la pédiatrie est difficile, et parce qu'elle englobe toute la pathologie.

PSYCHIATRIE.

Nous avons déjà dit que le médecin généraliste avait besoin d'une bonne formation psychiatrique.

Cette formation doit être triple :

- formation théorique, qui gagnerait à être donnée *assez tôt*, au cours du deuxième cycle, sous forme de cours théoriques, avec un programme relativement simple.
- stage dans un service hospitalier de psychiatrie.
- assistance à des consultations de psychiatrie et à des présentations de malades.

PSYCHOLOGIE.

La meilleure formation psychologique nous paraît être celle que reçoit, par l'exemple et les commentaires sur des cas pris sur le vif, l'étudiant au cours de ses stages cliniques. Il ne nous paraît pas indispensable qu'un enseignement théorique de psychologie soit dispensé au début des études : car il risque à ce stade de donner des idées systématiques, au nom desquelles, plus tard, en forcera les faits.

Par contre, il est inutile de donner aux futurs médecins, en dernière année d'études, quelques leçons de psychologie dont la substance sera par eux très utilement confrontée avec les expériences déjà acquises.

SPECIALITES.

Il faut exiger que tout futur médecin généraliste ait accompli au moins un stage dans toutes les disciplines sans exception : car il aura besoin d'être averti des possibilités de chaque service en matière d'investigation et de thérapeutiques.

Aucune spécialité ne doit être oubliée, ni les services d'urgence et de réanimation, ni les salles d'autopsie, ni les services de rééducation fonctionnelle, ni la cancérologie, ni la radiologie, ni même la stomatologie.

GARDES.

Au cours du troisième cycle les étudiants se destinant à la médecine générale doivent par roulement prendre la garde avec l'Interne responsable dans les services d'admission ou dans les services d'urgence.

MEDECINE PREVENTIVE.

L'Hygiène, l'Epidémiologie, l'Action Sanitaire et Sociale, font l'objet d'un enseignement théorique au cours du troisième cycle.

Mais en outre il faut que l'esprit de prévention soit infusé tout au cours des études, notamment dans l'enseignement clinique de Pédiatrie, de Maladies Infectieuses, de Chirurgie, de Cardiologie, etc...

FORMATION SOCIALE, ECONOMIQUE, JURIDIQUE.

Le programme et l'enseignement existent depuis peu.

Il reste d'une part à développer ce programme pour en faire l'enseignement médico-social que tout le monde réclame.

D'autre part, il est évident que de même que la médecine du travail jadis enseignée par les chaires de médecine légale s'en est détachée et est devenue autonome quand elle est arrivée à un stade suffisant de développement, le nouvel enseignement doit acquérir lui aussi son autonomie et être détaché du cadre trop étroit et trop particulier de la médecine légale.

Ceci facilitera d'une part son organisation, d'autre part le recrutement des enseignants : on peut envisager que ceux-ci seront choisis d'une part parmi les professeurs et agrégés de médecine légale qui s'y sont spécialement consacrés (comme jadis pour la médecine du travail), d'autre part parmi d'autres disciplines où pourront être recrutés des médecins connaissant ces questions et aptes à les enseigner.

Le rapport du Pr Jean BERNARD au Haut Comité médical de la Sécurité Sociale et préconisant une collaboration entre cet enseignement et le contrôle médical des Caisses de Sécurité Sociale est un exemple des possibilités actuelles en ce domaine.

IV. - METHODES DE TRAVAIL

Le travail personnel

L'enseignement des futurs médecins ne doit pas être un enseignement passif, mais aussi actif que possible. Il faut que l'étudiant apprenne à travailler par ses propres moyens, et soit guidé et aidé dans la mise au point de sa méthode.

C'est là une chose bien différente du "dialogue" que l'on a tant réclamé, et qui n'a de sens qu'entre personnes compétentes. Il s'agit d'apprendre à travailler, et non à discuter comme les scholastiques.

Dès le premier cycle, à l'occasion des enseignements dirigés de séméiologie (et de sciences fondamentales) sur le modèle des *conférences d'externat*, et au cours du deuxième cycle lors des conférences du type "internat", des conseils doivent être donnés.

Nous pensons, d'autre part, que l'on pourrait envisager une transformation du fonctionnement des *bibliothèques* de nos Facultés ou Ecoles de Médecine. Il conviendrait d'abord que celles-ci soient ouvertes aux étudiants en permanence, de 8 heures à minuit. On devrait en outre y trouver un ou plusieurs *chefs de travaux* qui guideraient les étudiants, leur montreraient comment conduire la recherche d'une documentation bibliographique, les aideraient aussi à consulter des collections iconographiques ou radiologiques.

Il semble qu'il y ait là un effort intéressant à tenter, qui pourrait d'ailleurs être utilisé aussi, dans le cadre de l'enseignement permanent, par les médecins désireux d'en bénéficier.

Ultérieurement la prise des observations et la participation aux activités hospitalières, fourniront d'incessantes occasions de perfectionner les méthodes de travail.

Formation de la personnalité

La formation de l'homme, du médecin, ne doit pas être sacrifiée à la science, à l'absorption des connaissances. Au cours de ses études le futur praticien doit former son bon sens, son esprit critique, son sens de la responsabilité, et aussi son courage, son sens civique et social, la compréhension de ses devoirs. Il doit devenir homme de décision, apprendre à assumer son métier seul.

L'exemple quotidiennement donné par de plus expérimentés que lui dans les services de clinique, et les conseils et observations qu'il recevra sont les moyens de cette formation.

Il est en outre éminemment souhaitable, et de première importance, que l'étudiant en médecine à partir d'un certain moment ait sa part de responsabilités dans les services hospitaliers. C'est ce qui a été institué, depuis longtemps mais d'une manière insuffisante, avec le "stage interne" de fin de scolarité pour les étudiants non pourvus de titres hospitaliers, et ce que réalise plus substantiellement dans la période actuelle ce que l'on appelle "l'externat pour tous".

Mais, le succès de cette entreprise est subordonné aux capacités (en malades) des services capables de dispenser un bon enseignement. Si les effectifs d'étudiants restent élevés une sélection redeviendra nécessaire, sous une forme ou sous une autre. Il nous semble d'ailleurs que l'on doit conserver ou rétablir une hiérarchie parmi les étudiants "hospitaliers" : on ne peut confier des malades qu'à ceux qui font la preuve de leur compétence et de leur volonté de travailler. Nous pensons qu'il est salutaire que les fonctions rémunérées soient l'enjeu d'un effort particulier.

Il nous semble que :

- le premier cycle, d'une durée de 2 ans, devrait se terminer par un examen écrit portant sur les sciences fondamentales (notions élémentaires) et sur la séméiologie ; examen dont le programme devrait être soigneusement limité mais la correction impitoyable. C'est au début des études qu'il faut décourager ceux qui ne sont pas capables d'apprendre.
- à la fin du deuxième cycle, d'une durée de trois ans, auraient lieu les épreuves obligatoires de Pathologie ; trois ou quatre épreuves écrites, dont une comportant un chapitre de biologie.
- le troisième cycle verrait prendre des voies différentes ceux qui voudraient poursuivre une carrière hospitalière, ceux qui s'orienteraient vers la recherche scientifique, ou l'enseignement, ceux qui choisiraient une spécialisation, et les médecins généralistes.

Pour ceux-ci, le troisième cycle aurait encore une durée de trois ans. Au cours de ces trois années, l'étudiant devrait passer des certificats (ou "valeurs") dans certaines disciplines, telle la Pédiatrie, la Psychiatrie, l'Hygiène et la Prévention, la Thérapeutique.

A la fin du troisième cycle il passerait ses épreuves cliniques, qui ne consistent plus à exposer une question mais à discuter l'observation d'un malade. Peut-être aussi devrait-il rédiger un devoir de pathologie sous la forme de "Diagnostic de . . ." (Diagnostic des douleurs épigastriques — Diagnostic des exophtalmies — etc.) forme qui reprend dans une sorte de séméiologie supérieure les connaissances nosologiques, et qui correspond à la tournure d'esprit que l'on doit attendre d'un médecin praticien.

La thèse

La thèse en médecine est bien dévaluée, et on est tenté d'en faire le facile procès, et d'en demander la suppression, pour les futurs praticiens.

Cependant elle constitue, pour la plus grande partie des étudiants, la seule occasion dans toutes les études, et peut-être dans la vie entière, d'aller au fond des choses dans l'examen approfondi d'une question limitée, de faire une bibliographie complète, de retourner un sujet sous tous ses aspects, d'y réfléchir profondément.

Nous souhaiterions donc que soit gardée l'obligation de produire en fin de scolarité un travail écrit. La cérémonie de la "soutenance" devrait reprendre sa signification originale, et être un véritable examen au cours duquel le jury peut parfaitement se rendre compte par les questions posées si le travail a bien été personnel et fait sérieusement, et à l'issue duquel le candidat n'est pas forcément admis. Le candidat ne serait tenu de remettre son texte qu'à ses juges seuls ; l'impression de la thèse, si elle le méritait, ne serait décrétée et subventionnée qu'après la soutenance.

Stage auprès du praticien

Le stage auprès d'un praticien, très discuté actuellement, ne nous paraît pas devoir être retenu. Outre qu'il soulève diverses difficultés déontologiques, matérielles, et de responsabilité, il ne réaliserait, selon nous, des conditions fructueuses de travail que dans un petit nombre des cas.

Stage infirmier

On a très pertinemment suggéré que les étudiants en médecine, au début de leur premier cycle, soient tenus d'effectuer un stage infirmier dans les services hospitaliers.

Nous n'y voyons aucune objection de principe et en reconnaissons l'intérêt. Mais la chose nous paraît très difficile à réaliser pour les importants effectifs d'étudiants qui sont les nôtres actuellement. Une unité de soins ne pourrait, sans perturbation sérieuse du travail des infirmières, prendre à la fois plus de deux ou trois étudiants pour un tel stage.

V. - CONCLUSIONS

On l'a vu, nous avons pris parti, dans les suggestions qui précèdent, contre les projets qui envisagent la formation en 6 années de praticiens généralistes considérés comme devant remplir une tâche limitée de trieurs, de pourvoyeurs des hôpitaux, et de thérapeutes des cas bénins, tandis qu'on demanderait 9 à 12 ans d'"études supérieures de médecine" pour les spécialistes et les médecins hospitaliers.

Persuadé que la médecine générale est toujours difficile, et que ses responsabilités sont considérables, nous souhaitons pour ceux qui se destinent à l'exercer une *formation aussi complète que possible s'étendant au moins sur 8 années.*

Notre objectif est que les médecins praticiens ne soient pas recrutés parmi les plus médiocres, et que l'orientation vers la médecine générale soit le fait d'un choix effectué par l'étudiant à un moment adéquat de ses études.

Le 1er cycle, de 2 ans, consacré aux notions scientifiques élémentaires et à la séméiologie, et le 2e cycle, de 3 ans, consacré à la Pathologie et à différents stages, constitueraient à eux deux le tronc commun pour tous les étudiants en médecine.

Ceux qui à la fin du 2e cycle opteraient pour la médecine générale feraient un 3e cycle de 3 ans *conçu pour eux*, comportant une importante activité hospitalière et l'acquisition de certains certificats, et se terminant par des examens cliniques difficiles et l'élaboration d'une thèse.

L'option pour la médecine générale devrait donc se faire à la fin du 2e cycle, c'est-à-dire au bout de 5 années d'études.

Mais il faut qu'il soit toujours possible, en prolongeant les études, pour un généraliste de faire un certificat de spécialité ou de postuler une carrière scientifique, ou pour un candidat spécialiste ou hospitalier de rejoindre la médecine générale, à la condition de refaire le 3e cycle correspondant.

L'option au bout de 5 années nous paraît raisonnable, car il est bon d'avoir une expérience de divers services pour voir clair dans ses propres aptitudes et ses goûts. Une vocation (véritable) pour une spécialité, ou pour la médecine générale, n'est sérieuse que lorsqu'on a pu se faire une idée des différentes possibilités.

Les vocations pour la médecine générale seront-elles assez nombreuses ? cela dépendra sans doute des conditions d'exercice des médecins généralistes.

Il semble que l'on ait maintenant bien compris que l'accès aux études de médecine ne doit pas être réservé à ceux qui sortent des sections scientifiques de l'enseignement secondaire. Cela nous paraît très important.

L'exercice de la médecine demande autant d'aptitudes littéraires que scientifiques. La description des symptômes, la prise des observations, le raisonnement médical, le choix entre les hypothèses, et aussi bien entendu la compréhension de la personnalité du malade, sont en très grande partie des activités mentales de type littéraire.

Il est par conséquent excellent d'envisager pour la première année du premier cycle deux sections distinctes, selon la nature du baccalauréat obtenu. Les littéraires pourront recevoir dans leur section un enseignement scientifique de rattrapage, et il n'y aurait aucun inconvénient à ce que les scientifiques soient soumis à quelques exercices littéraires.

Il est souhaitable de voir disparaître la section des "Sciences Expérimentales" qui engage vers la médecine des sujets dont le niveau littéraire et le niveau scientifique sont insuffisants.

UNE NOUVELLE SPECIALITE : LA MEDECINE GENERALE *

PAR LE PROFESSEUR CLAUDE LAROCHE

Il peut sembler paradoxal de proposer la création d'un certificat d'études spéciales de généraliste, ce terme même paraissant l'antithèse de la spécialisation. C'est pourtant à cette suggestion que se sont ralliés divers groupements professionnels, aussi bien à l'étranger qu'en France, dans le but de revaloriser la situation morale et matérielle du médecin de famille.

Le paradoxe n'est d'ailleurs qu'apparent, car de quoi s'agit-il ? D'admettre un état de fait, à savoir le caractère archaïque et dépassé de l'omnivalence du diplôme de docteur en médecine sous sa forme actuelle, et d'organiser un enseignement post-doctoral permettant au futur omnipraticien d'acquérir les connaissances théoriques et surtout pratiques qui lui manquent au terme de ses années universitaires.

Ces deux propositions correspondent à peu près aux critères qui ont pratiquement précédé à la création des diplômes de spécialités : à savoir la limitation de l'exercice de la médecine dans un secteur bien déterminé, et l'étude approfondie de tous les problèmes médicaux concernant ce secteur.

La plupart des spécialités sont nées avec l'invention de techniques nouvelles : procédés thérapeutiques ou méthodes d'exploration fonctionnelle que l'on ne peut manier sans des études appropriées et dont l'efficacité a en outre souvent, pour corollaire, des dangers que l'on ne peut mésestimer.

Le dernier exemple est fourni par la création récente d'un C.E.S. de néphrologie, alors que le Conseil National de l'Ordre regrettait déjà la multiplication exagérée des spécialités médicales : mais comment s'assurer, autrement que par l'organisation d'un nouveau diplôme, de la compétence des médecins chargés de faire fonctionner les reins artificiels qui ne sont plus réservés aux centres hospitaliers. Ces appareils vont être en effet installés dans des cliniques privées et échapperont donc très vite, dans la plupart des cas, au contrôle exercé actuellement par des équipes d'une haute valeur scientifique.

Une seule spécialité échappe, à mes yeux, à cette règle : la pédiatrie, dont la seule limite est l'âge des malades et qui se présente en fait comme la "médecine générale de l'enfant", elle commence d'ailleurs, semble-t-il, à souffrir, elle aussi, d'un profond malaise mais pour des raisons un peu différentes de la médecine générale d'adultes. Son champ d'action n'est pas seulement soumis à la même limitation que sa sœur aînée par les multiples spécialités médicales ; les généralistes continuent à soigner la plupart des enfants, remplissant ainsi pleinement leur rôle de médecin de famille. Pourquoi ferait-on appel à un spécialiste pour une infection saisonnière, une maladie éruptive, ou pour faire suivre un enfant qui n'est atteint d'aucune affection grave ? Le pédiatre, dans la grande majorité des cas, fait office de consultant. A notre avis, son rôle devrait donc se superposer avec celui des internistes, c'est-à-dire des médecins ayant approfondi leur culture par des études supérieures prolongées, sans spécialisation étroite, et ayant rempli pendant un certain nombre d'années des fonctions hospitalières et universitaires comportant des responsabilités de soins et d'enseignement. Alors que le nombre des omnipraticiens est actuellement déjà très insuffisant, celui des pédiatres sortis du C.E.S. national et non pourvu de titres hospitalo-universitaires risque de devenir, à l'opposé, rapidement pléthorique. Si nous nous sommes un peu attardés sur ce problème de la pédiatrie, c'est qu'il nous semble illustrer de façon particulièrement évidente la confusion que l'on entretient depuis vingt ans entre la spécialisation sous sa forme actuelle et la hiérarchie médicale. Jean GOSSET, avec un brio et une verve in-comparable, a fait récemment le procès de cette caricature de la véritable spécialisation qui donne au "stagiaire spécialiste", au prix de l'acquisition d'un diplôme d'études spéciales, "vie douillette, aisance et considération".

* Résumé d'une conférence faite à Tours au cours d'un dîner-débat organisé par la section locale du C.C.M.F. en novembre 1969. Ce texte doit paraître dans Médecine de l'Homme.

Peut-être le tableau est-il souvent moins idyllique et l'exemple des pédiatres devrait faire réfléchir bien des candidats aux spécialités.

Quel est en fait le rôle du généraliste ? celui d'être un bon médecin de famille avec les tâches correspondantes de médecine préventive, de diagnostic et de thérapeutique. Ces diverses activités se sont transformées, multipliées, et il y a beau temps que l'omnipraticien ne se contente plus d'assister au déroulement des grandes étapes de la vie, "comme un notaire de la santé", tout en restant incapable d'influencer notablement le cours de la plupart des maladies les plus graves.

La médecine préventive comporte bien des aspects : examens de contrôle, vaccinations qui sont d'autant mieux acceptées qu'elles sont proposées et expliquées par le médecin de famille, conseils multiples d'ordre diététique - pas seulement chez les enfants - hygiénique, éducatif et social. S'il a perdu, dans bien des cas, son titre de notable, le médecin généraliste peut se prévaloir de celui de "technicien de la santé" et ses avis seront d'autant mieux écoutés par la municipalité et les pouvoirs publics qu'il connaît plus intimement que tout autre les besoins et les problèmes de la population - Ne joue-t-il pas aussi un rôle de liaison absolument nécessaire entre les familles et les médecins chargés de la médecine scolaire ou de la médecine du travail ?

Les tâches de diagnostic du généraliste sont souvent qualifiées du terme péjoratif de "triage" ; le diagnostic clinique fait en effet appel à un mécanisme intellectuel de sélection, d'orientation basé avant tout sur la mémoire qui permet de confronter le cas observé avec tous les exemples voisins recueillis pendant les années d'études et de pratique.

Ce diagnostic clinique a, certes, besoin d'être souvent contrôlé et complété par des examens biologiques ou des explorations (radiologiques, endoscopiques, etc . . .) ; pour obtenir ces informations complémentaires, le clinicien doit faire appel à des biologistes, des spécialistes, voire des médecins hospitaliers auxquels il confie son malade pour des investigations particulièrement complexes, dangereuses ou onéreuses.

Mais qui va décider l'utilité de ces examens ? qui va choisir le spécialiste compétent ? à qui revient le soin, devant une dyspnée, de déceler son origine cardiaque, pulmonaire, voire anémique ? qui est le mieux placé pour faire d'emblée un examen complet et établir l'existence de diagnostics multiples, dont le nombre s'accroît en fonction de l'âge ? qui, enfin, va décider le malade à se faire hospitaliser parce que, derrière des symptômes d'apparence bien banale, se profile peut-être une affection grave ou maligne ? qui, sinon le généraliste, c'est-à-dire le médecin de première ligne des américains - encore un terme faussement péjoratif - le clinicien à qui l'on vient demander conseil et qui va établir un premier bilan en tenant compte, s'il a la chance d'être le médecin de famille, non seulement de toutes les données de son examen clinique mais aussi des antécédents de son patient, des réactions psychologiques qu'il a déjà constatées lors d'affections précédentes, enfin de tout le contexte familial, culturel, social et professionnel qui peut tant influencer sur le cours de la maladie et sur son aspect même.

N'est-il pas évident que c'est ce "triage" tant décrié : c'est-à-dire le diagnostic clinique, qui constitue l'acte médical fondamental, une erreur d'aiguillage ou la méconnaissance d'un symptôme, d'une lésion encore peu évocatrice, pouvant avoir dans certains domaines des conséquences redoutables en retardant la découverte d'une maladie et donc son traitement.

Aux yeux de la société moderne, ce diagnostic a certes un grave défaut : celui d'être un acte purement intellectuel et, pour parler le jargon des économistes, les K sont sûrement plus rentables que les C ! Mais par quelle aberration la société continuerait-elle à dévaluer le rôle de ceux qui assument en pratique la responsabilité de la santé de l'ensemble de la population ?

Peut-être faudrait-il aussi que les généralistes cessent de se contester eux-mêmes, comme nous l'avons vu trop souvent faire, surtout par nos jeunes confrères, fraîchement issus de l'université ; nous reviendrons d'ailleurs sur les causes profondes de ce malaise des jeunes mais le recours aux spécialistes et aux hospitaliers n'est absolument pas un indice d'insuffisance de culture ni d'impuissance ; j'y vois bien au contraire, preuve de savoir et d'esprit critique ; mais, pour être satisfaisantes et enrichissantes, il faut que ces relations entre généralistes et spécialistes, hospitaliers ou non, aboutissent à la création de véritables équipes de santé non pas sur le plan formel des structures mais dans l'ordre des relations psychologiques et professionnelles.

Une telle adaptation est encore plus nécessaire pour permettre au généraliste de remplir l'énorme tâche qui lui revient dans le domaine thérapeutique : Le généraliste est le grand dispensateur des traitements et la demande formulée par le public ne fait que s'accroître pour au moins trois raisons :

- l'élargissement extraordinaire du champ de nos thérapeutiques, grâce aux applications médicales de la physique et de la chimie.
- l'augmentation du nombre des maladies chroniques, elle aussi directement liée aux progrès de la médecine par le biais des séquelles de maladies aiguës, du prolongement des affections incurables, comme des conséquences du vieillissement, avec tout son cortège de troubles métaboliques,
- l'éducation enfin du public et l'évolution sociale qui amènent nos contemporains à se soigner mieux, plus précocement et à ne pas tolérer des troubles qui auraient été considérés autrefois comme inévitables et indignes d'un traitement quelconque.

Le pourcentage élevé de "fonctionnels" amène ainsi les généralistes à approfondir leurs connaissances non pas seulement en psychiatrie mais surtout en psychologie, afin de savoir répondre aux interrogations et aux sollicitations formulées ou inconscientes de leurs patients. La multiplication des groupements s'occupant de médecine psychosomatique et des groupes Balint prouve l'intérêt des jeunes praticiens pour tous ces problèmes.

Cet aspect de la thérapeutique, au moins autant psychologique que médicamenteux, peut sembler bien rebutant pour des jeunes qui n'y sont pas préparés par leurs études de faculté ; il ne doit pas cacher l'importance et l'efficacité des traitements appliqués par les généralistes à longueur de journée : dans tous les domaines, les techniques de pointe, inventées et mises en pratique par des spécialistes, sont rapidement vulgarisées, simplifiées, codifiées et tombent dans le domaine commun.

Il n'y a aucune raison pour que la médecine et plus spécialement la thérapeutique échappent à cette loi :

- De très nombreuses maladies infectieuses autrefois longues et difficiles à traiter peuvent être guéries en quelques jours par les antibiotiques : les généralistes soignent eux-mêmes la plupart des infections, et n'envoient plus dans les services hospitaliers que des cas dont le diagnostic est malaisé et dont l'évolution est particulièrement sévère.

A l'opposé, nos traitements prolongent considérablement, sans toujours les guérir, de nombreuses affections malignes :

- Le praticien sera donc amené à manier de plus en plus souvent des drogues aussi dangereuses qu'efficaces, à surveiller leurs effets, à guetter la rechute de leucémies ou de tumeurs malignes : il va partager ces responsabilités avec le spécialiste dont la charge est d'affirmer le diagnostic, pratiquer un bilan précis, poser les indications thérapeutiques, souvent mettre en œuvre le traitement initial, mais qui ne prend en charge le malade que pendant une période relativement brève.

De même, c'est le plus souvent un spécialiste qui pose l'indication d'une corticothérapie prolongée pour un rhumatisme sévère ou une collagénose, ou d'un traitement anti-coagulant pour une affection coronarienne ; mais c'est le médecin de famille qui va surveiller ces traitements au long cours. Il en sera bientôt de même dans un autre secteur de technicité particulièrement élevée, celui du traitement de l'insuffisance rénale chronique par l'hémodialyse. Pour Merrill, cette méthode a pour but ultime de réinsérer le malade dans la vie normale et il faut donc, autant que possible, le soustraire

à l'atmosphère hospitalière. La réduction du prix des appareils, la simplification des techniques à domicile, dont les avantages sociaux, économiques et psychologiques sont évidents. Comme l'écrit Merrill avec un certain humour, il est parfois difficile de faire admettre aux hospitaliers "que n'importe qui puisse manipuler un appareil qui était auparavant le monopole de spécialistes ou que des médecins de famille puissent maîtriser les caprices de l'insuffisance rénale". Des stages n'en sont pas moins déjà organisés dans certains centres américains pour apprendre à des praticiens le maniement de ces appareils. En fait, le recours aux spécialistes, et l'hospitalisation ne constituent pour chaque individu que des moments exceptionnels alors que sa santé est confiée pendant tout le reste du temps à son médecin de famille. Comme l'a souligné récemment G. Mathé, "une étroite collaboration s'impose entre spécialistes et praticiens pour la lutte contre le cancer et la tâche de ces derniers peut être très efficace à condition qu'il connaisse ses propres moyens et ses limites et à condition aussi qu'il connaisse les moyens dont disposent les spécialistes dans leurs centres spécialisés".

Face à ce programme, à quoi assistons-nous aujourd'hui, sinon à une désaffection progressive des étudiants, au long de leurs études, vis à vis de la médecine générale ?

Le choix de cette orientation semble résulter dans un très grand nombre de cas, d'une véritable sélection à rebours ; on a trop souvent l'impression qu'il ne s'agit pas d'un choix délibéré, d'une vocation au sens élevé du terme, mais du résultat d'échecs aux concours hospitaliers ou de l'impossibilité d'accéder au titre envié de spécialistes par la voie d'un certificat de 3ème cycle.

Les étudiants pensent que la technicité va réduire progressivement le rôle et les responsabilités des omnipraticiens ; ils se sentent incapables de prendre en charge leurs futurs malades, de les soigner correctement sans le secours de cette solide armature que constitue l'équipement hospitalier.

Ce profond malaise résulte donc, avant tout, d'un décalage croissant entre la médecine hospitalière dans laquelle ils vivent pendant des années, et la pratique médicale. Il serait trop long, et fastidieux, d'énumérer les idées fausses qui ressortent des conversations que l'on peut avoir avec les jeunes, mais je voudrais seulement indiquer ici quelques thèmes de réflexion :

- L'étudiant qui vit dans cet univers très spécial, et en quelque sorte privilégié qu'est un C.H.U. ne se rend pas compte que les malades y sont, pour une large part, sélectionnés.
- L'enseignement porte trop souvent sur des cas privilégiés, des affections exceptionnelles ou d'une particulière gravité.
- Combien de fois les enseignants prennent-ils la peine, au lit du malade, d'aborder les problèmes personnels qui conditionnent certaines manifestations pathologiques, ou les conséquences que va avoir cette maladie sur l'activité professionnelle ou sur l'équilibre familial ou conjugal du patient examiné ?
- Le médecin hospitalier apparaît de plus en plus souvent comme un spécialiste alors que, grâce à sa formation, il reste un interniste capable de répondre aux besoins très généraux de la clientèle très diverse qui peuple les lits de services qui ne sont pas en fait spécialisés ; mais comme chaque hospitalier choisit, pour ses activités de recherche et ses aspirations de perfectionnement personnel, un secteur plus ou moins étroit de la pathologie, c'est cette option particulière qui apparaît primordiale aux yeux de l'étudiant.
- Enfin, ne faudrait-il pas évoquer devant les étudiants les problèmes que soulève la mutation actuelle du corps médical ; savent-ils, autrement que par les enquêtes de la grande presse, comment beaucoup de jeunes médecins s'attachent à résoudre ce problème de l'isolement du généraliste qui est un de leurs grands motifs d'inquiétude.
- Il faudrait mettre, une fois pour toutes au rancart, cette imagerie d'Epinal qui oppose le bon médecin de famille, au grand cœur et impuissant devant la maladie, à l'homme en blanc, doué de toutes les vertus scientifiques mais ignorant tout de la charité.

Bref, trois tâches s'imposent de toute urgence :

- Rénover l'esprit qui règne dans les C.H.U. en les ouvrant sur l'extérieur et en recréant des courants de relation entre les médecines hospitalière et extra-hospitalière.
- Réformer les études médicales, afin de préparer la majorité des étudiants à leur future tâche de généralistes.
- Faire reconnaître la tâche du généraliste à sa juste valeur par les pouvoirs publics.

A) L'actuelle tendance à ne considérer les C.H.U. que comme des centres réservés au traitement de malades particulièrement graves est une erreur qui ne tient compte, ni des besoins de la population, ni des exigences de l'enseignement.

La plupart des services hospitaliers ne sont pas en réalité aussi spécialisés que ne le feraient croire les étiquettes administratives qui leur sont apposées ; s'il en était ainsi, où serait soigné la population de Clichy dont l'hôpital, le Nouveau Beaujon, ne comporte que des services spécialisés ? En dehors de quelques services hautement spécialisés, auxquels sont en général annexés de véritables Instituts de Recherche, la majorité des services correspond en fait aux critères réservés à l'étranger pour la Médecine Interne ; c'est-à-dire qu'on y accueille des malades de toutes catégories, l'équipe médicale se réservant une orientation particulière pour ses travaux de recherche et pour l'enseignement supérieur.

Pour répondre à leur vocation de Médecine Interne, ces services devraient être dotés de nombreuses consultations, fonctionnant comme des centres de diagnostic, ce qui permettrait d'ailleurs une meilleure sélection des malades et éviterait bien des hospitalisations inutiles ou trop prolongées. Ces polycliniques dont nous voyons tant d'exemples à l'étranger, pourraient utiliser de nombreux attachés à temps partiel, exerçant la médecine générale, alors qu'actuellement la quasi totalité des vacations hospitalières est donnée à des spécialistes.

Le problème des relations entre les généralistes et l'hôpital se pose vraisemblablement de façon analogue dans les centres hospitaliers régionaux ; leur ouverture aux généralistes, sous forme de vacations, résoudrait pour un certain nombre d'entre eux le problème de la formation médicale continue, actuellement réservée aux seuls spécialistes du fait de leur insertion hospitalière.

Il serait évidemment utopique de prétendre que tous les généralistes pourraient accéder à une formation hospitalière, mais la multiplication de séances de perfectionnement post-universitaire dans l'hôpital de leur circonscription, la généralisation des semaines de recyclage qui ont obtenu un grand succès dans certains centres, la discussion avec les praticiens, devant les élèves, des observations de leurs malades hospitalisés, sont autant de formules qui permettent de rompre les barrières actuelles : l'exemple donné depuis des années par nos collègues d'Argenteuil en est une preuve indiscutable et le profit en est certainement aussi grand pour les hospitaliers que pour les praticiens. Ce dialogue est d'autant plus important que la généralisation du plein temps risque d'enfermer les hospitaliers pendant toute leur carrière, dans un univers un peu artificiel où l'on risque de mal percevoir les réactions et les aspirations du public.

Ne serait-il pas logique de voir des omnipraticiens participer à la refonte des programmes universitaires et en particulier à la création de ce troisième cycle qui doit assurer la formation de leurs jeunes confrères ? les facultés de médecine dans la mesure où elles sont de véritables écoles professionnelles, auraient avantage à demander leur avis à ceux qui exercent la médecine générale, comme cela se fait dans de nombreuses écoles où les anciens sont représentés dans leurs conseils d'administration.

B) Par réforme des études, je n'envisage pas une Nème transformation des premier et deuxième cycles : nos étudiants ont plus besoin de stabilité dans leurs programmes que de nouvelles mesures qui seraient prises une fois de plus avant même que l'on puisse mesurer les avantages et les inconvénients du système précédent.

On a seulement trop souvent oublié que ce tronc commun était destiné à former une majorité de praticiens ; c'est-à-dire qu'il ne doit pas être fermé à des esprits plus littéraires que scientifiques, d'où la nécessité d'un enseignement de base diversifiée et à options multiples, ne décourageant pas les vocations de généralistes mais les faisant naître grâce, en particulier, à une large information concernant les problèmes psychologiques et sociologiques.

Mais surtout soulignons que ces deux premiers cycles aboutissent à un "produit final" qui, de l'avis de tous, n'est absolument pas prêt à s'installer comme médecin praticien. Les biologistes, les chercheurs, les spécialistes et les internistes vont acquérir leur formation complémentaire dans un troisième cycle adapté à leurs besoins particuliers. Il est évident que les généralistes ont droit, eux aussi, à une formation spécifique, c'est-à-dire un véritable certificat de spécialité de médecine générale qui doit remplacer ou plutôt compléter l'actuel stage interne de 6ème année.

Cette idée n'est pas neuve : le comité permanent de la C.C.E. le réclamait dès 1967, sous forme de 2 ou 3 années de perfectionnement. L'année d'internat obligatoire, dans un hôpital agréé non universitaire, ne devrait pas être amputée, comme il l'est trop souvent, par des remplacements ; des stages devraient être organisés dans des dispensaires, des centres de soins publics ou privés, des consultations générales ou de services, et la création de véritables polycliniques, rattachée aux services de médecine interne, répondraient aussi bien aux besoins de la population que de l'enseignement. Des commissions ont envisagé depuis plusieurs années l'organisation de stages chez des praticiens, volontaires, agréés et sous la surveillance des autorités universitaires ; de nombreux médecins, en particulier ruraux, étaient d'accord pour tenter des expériences, par petits groupes, autour de centres hospitaliers régionaux ; ces stages pourraient s'articuler avec l'enseignement post-universitaire et créer ainsi des contacts étroits et fructueux entre les futurs praticiens et leurs confrères déjà installés.

Pourquoi ces projets n'arrivent-ils pas à mûrir en France, alors que nous voyons déjà créer des stages chez les praticiens aux Pays-Bas, un enseignement pratique donné par des omnipraticiens à l'université de Liège et même de véritables certificats en Suisse ? Des formules très souples devraient être imaginées, afin de répondre aux aspirations très diverses des futurs généralistes et en fonction de leur exercice futur : un praticien rural doit être beaucoup plus instruit en obstétrique que son confrère installé dans un grand centre urbain, mais tous doivent être capables de suivre parfaitement une grossesse, d'en prévoir les complications et de soigner les enfants des familles qui leur accordent leur confiance.

Alors que la société voit avec angoisse croître les dépenses de santé, est-il normal que les problèmes économiques ne soient pas exposés de façon pratique aux futurs dispensateurs de ces thérapeutiques dont le coût s'élève d'une façon parfois démesurée ? quelques journées passées dans des centres de sécurité sociale, des entretiens avec les médecins-conseils, leur montreraient les difficultés du contrôle médical et leur feraient percevoir la nécessité de certains freins mieux qu'une leçon d'économie politique, fût-elle émaillée de graphiques colorés mais anonymes.

Enfin, sans devenir pour autant des spécialistes, il est normal que les futurs praticiens aient la possibilité d'approfondir leurs connaissances, dans une ou plusieurs spécialités, et ces options complémentaires pourraient s'harmoniser dans les structures d'association qui se multiplient.

Cet enseignement, avant tout pratique, à options multiples, s'étalant sur trois années, et sanctionné par un contrôle de connaissances sérieux, a bien sûr pour corollaire la prolongation des études médicales ; mais cet inconvénient est peut-être assez théorique puisque la plupart des jeunes médecins ne s'installent déjà que 18 mois à 2 ans après la fin de leur 6ème année d'études.

La formule du stage minimum d'un an, proposé par la commission de l'Education Nationale est par contre très insuffisante : elle ne fera que créer des inégalités aboutissant à la création d'une catégorie subalterne de médecins n'ayant effectué que ce seul stage obligatoire.

Le certificat de médecine générale devrait au contraire revaloriser la situation morale et matérielle des généralistes, les mettant à égalité avec les spécialistes qui n'ont pas acquis de titres hospitalo-universitaires et qui ont obtenu leur qualification à l'issue d'études dont la durée n'excède pas 3 ans.

Dans une société capitaliste, force est de constater que l'octroi d'un C.S. représente non seulement un privilège financier mais, aux yeux du public, valeur et promotion.

Tous ces beaux discours resteront, certes, sans aucun effet tant que la société ne reconnaîtra pas à sa juste valeur l'acte intellectuel que constitue le diagnostic clinique, qu'il soit ou non complété par des examens biologiques et paracliniques.

Le certificat de médecine interne va permettre de faire disparaître toute discrimination entre des médecins hautement qualifiés, ayant suivi une filière hospitalière identique mais dont les uns ont acquis au cours de leurs années d'internat et de clinicat un titre de spécialiste tandis que les autres n'avaient pas droit jusqu'ici à un diplôme équivalent.

Pour exiger une promotion analogue, les généralistes doivent, après le tronc commun, suivre des études d'une durée et d'une valeur égale à celles des spécialistes. Contrairement à Jean COSSET, je ne pense pas, que ce tronc commun doive subir un important élagage : cette formation technique de base doit conserver un niveau assez élevé pour permettre à tout étudiant, en fin d'études, de choisir la voie où il trouve son épanouissement. Au contraire, un enseignement réservé d'emblée aux futurs généralistes les relèquerait dans une situation d'infériorité, en empêchant toute promotion ultérieure ou tout changement d'orientation.

Au moment où je terminais ce plaidoyer pour la médecine générale, une information paraissait dans la Presse Médicale concernant la réforme des études médicales en Suède : après 7 années, l'étudiant "peut se spécialiser en médecine générale, ce qui nécessite 18 mois de médecine interne, 6 mois de psychiatrie, 6 mois de pratique de médecine générale, 6 mois au choix. Les 5 pays scandinaves s'efforcent d'uniformiser la formation des médecins".

Serons-nous les derniers, en Europe, à revaloriser la médecine générale alors que nous avons toujours eu la fierté de former en France des cliniciens de haute qualité ?

On peut le craindre si le corps médical, grâce à une unité retrouvée, n'exige pas des ministères responsables, des mesures qui sont encore plus urgentes que révolutionnaires.

“UN MEDECIN A COEUR OUVERT”

par le Dr Bensaïd

“Mal payés, harassés de travail, considérés souvent comme des sous-spécialistes, les médecins généralistes en ont assez. Le récit de l'un d'eux, le Docteur BENSALD, justifie le vent de révolte qui souffle chez les “docteurs”.”

La première consultante de l'après-midi est une vieille dame. J'en sais davantage sur elle, sur ses sentiments les plus cachés sur son histoire la plus secrète que n'en savent ceux qui l'entourent et que je n'en sais moi-même sur bien des personnes de mon entourage. Maigre et sèche comme une héroïne tragique, elle est habitée par deux passions : une peur panique de la mort et un amour quasi incestueux pour son “garçon” de quarante ans.

Depuis longtemps il m'a fallu admettre, qu'hormis quelques douleurs rhumatismales et une digestion plutôt inconfortable, elle se porte assez bien. Je ne me suis qu'exceptionnellement laissé aller à tenter de soulager ses troubles : aussi mystérieux que le mal, le médicament est un ennemi qui ne fait que confirmer le danger. Elle ne demande qu'une chose : que par un examen minutieux, je transforme les fantômes qui hantent la nuit de son corps en démons familiers et bénins et que je l'aide à organiser son combat. De ses troubles, elle s'accommode fort bien. Ils lui sont nécessaires.

Cela vaut bien à ses yeux l'enveloppe qu'elle dépose comme par inadvertance sur un coin du bureau, enveloppe bordée de noir, symbole de sa dignité de veuve éternelle (elle l'est depuis quarante ans) qui contient immuablement, depuis des années, un billet de dix francs et trois pièces de un franc.

Depuis que le gouvernement a brutalement fait passer la consultation médicale de 13 à 14 F, augmentation massive et arrachée de haute lutte, l'idée n'est jamais venue à la malade de me demander si mes honoraires n'avaient pas changé. Pour rien au monde je n'ouvrerais l'enveloppe devant elle.

“ARGENT ET MALHEUR”

Et dans le fond je lui suis reconnaissant de m'épargner du moins l'humiliation de chercher dans mon tiroir les pièces de un franc qu'il me faudrait lui rendre si, par malheur, elle ne fournissait pas l'appoint.

Rien, au fil des années, n'est arrivé à atténuer le sentiment qu'il est indécent de mêler l'argent, le malheur et la souffrance, et cruel d'imposer au médecin, par des tarifs ridicules, de grotesques manipulations de monnaie.

Le second malade est un quinquagénaire qui m'amenait son épouse pour la surveillance d'un diabète bénin. Tout en jouant le jeu, ni le malade, ni son épouse, ni moi n'avons cru un instant qu'il était bien l'objet de la consultation. Pendant vingt minutes, il fut question des troubles de l'épouse, du rôle de la belle-mère et du mariage prochain de la fille. Sans bénéfice perceptible pour personne, semble-t-il. Mais la consultation avait sans doute un but . . . Je ne l'ai pas deviné.

La troisième était une tumeur au sein. Maligne ? Bénigne ? Les mesures à prendre ne posaient, quant à elles, aucun problème : un bien sale moment.

Viendront ensuite une arthrose de la hanche, bien stabilisée, une vaccination assortie de conseils sur le régime, une douleur épigastrique avec l'interrogatoire minutieux sur les caractères de la douleur mais aussi sur le mode de vie du malade (trois quarts d'heure), une prescription de pilules contraceptives à une jeune femme venue consulter pour de la "fatigue", etc . . .

Voilà, on aura sans doute deviné que je suis médecin, que je pratique la médecine générale, que je suis conventionné (1). J'ajouterais que j'aime mon métier et que je serais bien incapable d'en exercer un autre.

Je m'inquiète davantage de ne pouvoir l'exercer plus convenablement et je trouve injuste qu'après vingt ans d'exercice, en travaillant entre douze et seize heures par jour, et souvent le dimanche, et onze mois sur douze, je sois encore criblé de dettes.

On a suffisamment décrit les servitudes du médecin, le harcèlement du téléphone, les responsabilités écrasantes, les horaires délirants, la fatigue, les étages montés sans cesse, l'impossibilité de se ménager une vie personnelle, la course haletante pour se tenir au courant la dépossession totale de soi. On est, à tout instant "sonné" sans aucune possibilité ni morale ni légale de se défilier, on est condamné à ne voir des hommes et de leur vie que la face malheureuse.

Tout cela mériterait au moins une vie matérielle sans souci, et même, dans une société capitaliste libérale comme la nôtre, la richesse.

"MAITRE D'OEUVRE"

Et le pire n'est pas encore là ; on semble décidé à aggraver chaque jour les servitudes du médecin, à les dévaluer sans cesse. Tout se passe comme si on se résignait à sa disparition, comme si, même, on la désirait.

On semble croire, en effet qu'en raison de la technicité de plus en plus grande des méthodes de diagnostic et de traitement et de l'incapacité pour un seul homme d'être au fait de toutes ces techniques, l'ère du médecin généraliste, artisan bricoleur, approximatif, ignorant est dépassée.

A première vue, il est évident en effet que le médecin généraliste ne peut qu'être inférieur au spécialiste dans chacun des domaines respectifs de la médecine. Il devrait se résigner à soigner les maladies simples ou bénignes, qui ne méritent pas le recours à une compétence supérieure et à trier les malades plus graves pour les orienter vers des confrères spécialisés et borner là ses ambitions. Eventuellement, on lui accorderait le droit d'enregistrer les diagnostics et de surveiller les traitements établis et institués ailleurs. Sa compétence évoluerait en somme entre celle de la mère de famille, du super-infirmier et du "dispatcher".

Et, dans la pratique quotidienne, une certaine part de son activité consiste en effet à soigner les rhinopharyngites, les gripes saisonnières, les furoncles de la fesse, ou à renouveler des ordonnances pour des affections chroniques.

Souvent aussi il est dans l'impossibilité à lui seul d'affirmer un diagnostic, de décider de la marche à suivre et il doit adresser son malade à un spécialiste mieux armé ou mieux informé.

Mais, même si on ne devait voir en lui qu'une machine très imparfaite à faire des diagnostics, même si toute maladie, pour être détectée avec précision et soignée avec efficacité, relevait d'une technique spécialisée, le rôle du médecin généraliste devrait rester capital, ce serait celui du maître d'œuvre. Demande-t-on à un architecte d'être à la fois maçon, électricien, plombier, monteur de chauffage central ? Exige-t-on d'un directeur d'usine la connaissance parfaite de toutes les machines de ses ateliers ?

"LE MALADE - FACTEUR"

Quand Mme X. vient me voir pour une douleur abdominale, ai-je besoin d'être gastro-entérologue pour soupçonner sa vésicule, d'être radiologue pour confirmer le diagnostic, chirurgien pour l'opérer ? Mais lequel d'entre eux saura mieux que moi que cette malade que je connais bien majeure ses troubles, qu'elle désire une intervention pour des raisons qui n'ont rien à voir avec sa vésicule et qu'il faut l'en détourner pour l'instant parce que sa lithiase est, jusqu'à nouvel ordre, sans danger et ne joue qu'un rôle médiocre dans les troubles digestifs dont elle se plaint et que l'intervention chez cette obèse malheureuse, bronchitique chronique, serait un risque disproportionné par rapport au bénéfice qu'on en pourrait attendre.

Mme Y. elle, après être passée de spécialiste en spécialiste, d'examen en examen, doit être bientôt opérée. C'est le cas très classique du malade-facteur qui, faute d'avoir été au départ, convenablement orienté et faute d'un "maître d'œuvre" à qui le spécialiste aura à rendre compte de ses décisions, passe d'un spécialiste à l'autre, une lettre à la main.

Je ne suis absolument pas en mesure de contester les examens hormonaux et radiologiques et la décision du dernier médecin consulté. Et, quand en examinant la malade, je ne lui trouve rien d'anormal, j'en conclus seulement que je n'ai pas su découvrir ce qui n'allait pas. Pourtant, il y a dans tout cela quelque chose qui ne va pas. Les symptômes sont bénins et ne paraissent pas mériter une sanction aussi sévère que celle qui est prévue et qui ressemble fort à la décision prise par un médecin acculé à faire enfin quelque chose. J'ai revu aujourd'hui cette malade. Elle n'a rien fait, elle n'a plus rien. Personne ne s'était inquiété de savoir pourquoi elle recherchait avec une telle obstination une cause, réparable, à ses troubles. Je ne suis pas parvenu, non plus, à le savoir. Mais je m'en suis inquiété. Cela, semble-t-il a suffi.

De tels exemples pourraient être multipliés à l'infini, comme pourraient l'être sans doute les exemples où, faute de compétence, le généraliste est passé à côté d'une maladie grave. Et rien n'est plus absurde et dramatique que cet homme seul en face d'un autre homme qui peut être atteint de n'importe quelle maladie et qui, par conséquent, devrait avoir à chaque instant, en face de chaque malade, présente à l'esprit et mobilisable la totalité des connaissances médicales.

Mais cela est, à vrai dire, très théorique. L'expérience quotidienne montre très rapidement que la pathologie est beaucoup plus complaisante. Il existe entre les malades qu'il connaît parfaitement et la fréquence de ces maladies un rapport direct. Il ne connaît pas telle ou telle affection parce qu'elle est simple ou classiquement étudiée à la faculté, mais parce qu'il la rencontre avec une fréquence particulière. Sur 100 maladies possibles peut-être le médecin praticien n'en connaît-il bien que vingt, par exemple. Mais en même temps ces 20% représentent statistiquement 95% de la pathologie quotidienne. Ce sont les maladies les plus "probables" qu'il connaît le mieux, parce qu'il les rencontre souvent.

Si bien qu'assez vite, l'atroce sentiment d'imposture du médecin débutant qui se demande toujours s'il ne va pas se trouver en face d'une maladie dont il n'a jamais entendu parler, s'efface progressivement. Il sait bien qu'il a toutes les chances de n'être pas pris au dépourvu et il débusque vite les éléments qui l'inquiètent et demandent le recours à une compétence supérieure ou, plus simplement, à une technique particulière.

Là intervient un autre malentendu : la confusion entre le "consultant" et le "spécialiste". Le médecin n'a recours à un spécialiste que là où une instrumentation, une expérience, une technique particulière sont nécessaires pour établir un diagnostic ou pour conduire un traitement.

"PLUS CONFORTABLE"

Le travail du spécialiste est donc infiniment plus facile que le sien. Les malades qui lui parviennent sont déjà sélectionnés. Il n'a besoin d'explorer qu'un territoire ou une fonction bien limités. Sa responsabilité est infiniment moins engagée que celle du généraliste, qui, non seulement conserve la responsabilité de l'ensemble de la personne du malade, mais qui a encore pris, aux yeux du malade et de sa famille, la responsabilité de le choisir, lui, comme spécialiste. Si le spécialiste fait une bêtise, c'est à lui, généraliste, que le malade s'en prend et c'est justice.

Le travail du spécialiste est donc plus facile. Il est moins bousculé, la compétence supplémentaire qu'il a acquise au cours d'un, deux ou trois ans de spécialisation, ne lui procure pas une somme de connaissances globales, mobilisées à chaque instant, supérieures en quantité ou en qualité à celles du médecin généraliste. Il ne l'a d'ailleurs pas recherchée pour être meilleur médecin mais pour avoir un travail plus confortable et pour gagner plus d'argent.

C'est qu'en effet, avec la complicité de l'opinion populaire et dans son obstination à favoriser les actes concrets et matériels par rapport à l'activité intellectuelle, la sécurité sociale a décrété que le spécialiste vaut deux généralistes, que son travail doit être rémunéré deux fois plus cher. Injustice encore aggravée par le fait qu'une rémunération supplémentaire est prévue dès que s'ajoute à la consultation l'acte vraiment technique qui justifie la spécialité.

Le consultant au contraire est un monsieur qui, par sa formation, ses titres (hospitaliers ou non, cela est une toute autre question) est plus à même que je ne suis de "débrouiller" un problème dans lequel je "nage", qui pourra m'aider à prendre une décision difficile, à en partager la responsabilité avec moi, ou qui, même, m'en déchargera totalement.

Entre l'oto-rhino qui perce le tympan d'un enfant ou un ophtalmologiste qui prescrit des verres et le neurologue qui aura à préciser la localisation d'une tumeur ou le chirurgien des voies biliaires qui aura à décider de l'opportunité d'une anastomose porto-cave, la sécurité sociale ne fait pas de différence. Quant au public il va encore plus loin. Il admet très volontiers de payer des fortunes pour une opération banale et renâcle devant les honoraires d'un maître dont l'opinion va décider de sa vie ou de son avenir.

"IRREEMPLACABLE"

Il est tout à fait normal que les honoraires du consultant soient sans commune mesure avec ceux des généralistes.

Il est inacceptable que le Cs (taux de la consultation spécialisée) soit le double du C (consultation de l'omnipraticien). La médecine générale n'est pas l'ensemble des spécialités. C'est une spécialité. Le généraliste n'est pas un sous-spécialiste. Il a son domaine propre où il est irremplaçable.

Croire que toute maladie relève d'une spécialité implique une conception de la maladie qui est confusément admise par tous ; la maladie est ajoutée du dehors à un organisme sain. Le rôle du médecin est alors de la situer, de la circonscrire et de l'extirper avec les moyens dont il dispose ; dans cette optique, on comprend que la chirurgie apparaisse comme sa forme la plus achevée. Les microbes, une tumeur, un accident, une malformation satisfont à cette même exigence et nous permettent de

parler un langage que le malade comprend. A un degré moindre le mauvais aliment, le coup de froid, l'humidité, l'imprudence de "cet enfant qui me tue", les excentricités de cet homme qui s'obstine à faire des choses qui ne sont plus de son âge, peuvent incarner ce mal étranger, cet ennemi venu d'ailleurs. Ils ont en plus le mérite de confirmer cette autre idée commune que la maladie est la punition d'une faute, d'une erreur ou d'un péché et qu'il faut les éviter ou les racheter par une bonne conduite : naturisme, yoga, air.

Le malheur veut que la maladie n'obéisse pas souvent à cette règle, mais qu'elle soit au contraire un langage par lequel l'organisme tout entier, et justement parce qu'il est sain et veut le demeurer, manifeste sa difficulté à être. Selon les médecins - et en fonction sans doute de leur curiosité ou de leur formation - 30 à 60% des maladies sont ainsi des affections qui refusent obstinément de rentrer dans le cadre des maladies bien définies. Encore une connivence médecin-malade a-t-elle créé toute une pathologie pseudo-organique avec "la circulation", "le foie", "la fatigue", qui permettent aux uns et aux autres de se rassurer et de se donner l'illusion (souvent efficace) de l'efficacité.

"LA FRANGE D'ANGOISSE"

Quelle spécialité répond donc à tous ces malades qui se proclament fatigués, qui allèguent les troubles les plus variés, que hantent la peur du cancer, l'obsession de l'infarctus, qui sont possédés par la rage désespérée de se voir découvrir une maladie "vraie" ?

Qui doit se charger de tous ceux que la médecine rejette en les appelant fonctionnels, que leur milieu accuse d'être des malades imaginaires qui, eux-mêmes, ont le sentiment coupable de voler le temps du médecin, de ne mériter que le mépris pour leur faiblesse.

Et qu'on ne s'y trompe pas, cette dimension de la maladie n'est même pas absente de la pathologie la plus organique. Ni un ulcéreux vrai, ni un cardiaque, ni un opéré, personne au fond n'est exempt de cette maladie-langage. Et la technicisation de la médecine, en rejetant hors de la pathologie "vraie" toute cette frange d'angoisse, en reconnaissant mieux ce qui est organique et respectable et ce qui ne l'est pas, a encore enrichi, en l'isolant, cette médecine (psychosomatique puisqu'il faut lui donner un nom) et en a fait un domaine à part qui, par la force des choses devra devenir le domaine de prédilection de la médecine générale, son terrain propre.

Rien ne le préparait d'abord à cette fonction particulière mais la connaissance qu'il peut avoir de ses malades et dont il est le seul à disposer, le met dans une position privilégiée pour la remplir. J'ai vu naître des malades à qui je délivre aujourd'hui un certificat prénuptial. En essayant de comprendre pourquoi cette malade réagit si violemment aux échecs de son fils, et pour deviner les raisons de ces échecs, je n'ai qu'à me souvenir des difficultés de son adolescence dont j'ai été le confident. Je sais où vivent mes malades, comment ils sont meublés, je connais la présence obsédante de la belle-mère ou l'incroyable promiscuité où vivent ensemble enfants et parents.

Pour avoir le temps qui permettrait d'accomplir correctement ce métier, il faudrait mieux gagner sa vie, il faudrait aussi qu'on reconnaisse le rôle joué et ne pas être ravalé au rang de bidasse de la médecine.

On a pu dire qu'il fallait trois consultations pour payer le coiffeur, et quatre pour dîner au restaurant en famille. On a comparé le médecin au dépanneur de télévision ou au plombier qui ne se déplace pas - travail non compris - à moins de 25 F, ce qui est plus que le prix de la visite que je viens de faire d'une demi-heure au 7ème étage, après avoir cherché en vain une place pour ranger ma voiture et ne pas abuser de la tolérance parcimonieuse de la police.

“RENDRE JUSTICE”

On a calculé qu'un médecin qui travaillerait 50 heures par semaine et qui n'accorderait en moyenne que 20 minutes à chaque malade (personnellement je prends trois rendez-vous par heure et je prends en moyenne une à deux heures de retard par consultation), consultations et visites à domicile comprises, gagnerait moins qu'un cadre moyen de l'industrie. Et le médecin n'a ni avantages sociaux, ni congés payés, ni aucune garantie en cas de maladie, ni treizième mois, et les heures supplémentaires ne lui sont pas payées à un tarif plus élevé.

Tout d'un coup, les généralistes en ont assez. Les syndicats du District parisien ont commencé par arrondir leurs honoraires unilatéralement, sans accord de la sécurité sociale. Ils ont décidé par exemple à Paris, de porter de 14 F à 16 F le prix de la consultation. De 23 F à 28 F celui des visites à domicile. Ils espèrent provoquer ainsi une réaction du ministre du Travail qui leur avait promis en juin une discussion tarifaire.

Mais certains ont l'intention de ne pas s'en tenir là. Ils désirent que leurs honoraires soient alignés sur ceux des spécialistes et que cesse une discrimination injustifiée et humiliante.

On pourrait objecter que la charge deviendrait trop lourde pour les malades ou la sécurité sociale. C'est oublier que là n'est pas le problème des médecins. La sécurité sociale est capable d'arroser 18 000 "spécialistes". Pourquoi ne serait-elle pas capable de rendre justice à un nombre à peu près égal de généralistes ? (la masse globale des médecins est, en effet, grossièrement divisée en trois parts égales :

- un tiers de généralistes,
- un tiers de spécialistes et notables,
- un tiers de médico-administratifs qui sont en dehors du circuit de la médecine de soins).

C'est oublier surtout qu'une politique de la santé intelligente favoriserait la médecine la moins onéreuse.

Or, c'est un fait établi : en raison des examens complémentaires, des arrêts de travail, des hospitalisations qu'on aurait pu éviter par une consultation approfondie, un malade examiné rapidement coûte infiniment plus cher qu'un malade à qui on a accordé tout le temps et toute l'attention nécessaires.

“GROS SOUS”

On pourrait objecter aussi que, si les médecins n'ont pas le temps, ce n'est pas forcément parce que le besoin d'argent les contraint à voir trop de malades. Il faut bien que, de toute façon, ces malades soient vus, il faut bien répondre à l'accroissement de la consommation médicale. La qualité de la médecine n'a donc rien à voir avec le tarif des honoraires.

Là encore c'est négliger le fait qu'un malade bien soigné consulte moins souvent. C'est surtout ne pas prendre en considération que la dévalorisation de la médecine générale détourne d'elle la majorité des étudiants (qui ont pourtant eu la sagesse de prévoir une spécialisation en médecine générale au même titre qu'en O.R.L. ou en cardio ou en recherche) et que le problème ne pourra aller qu'en s'approfondissant. Mal défendus jusqu'ici parce que les appareils syndicaux sont dominés par les spécialistes et les "notables" et parce que les mobiles qui leur ont fait choisir ce métier les détournaient justement de ces combats d'argent (sinon ils auraient choisi d'être spécialistes), les généralistes ont décidé de se révolter et de parler clairement "gros sous".

Ils ne le feront avec succès que si le public a compris l'importance capitale de leur rôle, l'erreur que serait leur disparition s'il veut bien soutenir dans ce combat ceux à qui, malade, il apporte sa confiance.

Docteur BENSAID.

- (1) Etre conventionné c'est avoir passé une convention avec la sécurité sociale selon laquelle les malades seront remboursés à 75% (actuellement) des honoraires versés aux médecins, à condition que ceux-ci s'engagent à respecter les tarifs fixés. Dans la plupart des régions de France, la convention est générale. Dans certaines grandes villes elle est individuelle. Si un médecin ne signe pas la convention les malades seront remboursés au tarif dit "de responsabilité". Cela signifie qu'un malade qui consulte un médecin conventionné est remboursé 10,50 F sur les 14 F qu'il a versés. Un malade qui va consulter un médecin non conventionné est remboursé de 4 F environ quels que soient les honoraires versés, qui sont en général de 20 à 30 F. La consultation aura donc coûté 10 ou 20 F de plus. Il est difficile d'imposer cela à un malade qui a des ressources modestes quelles que soient les sommes qu'il investit d'autre part dans sa télé ou sa voiture. Il est difficile pour un médecin de ne pas reconnaître à chacun l'égalité devant la maladie et devant la médecine.

Le Nouvel Observateur du 30 Septembre 1960.

XIIIe CONGRES DU SYNDICAT NATIONAL
DES MEDECINS OMNIPRATICIENS FRANCAIS

Reims 13, 14, 15 septembre 1968.

“LA FORMATION DU MEDECIN OMNIPRATICIEN”

RAPPORT DU DOCTEUR PILORGE (INDRE)

Le Dr PILORGE. — Mesdames, Messieurs, tout d’abord un préambule qui m’est apparu nécessaire après de multiples conversations de couloir avec de nombreux professeurs et confrères.

Le rapport qui m’a été confié touche, bien entendu à la réforme des études médicales. Il traite donc un sujet particulièrement explosif qui risque de soulever des prises de position passionnelles, à mon sens très injustifiées. Mais celui qui écouterait cet exposé avec attention, sans préjugés ni idées toutes faites, qui refuserait ce jeu facile d’isoler un mot de son contexte, y verra, je le suppose, une contribution honnête à l’étude d’un problème capital pour notre profession.

Je décevrai sans doute et les conservateurs timorés et les agitateurs immaturés. Les uns feront de moi un révolutionnaire, les autres, peut-être, un réactionnaire.

Peu me chaut : je suis, en effet, un médecin, et un médecin rural qui se fait une certaine idée de la médecine, de sa pratique quotidienne, du sens de cette vie que nous avons reçue et de la façon de remplir cette vie.

Je suis un homme de la terre qui se veut adulte parce qu’il sait, pour l’avoir observé au cours des années, que la moisson suppose au préalable une lente préparation du sol, c’est-à-dire le labour, le hersage, le roulage, le semis, la mise des engrais, la préservation contre ses ennemis du grain devenu plante et de la plante devenue à son tour grain. L’accomplissement d’une telle merveille n’est pas compatible avec l’improvisation et le désordre . . . Mais, en cette matière, nous n’en sommes plus à l’époque des grands bœufs blancs du poète Leroux mais, bien à celui du tracteur, des insecticides et même de l’hélicoptère.

Ainsi, doit-il en être de même pour la formation des médecins de l’ère atomique. Mutation ? Oui ! Infantillisme ? Non !

Au lendemain, donc des événements estudiantins de mai dernier, des congrès des étudiants en médecine, des déclarations de nombreuses personnalités universitaires et confédérales, on peut vraiment dire que notre rapport “La formation spécialisée de l’omnipraticien” est bien un “thème dans le vent”, mais qu’il vient peut-être un peu tard, n’ayant pas l’originalité de l’antériorité.

Et pourtant, ce n’est là qu’apparence. C’est dès janvier que le Comité directeur, présentant toute l’actualité de ce problème, m’avait chargé de son étude.

Bien préciser quelle doit être la formation de l’omnipraticien dont l’étendue des connaissances conditionne la santé des familles, bien marquer son rôle comme “élément fondamental de la santé et pivot de la médecine”, définir le programme de ses études : ces questions préoccupent notre mouvement depuis sa naissance.

En effet, lors du premier congrès national d’EVIAN, en 1955, notre Président en aborda de nombreux aspects et sa pensée devait se concrétiser dans le rapport qui servit de base de discussion lors de la Journée internationale des Omnipraticiens, le 12 septembre 1966, à STRASBOURG.

C’est dire que nous avons été, en la matière, un syndicat pilote qui a beaucoup réfléchi, échangé et travaillé. Mais aujourd’hui, au seuil de l’Europe, c’est autant en Européens qu’en Français que nous voulons préciser notre pensée.

Pour nous, donc, le “Certificat de Médecine Générale”, objet de nos études syndicales, est à définir à l’échelle de la C.E.E., amorce de la communauté politique.

Nous acceptons, en conséquence, les normes essentielles de travail adoptées par l’U.E.M.O., le 14 janvier 1968, auprès du Comité permanent des médecins, à savoir :

- 1) Une formation de base commune à tous les médecins,
- 2) Une formation particulière, spécifique pour l’omnipraticien, la médecine générale devenant une spécialité à égalité avec toutes les autres.
- 3) La durée totale des études jusqu’à la thèse étant de huit ans.

Sans entrer dans les détails, ce qui n’est pas l’objet de ce rapport, nous allons exposer, à titre d’introduction, ce que devrait être, dans ses principes, la formation de base commune à tous les médecins.

A nous aussi, qui retrouvons dans les projets estudiantins beaucoup des idées lancées par notre syndicat, nous voyons l’organisation des études médicales se dérouler en 3 cycles :

- 1) **Un cycle de propédeutique** qui pourrait être commun à l’ensemble des professions sanitaires de niveau voisin et qui remplacerait le C.P.E.M.

Il durerait un an, se déroulerait en faculté de médecine pour les sciences de base et comporterait un stage hospitalier permettant la découverte de l'homme malade, la pratique des soins infirmiers et le secourisme.

Les sciences fondamentales, élaguées, seraient ramenées à tout ce qu'il est indispensable de connaître pour aborder l'enseignement intégré du deuxième cycle et comprendre l'évolution des techniques d'exploration fonctionnelle.

Une méthodologie de dialogue avec des enseignants ayant reçu une formation pédagogique permettrait d'aborder le langage médical et sémiologique. Un enseignement d'initiation mathématique et des bases scientifiques seraient à la disposition des bacheliers de philosophie, et un complément de sciences humaines à celle des bacheliers scientifiques.

Une sélection sous forme d'examens échelonnés durant l'année scolaire et un entretien psychologique avec une commission d'orientation permettraient de s'assurer de la vocation véritable de l'étudiant. Il lui serait conseillé, le cas échéant, une autre profession scientifique ou de santé, afin qu'il n'y ait pas d'individus ni perdus ni déçus, selon la formule du Président MONIER.

(Applaudissements).

2) **Le second cycle d'apprentissage sémiologique et clinique**, commun à l'ensemble des futurs médecins, se déroulera au C.H.U., véritable école pratique de médecine. Il serait basé sur l'acquisition de certificats avec intégration des sciences fondamentales et cliniques par appareil ou par système. Il couvrirait tout ce qu'un médecin, quelle que soit sa spécialisation ultérieure, a besoin de savoir en pathologie des divers organes pour établir les diagnostics et traitements de base, faire face à l'urgence et orienter vers le spécialiste tout ce qui doit lui revenir.

L'enseignement intégré est l'étude coordonnée de l'anatomie, de l'organogénèse, de l'histologie, de la physiologie, de la radiologie, de la sémiologie et des thérapeutiques élémentaires des principales maladies intéressant un appareil. Il permet de passer de l'hôpital au service de radiologie et au laboratoire sans perdre de vue l'objet enseigné. Il a une valeur pédagogique de premier ordre.

Il n'exclut pas, dans certains cas, les leçons magistrales de préférence à des groupes d'effectif limité. Nous pensons en particulier à la physiologie "qui est la science des fonctions, donc qui introduit tout naturellement vers l'étude de leurs perturbations dans la maladie et qui résume et coordonne les sciences fondamentales" (Professeur THOUVENOT).

Ce découpage en certificats présente un réel intérêt du point de vue apprentissage sémiologique, mais il peut avoir le défaut de conduire à une vision mécanique de la pathologie. Cet inconvénient serait évité par la présence dans chaque service d'un interniste ou généraliste de qualité qui imposerait sa vision uniciste et saurait passer de l'homme fragmenté à l'homme total.

Le deuxième cycle se déroulant en trois années, il nous paraît sage d'en consacrer la première à la médecine générale et à la chirurgie générale, ce qui imposerait une vue synthésiste de l'homme qui manquerait l'étudiant dès ses débuts.

N'ayant encore aucune formation clinique, le futur médecin ne pourrait avoir que le statut de stagiaire. Il serait initié progressivement à la sémiologie, chaque leçon comportant un enseignement théorique, une illustration par les techniques audiovisuelles, puis l'examen pratique au lit du malade. Le stagiaire devrait ainsi savoir, en fin d'année, examiner un patient, rédiger une observation, interpréter les clichés radiologiques et les examens paracliniques élémentaires. A la suite d'épreuves écrites et cliniques qui valideraient cette année, il deviendrait externe, fonction rémunérée qu'il exercerait les deux années suivantes.

Ainsi compris, ce deuxième cycle répondrait aux désirs des étudiants et de nombreux professeurs, tels MM. DE SEZE, LAZORTHE, BOUDIN, BARBIZET, tant sur l'enseignement intégré que sur la primauté de la clinique, l'externe assumant une responsabilité hospitalière réelle.

Les divers certificats du deuxième cycle étant validés par des examens ou tous autres tests incontestables, l'externe aborderait le troisième cycle pour y remplir la fonction hospitalière de type internat tout comme aux U.S.A. Il serait placé sous la direction d'un Président nommé par concours, ce qui assurerait à la fois la sécurité des malades et la formation des étudiants.

3) **Le troisième cycle est celui de la responsabilité diagnostique et thérapeutique et de l'orientation spécialisée du futur médecin.** Il se termine par la thèse de docteur en médecine avec option : médecine générale, cardiologie, O.R.L., etc.

Afin de redonner sa place légitime à l'omnipraticien, ce spécialiste de la clinique qui a le rôle le plus difficile et le plus délicat, la médecine générale devient une spécialité à part entière.

La hiérarchie n'est plus entre omnipraticiens et spécialistes, mais entre les praticiens de toutes les disciplines et ceux qui auront passé des concours hospitalo-universitaires, c'est-à-dire les internistes, les consultants des diverses spécialités, les professeurs.

Il ne faut pas de différence de durée d'études entre généralistes et spécialistes, sauf — selon notre ami GALLOIS, de Mâcon — pour les chirurgiens et la médecine interne.

Le troisième cycle comporterait pour tous une première année de médecine générale, ce qui constituerait un élément capital de sécurité pour les malades vus par les spécialistes d'organes. Cette année d'internat s'exercerait dans un hôpital de première ou de deuxième catégorie. Elle se déroulerait sous forme de deux stages de 6 mois, toutes garanties étant prises en ce qui concerne l'encadrement des internes par des chefs de service de qualité. Il faut, en effet, éviter l'improvisation en ce domaine, l'étudiant interne ne devant pas être abandonné à lui-même, comme cela est trop souvent le cas dans l'actuel stage interné. Donc, tronc commun de 5 ans pour tous les futurs médecins.

Pour demeurer dans le cadre du projet européen de formation spécialisée de l'omnipraticien, il restera encore trois années d'études des hospitalo-universitaires à parcourir.

Cette durée de huit années n'a rien d'excessif, M. MIGNON a montré qu'actuellement, avec le système du stage interne, il s'écoule de 8 à 9 ans entre le début des études et l'installation, et cela sans acquisition d'une qualification ni espoir de promotion pour l'omnipraticien. Les Anglo-américains s'orientent, eux, vers un plan de 10 ans ; mais, les années d'études des divers projets français étant de 10 ans réels, il y aurait pratiquement équivalence.

Nos projets ont l'avantage, par la création d'un C.E.S. de médecine générale, d'assurer promotion, valeur et dignité dans l'égalité à l'omnipraticien.

Nous pensons que notre médecine est bien toujours l'art de diagnostiquer les maladies mais aussi de traiter les malades dans leur continuité héréditaire, dans leur personne et dans leur contexte social.

Cette mission implique, selon le Pr PEQUIGNOT, la connaissance parfaite dans les conditions les plus difficiles de toute la pathologie et de toute la pharmacologie. Elle exige une remise en question permanente de nos connaissances. Elle est très différente de celle du spécialiste qui est le plus souvent un technicien pur, avec lequel n'existe pas le lien humain, le transfert qui est le propre du médecin de famille.

Par exemple, reviendront au spécialiste les explorations diagnostiques particulières telles que celles qui conduisent à déterminer le degré d'une sténose mitrale, les thérapeutiques hautement spécialisées telles que celles du coma diabétique. Mais l'omnipraticien aura, lui, à établir le diagnostic du rétrécissement mitral et du coma diabétique, le traitement des affections durant toute une vie, d'où la "nécessité pour lui de voir au-delà de l'épisode pathologique immédiat" (GALLOIS) le malade dans sa continuité héréditaire, son passé et son avenir. Médecin de l'homme total mais aussi médecin de l'urgence, l'omnipraticien aura, en ce domaine, à prendre des responsabilités écrasantes sur les seuls symptômes cliniques, car il doit être "présence, continuité, repère, sécurité au milieu d'un monde affolé qu'il est là — dit Philippe KRESSMANN — pour servir". A lui et bien souvent à lui seul, reviennent ces offrandes d'angoisse dont parle François GOUST et qu'il ne saurait refuser.

Son rôle étant à la fois humain et scientifique, sa formation sera développée sur les plans technique, psychologique et social. Celle-ci ne peut évidemment être l'apanage des seuls hôpitaux puisque sa pratique quotidienne s'exerce hors de l'hôpital dans tous les milieux de vie des malades.

L'hôpital, oui, mais aussi l'Université, les organismes et institutions de santé, la société, la profession seront ses lieux d'études.

A notre sens, l'internat des trois dernières années devrait comporter, en médecine générale, deux autres stages de 6 mois qui s'ajouteraient aux deux autres de la cinquième année, l'un en gériatrie et l'autre en médecine interne, au C.H.U., auprès du professeur de clinique médicale, vers la fin du troisième cycle. Un stage de pédiatrie de 6 mois et des stages plus réduits de 1 à 4 mois en psychiatrie, cardiologie, neurologie, rhumatologie, gastro-entérologie, gynécologie, obstétrique, dermatologie, O.R.L., ophtalmologie, chirurgie. En ce qui concerne ces dernières spécialités très techniques, le programme devrait en être établi en tenant compte de l'acquis du deuxième cycle et des besoins du praticien non spécialisé. Ainsi, en ophtalmologie, un généraliste a besoin de connaître 20 à 25 questions, celles qui sont nécessaires en pratique quotidienne, telles que les examens de fond d'œil, la tension oculaire et les urgences.

Les connaissances nécessaires en petite chirurgie et en chirurgie d'urgence seraient facilement acquises au cours des quatre années d'internat dans les services de garde.

Chaque stage serait sanctionné par un examen écrit et clinique sur un programme bien délimité.

Notre souci constant est, en effet, et la formation clinique de qualité et la preuve par un contrôle authentique des connaissances que cette formation a effectivement été acquise. Il n'est pas, à notre sens, d'autre voie par la promotion de l'omnipraticien à l'égalité.

Le maître d'œuvre qui superviserait et dirigerait le futur omnipraticien dans les divers stages hospitaliers et extra-hospitaliers serait le professeur titulaire de la chaire de médecine générale.

Comme dans les grandes écoles, il serait assisté d'un directeur pédagogique, véritable préfet des études qui connaîtrait chacun des internes, les conseillerait, les guiderait dans le choix des différents stages et options qu'il aurait mission de coordonner.

Le service de médecine interne du C.H.U. sera nécessaire pour donner une formation minutieuse sur le plan somatique. La médecine y est, en effet, conçue dans un esprit de haute technicité, les cas rares réunis et les discussions de dossiers menées sous tous leurs aspects.

Mais le service de médecine générale des hôpitaux non universitaires, avec ses malades non triés et toutes les affections courantes que le praticien y rencontrera chaque jour, a aussi une valeur formatrice indéniable. Mieux qu'au C.H.U. où la maladie passe systématiquement avant le malade, l'interne pourra entrer en contact avec l'homme, avec sa psychologie, son affectivité et ses préoccupations socio-professionnelles.

Les vieillards constituant actuellement un quart de la clientèle d'un omnipraticien, le stage plein de gériatrie s'impose. Il permettra d'entrer en contact avec les maladies dégénératives cardiovasculaires, la rééducation des hémiplegiques et handicapés, les troubles psychosomatiques des vieillards et leurs besoins affectifs et spirituels.

Nulle part mieux qu'en gériatrie on ne comprend l'importance du rôle de conseiller de vie ou de confident des drames humains.

La pédiatrie est une des dimensions importantes de la médecine générale.

La puériculture, la génétique et le dépistage précoce des malformations congénitales, le diabète infantile, les fièvres éruptives, les urgences pédiatriques de tous ordres nécessitent bien un stage interne long dans un service spécialisé.

Aux confins de la pédiatrie et de la psychiatrie se situe le problème de l'enfance inadaptée, auquel l'interne sera sensibilisé en participant aux consultations des centres médicopsychopédagogiques. Il y étudiera le rôle des rééducateurs, des psychologues, des orthophonistes et le dépistage précoce des névroses et psychoses infantiles. Il pourra ainsi saisir des problèmes insoupçonnés et mieux orienter ses petits malades dans sa pratique ultérieure.

Comme à nos confrères britanniques, un stage de psychiatrie nous apparaît indispensable. Il serait d'environ 4 mois et aurait lieu dans un hôpital psychiatrique départemental où se trouvent souvent des enseignants de valeur.

N'oublions pas l'importance des besoins psychiatriques : Le Pr SIVADON les évalue à 25 % parmi les malades des hôpitaux parisiens et le Pr PEQUIGNOT à près de 50 %.

Ces chiffres contrastent singulièrement avec l'absence quasi complète d'un tel enseignement. En effet, les praticiens savent qu'une de leurs tâches fondamentales est le dépistage précoce de la maladie mentale, les grands diagnostics d'orientation, le traitement de toute une petite psychiatrie à l'échelle de leurs possibilités diagnostiques et thérapeutiques et qu'une coopération avec les psychiatres s'impose.

La formation psychologique des médecins est une œuvre de longue haleine qui devrait commencer dès le stage infirmier et se poursuivre durant toutes les études dans le cadre de l'enseignement intégré. En effet, la "psychologie de mécanicien", dénoncée par le Pr NAYRAC, peut causer de grands ravages car le moindre geste du médecin est observé par le malade et l'examen clinique et le médecin lui-même sont des thérapeutiques. N'oublions pas, dit notre confrère THERON, que lorsqu'un malade vient nous consulter pour une affection banale, il veut, par le biais de cette maladie, un contact humain, il a besoin, souvent, de nous parler d'autre chose et, si nous ne nous occupons, par exemple, que de son angine, nous passons à côté du drame familial ou professionnel. Ce contact humain, allié à la valeur clinique, c'est, selon le Dr THERON, la vocation de l'omnipraticien véritable.

A la suite des travaux de BALINT qui accorde à l'omnipraticien le rôle le plus efficace en psychothérapie, de nombreux groupes se sont formés tant à PARIS qu'en province. Ils réunissent de 10 à 15 médecins autour d'un psychanalyste et les problèmes de la relation médecin-malade y sont abordés sous toutes leurs faces, sans oublier les propres motivations névrotiques des médecins. Ces groupes auxquels les jeunes internes devront s'intégrer ont une valeur formatrice irremplaçable. Ils permettront de mieux connaître le malade et d'aborder l'hygiène mentale et la psychosomatique, le corps étant le principal instrument d'expression des conflits psychologiques.

A notre sens, chaque service hospitalier devrait prévoir la collaboration d'un psychosomaticien. Il deviendrait ainsi un outil de formation psychologique efficace des étudiants.

Le praticien a souvent été défini comme le spécialiste de l'urgence. Les gardes de l'internat du troisième cycle lui permettront d'aborder à peu près toutes les urgences : médicales, chirurgicales, obstétricales et psychiatriques. Mais cela, c'est l'urgence à l'échelon hospitalier ; il en est une autre qui n'est pas enseignée et à laquelle le praticien a souvent à faire face : celle de la rue et du médecin rural isolé.

Qui mieux que nous, omnipraticiens, mesurera en la matière tout ce qui nous manque et saura le définir ? Créons donc, pour les étudiants, les stages de réanimation et de traumatologie dans les services hospitaliers ainsi que dans les services "prompt secours", tel celui de notre ami DAUBINET, à Dombasle-sur-Meurthe.

Il est des techniques dont l'apprentissage, en effet, ne s'improvise pas. Le médecin devra être initié aux méthodes de dégagement, de ramassage des blessés de la route, à l'appareillage provisoire des fractures, à la manipulation des appareils de réanimation, au bouche à bouche, au massage cardiaque, à l'intubation trachéale et même à la défibrillation dans les cas extrêmes, comme le demande M. CUVIER, de l'A.M.R.

Que nos enseignants officiels veuillent bien prendre bonne note de nos besoins en ce domaine. Un praticien moderne ne se conçoit plus sans une formation cardiologique d'environ 4 mois dans un service spécialisé. En effet, dit le doyen Emile ARON, demain tout omnipraticien fera des électro-cardiogrammes comme aux U.S.A. Il saura en lire la très grande majorité et pourra, dans les cas difficiles, grâce à l'informatique, les décrypter avec des appareils branchés sur les services de cardiologie du C.H.U. Une bonne partie de la cardiologie lui reviendra en dehors des affections qui nécessiteront des techniques ultra-spécialisées.

Le stage interné de gynécologie obstétrique aura une durée variable avec les options de l'étudiant ; il sera plus long pour le rural que pour le citadin, bien que, même en milieu rural, la très grande majorité des accouchements ne se fassent plus à domicile, l'omnipraticien devenant dans nos sociétés modernes un généraliste presque exclusif.

La médecine préventive devrait revenir demain à l'omnipraticien, exception faite des techniques hautement spécialisées.

Mieux que le médecin fonctionnaire qui ignore tout du milieu social et affectif du malade, l'omnipraticien devrait être chargé des examens de dépistage systématique et des bilans périodiques à tous les âges de la vie.

Il prendrait en charge, par un entretien prolongé et un examen clinique préventif, l'homme qui se confierait à lui et qu'il aurait ensuite à traiter.

Le dépistage précoce de l'alcoolisme (15 à 20 % des adultes), de l'insuffisance respiratoire et du tabagisme, des néos gynécologiques et prostatiques, de l'athérosclérose, etc., solliciteront sa vigilance. Pour une formation adéquate, cette médecine préventive — selon Armand VINCENT — postulerait la création d'instituts de prévention qui iraient chercher le matériel de la médecine préventive là où il se trouve, c'est-à-dire dans la vie.

La médecine du terrain — chère au Pr JOANNON — est à créer. Elle fait appel aux notions de morphologie, de typologie, de caractère, de diathèse, de constitution, ainsi qu'à l'anthropologie différentielle. Mal connue, elle devrait cependant déboucher sur des thérapeutiques et une hygiène préventives et précuratives efficaces.

Elle conduit, cette médecine du terrain, à la médecine de la santé qui exige la connaissance des facteurs personnels et sociaux qui conditionnent l'épanouissement de l'homme : alimentation, hygiène, air pur, espaces verts, habitat, milieu de travail, vêtements, harmonie familiale et conjugale, spiritualité, éthique.

Le problème des grands ensembles, des H.L.M. névrogènes, est posé, avec celui de la conception même de l'être humain et de sa nature, du sens de la vie et de la mort. L'économie et la publicité doivent-elles conditionner l'homme, ou l'homme doit-il commander à l'économie ?

On comprend que le médecin n'est pas le seul responsable de la santé, laquelle requiert le concours des hygiénistes, des urbanistes, des hommes politiques et des syndicalistes.

Les jeunes internes participeront, bien entendu, à toutes les campagnes d'éducation sanitaire, aidés par les techniques audio-visuelles.

Ils coopéreront avec les associations de buveurs guéris dans la lutte anti-alcoolique, avec les ligues qui étudient les problèmes des inadaptés mentaux et des délinquants, avec les organismes de Sécurité Sociale qui doivent prendre conscience de leur rôle irremplaçable en ces domaines.

Les internes effectueront des stages médico-sociaux dans les bureaux d'hygiène, les inspections de santé, les services de médecine du travail, auprès des médecins de caisses, des médecins scolaires, des médecins de sport, des établissements de rééducation et de reclassement professionnel. En équipe avec les services sociaux, ils participeront à des enquêtes à domicile.

N'oublions pas, dit le président VALINGOT, qu'un tuberculeux n'est vraiment guéri qu'après cicatrisation de sa lésion et réinsertion professionnelle.

Des rapports sur les stages seront établis et examinés.

La formation économique et sociale du futur praticien lui permettra de s'initier aux répercussions de toute maladie ou de tout arrêt de travail. Des bases indispensables dans le domaine de la Sécurité Sociale, de la démographie, de l'organisation sociale seront enseignées, par des économistes et par des praticiens expérimentés.

La formation déontologique et morale sera développée à tous les stades de ses études. Sa valeur morale, son sens des responsabilités, ses dimensions spirituelles sont, aux yeux de M. de CRAYENCOURT, de la C.E.E., d'une exceptionnelle importance.

Et à ce sujet, soulignons avec le Pr AMSLER combien l'étudiant peut être marqué par la présence — au sens absolu — du maître, du patron, par son contact direct par son enthousiasme, par sa personnalité. Pour nous, contrairement à ce que l'on a écrit, la révolte de mai n'a pas traduit le rejet du père, mais, bien au contraire, la nostalgie du vrai père et du maître réellement présent avec lequel on a des contacts et sur qui se modeler (Applaudissements). Elle fut une réaction naturelle contre une société anonyme et sans âme. La pathologie de l'hôpital n'étant pas exactement superposable à celle du praticien et les étudiants étant ainsi mal préparés aux tâches auxquelles ils n'ont pas eu à faire face, le stage chez le praticien apparaît comme une nécessité.

Selon nous, ce stage doit être envisagé sous un double aspect.

1) Durant la totalité du troisième cycle, à l'exemple de ce qui est tenté en Amérique et en Turquie, le jeune interne pourrait être chargé de veiller sur la santé de 2 ou 3 familles. Il serait présenté comme l'assistant interne du médecin traitant, il participerait aux soins, aux examens, sous la surveillance du médecin de famille auquel il serait rattaché. Les praticiens correspondants de C.H.U. et les attachés des hôpitaux exerçant en ville fourniraient les cadres valables pour un enseignement orienté sur la clientèle, lequel ne prendrait l'étudiant que quelques heures par semaine.

2) Plus tard, vers la fin du troisième cycle, suivant en cela les exemples allemands, anglais, et hollandais, le stage véritable auprès du praticien permettrait au jeune confrère de "vivre auprès d'un bon médecin de famille instruit et expérimenté, d'assister à ses consultations, de le suivre dans ses visites, de discuter chaque jour avec lui des diagnostics, des thérapeutiques, du pronostic, de la conduite à tenir, des cas sociaux". C'est là l'apprentissage du futur métier, dit le Dr MONNEROT-DUMAINE.

Trois stages d'un mois chacun — un chez un rural, l'autre dans un cabinet de groupe, le troisième dans un cabinet privé de ville — seraient très indiqués. Chez l'un, le stagiaire apprendrait surtout la minutie des examens cliniques ; chez l'autre, il acquerrait une fine psychologie du malade et de son entourage ; le troisième lui communiquerait ses méthodes de travail, de classement des fiches, des documents et dossiers.

Une pédagogie du stage serait étudiée et les résultats des stages établis dans des rapports et transmis au C.H.U. Le choix des maîtres de stage s'effectuerait auprès de ceux qui sont connus pour le sérieux de leur pratique, de la valeur de leurs contacts humains, de leur assiduité à l'E.P.U. Des modalités pratiques et juridiques seraient à préciser.

Les praticiens auraient ainsi, facilement, des remplaçants indispensables pour la remise à jour de leurs connaissances, l'éducation permanente, selon M. PISANI, n'étant pas plus l'utopie des années 1965-70 que ne le fut l'école primaire gratuite et obligatoire en 1880-85. Les praticiens devraient participer, d'ailleurs, comme cela existe en Amérique, à l'enseignement dans les C.H.U. et aider aux consultations. Ils pourraient ainsi faire bénéficier étudiants et universitaires de leurs observations souvent perdues pour la science, faute d'être extériorisées. N'oublions pas que leur rôle dans la recherche n'est pas négligeable. La nocivité de la Thalidomide n'est-elle pas due aux observations d'un omnipraticien allemand ?

L'enseignement post-gradué est considéré par nos confrères américains comme plus important encore que l'enseignement de base, en raison de la multiplication très rapide des découvertes médicales.

En Allemagne, le code de déontologie l'a rendu obligatoire. Pour les citoyens, il est facile d'organiser l'E.P.U. dans le cadre hospitalier avec présentation de malades, flashes, conférences, projections, présentations de dossiers et déplacements d'enseignants, et c'est ce qui se fait en France dans de nombreuses villes. Toutefois, pour les ruraux, les stages hospitaliers, tels qu'ils ont été créés à Nancy et à Tours, ont une réelle valeur pratique. Ils méritent d'être améliorés et multipliés. Pour sa part, le Pr PEQUIGNOT affirme que la formule la meilleure serait une fonction temporaire dans un service hospitalier. Il faut également souligner l'extrême importance de la lecture régulière d'une bonne revue médicale et il en est en France d'excellentes avec leurs articles et systèmes de classement des dossiers.

Quant à l'enseignement télévisé, nous le désirons hebdomadaire, à des heures convenables, conçu par des cliniciens avec un maximum d'images pour un minimum de paroles.

L'E.P.U. nous apparaît comme lié à la fonction et inséparable d'elle. C'est une des conséquences inévitables des progrès de la médecine.

Notons, pour le regretter, ce que représente de temps perdu et de richesses inexploitées, le service militaire, pour l'enseignement pratique des jeunes médecins, en même temps que pour l'éducation sanitaire des jeunes recrues.

L'organisation du cabinet médical, sa gestion et son administration devront faire aussi, bien entendu, l'objet d'entretiens entre médecins, techniciens et étudiants.

Ainsi formé par un enseignement de valeur, tant dans les C.H.U. que dans les milieux de vie de ses malades et auprès de ses confrères, le jeune omnipraticien qualifié sera bien armé pour prendre ses responsabilités, tant sur le plan clinique que sur le plan de la prévention et sur celui des problèmes humains.

Aussi, pour que soient officialisées les dimensions nouvelles qu'il aura acquises, nous demandons que lui soit confié le carnet de santé réclamé par CIBRIE il y a bien longtemps. Si on ne donne pas — dit le Pr MARTINY de l'Ecole d'anthropologie de Paris — une existence légale obligatoire au carnet de santé, la médecine risque de se déshumaniser par la force des choses. Une telle création permettrait de rassembler tous les documents intéressant l'histoire sanitaire du patient et chaque événement pathologique y serait consigné. Le médecin de famille prendrait ainsi totalement en charge son malade. Il exercerait une médecine efficace assumée bien entendu, avec les divers spécialistes consultés.

Maintenant, très chers confrères, et pour conclure, que penser de ces projets, de cette réforme ?

A) AVONS-NOUS MANQUE DE SAGESSE, DE BON SENS, DE MATURITE ?

Avons-nous cédé à la démagogie, traumatisés par les événements de mai ?

Sommes-nous de vieux enfants attardés, rêvant à contre-courant d'une médecine technocratique hautement spécialisée ?

S'il en est ainsi, il faut reconnaître que nous sommes en bonne compagnie :

- 1) tant auprès de l'A.N.E.M.F. qui a dit dans ses derniers congrès qu'il fallait redonner à l'omnipraticien sa véritable place dans l'existence d'une médecine moderne.
- 2) que des professeurs et étudiants qui, dans le livre Blanc, ont réclamé la fin de la ségrégation et l'égalité de toutes les disciplines ;
- 3) que des plus grands noms de la médecine française qui, depuis plus de 20 ans, crient casse-cou à la prééminence démentielle de la technique sur la clinique (PASTEUR-VALLERY-RADOT, DELORE, JOANNON, FASQUELLE, WAHREMBOURG).

B) LA REFORME DES ETUDES MEDICALES EST-ELLE EXCLUSIVEMENT AFFAIRE DE SPECIALISTES ET L'OMNIPRATICIEN N'A-T-IL RIEN A Y VOIR ?

Mais le reproche inverse nous a précisément été fait et depuis trop longtemps déjà.

1) C'est le Pr DELORE, en 1955, au Congrès d'Evian, qui nous demandait de mesurer ce qu'il appelait les grandes responsabilités de la profession en matière de réforme des programmes d'études.

2) C'est le Pr JOANNON qui, à Dax, en 1962, disait textuellement : "Vous devez vous occuper de l'E.P.U. qui vous appartient, mais aussi mettre les pieds dans le plat relativement à l'enseignement universitaire de vos cadets", l'enseignement de qualité n'étant pas, disait-il, le transfert pur et simple de ce que l'on sait mais celui qui est toujours calibré, orienté, modelé sur les fonctions futures.

Notre religion est donc, en la matière, bien établie.

C) NOS IDEES CHOQUENT-ELLES PAR LEUR CONTENU ?

Mais la primauté réservée actuellement aux sciences fondamentales a été dénoncée depuis longtemps par tous les cliniciens.

- 1) Le doyen Emile ARON parle de "programmes démentiels" au détriment de l'hôpital.
- 2) Le gastro-entérologue SARANO, lui, parle de "luxe monstrueux".
- 3) Le Pr AMSLER veut, dit-il, "élaguer les programmes abusivement surchargés au bénéfice de la clinique car ce sera, en définitive, au bénéfice du malade".

Le professeur bordelais, LAUMONNIER, se plaint que les facultés de médecine soient devenues des établissements de licences ès sciences.

Quant au professeur parisien, BARBIZET, il va plus loin encore et, dans le Concours médical du 20-7-68, déclare, à propos du Livre Blanc, que "dix mois de sciences fondamentales en première année, c'est beaucoup et c'est trop, c'est ardu, c'est abstrait, c'est trop éloigné de la vie médicale".

Notre position, en la matière, n'a donc rien d'excessif.

D) S'AGIT-IL DE S'ELEVER CONTRE LES FACULTES DE MEDECINE OUVERTES A TOUS LES BACHELIERS ?

Mais le Pr DE GENNES n'a-t-il pas écrit : "C'est la culture générale qui doit dominer dans la logique du diagnostic" ?

Le professeur grenoblois, JOYEUX, et ses collaborateurs n'ont-ils pas, après enquête, démontré que "si les bacheliers scientifiques réussissent mieux en sciences fondamentales, ils font preuve de désarroi mental, de manque d'intérêt pour le colloque avec le malade, d'incompréhension même de ce qu'est le sens clinique et qu'en définitive les meilleurs cliniciens sont ceux qui ont reçu une formation humaniste" ?

En réalité, il ne faut pas confondre l'enseignement destiné aux chercheurs avec celui qui est nécessaire aux praticiens de toutes disciplines.

Alors, va-t-on se priver d'excellents cliniciens qui sont éliminés pour leur formation humaniste quand il faut dix fois plus de cliniciens que de chercheurs ?

E) NOUS FAIT-ON REPROCHE DE VOULOIR, PAR LA CREATION DU C.E.S. DE MEDECINE GENERALE, PROMOUVOIR NOTRE PROFESSION ET ABOLIR LA SEGREGATION ACTUELLE ?

Mais, en dehors de quelques technocrates et spécialistes devenus de plus en plus discrets, la plupart des grands patrons sont avec nous.

Le Pr DE SEZE se prononce pour "la mise sur un plan d'égalité du spécialiste et du généraliste, la discrimination actuelle étant - dit-il - extrêmement choquante".

Pour le professeur agrégé bordelais, BENTEGEAT, c'est le seul moyen d'éviter la catastrophique disparition du médecin de famille et l'abandon de la médecine générale aux moins aptes.

Quant au Pr THOUVENOT, en physiologiste conséquent, il dit que "la médecine omnipraticienne en tant que spécialité, se justifie non seulement sur le plan humain, mais aussi sur celui de la physiologie des grandes régulations et des inter-réactions psycho-viscérales". Et c'est l'évidence !

F) L'IMPOSSIBILITE DE CONFIER DES FONCTIONS EXTERNES AUX ETUDIANTS PAR MANQUE DE LITS ?

La question est maintenant tranchée puisque les ministres responsables viennent de se prononcer.

Bien entendu, pour Paris, ce sera facile : chaque externe aura de 8 à 10 lits. Mais, en province, le C.H.U. devra sortir du cadre étroit qui est le sien et s'étendre aux hôpitaux périphériques. Ainsi, Lille devra intégrer Roubaix et Tourcoing, et peut-être d'autres villes proximales. L'étude du recensement de tout ce qui est possible en matière hôpitaux-enseignants est urgent.

Il n'en demeure pas moins mathématiquement établi qu'un C.H.U. ne peut former qu'un nombre limité d'étudiants, qu'il n'est pas vrai qu'il soit raisonnable de dépasser l'effectif de 800 étudiants, qu'il existe un rapport optimum enseignants-enseignés et enseignés-nombre de lits, et qu'il est démagogique de sacrifier la qualité à la quantité.

La Communauté Européenne ne pourra négliger ces considérations si elle veut que ses diplômes médicaux soient reconnus à égalité en Amérique, ce qui n'est pas le cas à ce jour et, précisément, en grande partie pour ces raisons.

D'autre part, le nombre des médecins à former à l'échelle européenne n'est pas illimité. Il devra toutefois être estimé largement, compte tenu des besoins européens et de ceux du Tiers-Monde.

G) L'ENSEIGNEMENT INTEGRE ET LA CONCEPTION DU DEUXIEME CYCLE PAR CERTIFICAT PARRAISSENT-ILS ABUSIFS ?

N'oublions pas que ces méthodes ne sont pas nées de la révolution de mai ; elles existaient déjà dans d'autres pays, et nos professeurs et étudiants n'ont fait qu'en reprendre l'idée.

Les Prs BOUDIN et DE SEZE s'y sont ralliés avec détermination. Le doyen toulousain, LAZORTHE, en fait les piliers de la réforme dans sa faculté.

H) LA SELECTION ET LES EXAMENS ?

En cette matière, nous sommes contre toute facilité.

Certes, nous connaissons les revendications des étudiants, les études du Pr PAGES et des spécialistes sur l'emploi des méthodes électroniques pour tester les connaissances. Nous ne tenons pas à défendre l'époque des diligences au siècle de M. Edgar FAURE, mais le sujet est si grave qu'il mérite réflexion. Il ne peut y avoir d'autre solution qu'admise à l'échelle européenne, sans contestation aucune.

Nous nous prononçons toutefois fermement contre les examens globaux de fin d'année et pour les examens échelonnés et avec épreuves cliniques.

Nous divergeons également des auteurs du Livre Blanc sur la sélection. Pour nous, praticiens, réalistes, au-delà du premier cycle, une sélection s'impose nécessairement à l'issue de la deuxième année de médecine, afin de permettre le passage du statut de l'étudiant stagiaire à celui d'externe rémunéré.

Le Syndicat des Omnipraticiens est, on le sait, affilié à la Confédération des syndicats médicaux français. Un juste hommage doit être rendu au Président MONIER qui a présidé à la signature de l'abolition des zones D et C et qui a donc apporté sa contribution à la réalisation du Congrès national imaginé par notre Président VALINGOT (Applaudissements)

Les conclusions des études confédérales des 3, 17 et 22 juillet 1968 à Paris, sous la présidence du professeur agrégé BAR, sont très proches de cette étude.

En particulier, il importe de souligner notre accord total :

- a) Sur l'autonomie des Universités, les régions étant plus faciles à intégrer dans la Communauté politique européenne que l'hexagone pris dans son ensemble.
- b) Sur l'initiation aux études supérieures avec la réforme de l'enseignement secondaire.
- c) Sur la nécessité de considérer la médecine générale comme une spécialité à part entière, avec des études particulières et un diplôme spécifique ; cette option est, dans le monde d'actuelle ségrégation de la médecine française, une authentique réforme, j'allais dire la grande révolution pour notre monde d'omnipraticiens.
- d) Sur la durée totale de 8 ans des études pour aboutir au produit final.
- e) Sur le deuxième cycle d'enseignement intégré de 3 ans par certificat.
- f) Sur les fonctions d'externe, rémunérées à partir de la deuxième année de ce cycle.
- g) Sur la thèse de docteur en médecine suivie de la mention "médecine générale", "cardiologie", etc...
- h) Sur le stage auprès de l'omnipraticien, avec des modalités faciles à définir.

On nous permettra toutefois d'indiquer, pour reprendre une expression de notre ami Honoré, ce qui fait notre originalité. Car, depuis sa fondation, notre mouvement d'omnipraticiens a, hélas ! trop souvent seul au sein du Corps Médical, lutté pour des solutions, pour une réforme qui compte maintenant un nombre impressionnant de partisans dans tous les milieux médicaux, universitaires et usagers de la médecine.

Nous affirmons donc nos idées particulières :

- 1) Sur le premier cycle de propédeutique (ex. C.P.E.M.) un an nous paraît suffisant.

La deuxième année d'où est exclue, selon le projet confédéral, toute référence à un enseignement clinique n'est pas nécessaire pour aborder l'enseignement intégré qu'un patron, comme le Pr BARBIZET, souhaiterait même d'abord plus précoce.

Cette deuxième année perdue pour le contact médecin-malade, donc perdue pour le malade, serait des plus fructueuses si elle était reportée au troisième cycle. Elle permettrait, en effet, une année supplémentaire d'internat et de formation spécialisée.

- 2) Le rapport confédéral parle de spécialités courtes (médecine générale, obstétrique, O.R.L.) et de spécialités plus longues (pédiatrie, neuropsychiatrie), les uns nécessitant 3 ans et les autres 4 ans d'études spécialisées.

Selon nous, la pédiatrie peut être étudiée en 3 ans. Quant à la neuropsychiatrie, le principe est admis de la scinder en une neurologie et en une psychiatrie autonomes. Trois ans doivent également suffire pour chacune qui veut acquérir la dimension psychanalytique.

Seules, deux disciplines nous paraissent requérir une formation plus longue :

- a) Les diverses spécialités chirurgicales, pour des raisons évidentes d'apprentissage minutieux des techniques.

- b) La médecine interne, cette spécialité qui exige bien cinq ans de formation particulière, l'interniste étant dans notre esprit, le consultant du généraliste pour tout ce qui concerne le diagnostic somatique et les explorations fonctionnelles.

- 3) Nous relevons également, dans les études confédérales, des dispositions qui ne sauraient recueillir notre approbation.

- a) Pourquoi, par exemple, l'interne de C.H.R. devrait-il abandonner titre et fonction pour pouvoir se présenter à l'internat de C.H.U. ?

- b) Pourquoi le consultant de médecine interne devrait-il obligatoirement être un ancien interne de C.H.U. nommé au concours ?

S'il en devenait ainsi, il y aurait là régression par rapport au cycle long imaginé par d'éminentes personnalités ordinaires et universitaires qui envisageraient ainsi l'accession à cette fonction d'omnipraticien de qualité.

- c) Le titre d'ancien interne de C.H.U., obligatoire pour les fonctions hospitalo-universitaires, est également une erreur. Pourquoi ne pas laisser tous les concours à la portée de tous les médecins ? Pourquoi établir des barrières au lieu d'ouvrir les portes toutes grandes ? Les difficultés des concours et l'anonymat de l'écrit défavoriseraient-ils les internes de C.H.U. ?

Ce n'est pas sérieux ! Inspirons-nous des idées émises par M. DUHAMEL, médecin des hôpitaux de Paris, et que tous ceux qui en ont les capacités puissent accéder à n'importe quelle fonction, sans privilège d'aucune sorte.

1) NOUS REPROCHE-T-ON DE DEMANDER NOUS AUSSI LA SUPPRESSION DE L'INTERNAT ACTUEL QUI SEMBLE DEVOIR ETRE SOUTENU PAR LA CONFEDERATION, AVEC DES AMENAGEMENTS ?

Mais l'observation des divers systèmes d'études médicales en Amérique et en Europe même, montre que les concours français avec leurs barrières sont uniques au monde. Ne faut-il pas, au seuil de l'intégration européenne, rapprocher les modes de formation ?

Si l'on veut, demain, promouvoir des praticiens de qualité — et ceci est valable pour toutes les disciplines ou spécialités — il faudra donner des responsabilités internées à tous ; car, sans internat, il n'est pas de formation clinique et pratique qui assure la sécurité aux malades.

Nous ne méconnaissons ni la valeur ni les titres de gloire de l'internat actuel mais, dans notre esprit, il n'y a pas là querelle de doctrine mais bien plutôt de vocabulaire. Nous avons trop le souci du respect des véritables élites pour tenter de supprimer les concours qui permettent de les dégager. Mais dans une telle réforme des études médicales, avec la création de l'internat de fonction de style américain, l'actuel internat de C.H.U. doit se transformer en la résidence de demain, par un concours très voisin. Nous sommes d'ailleurs entrés en contact avec de nombreux internes de villes universitaires et reprendrons ces études en accord avec eux dans les mois prochains. Le ministre, M. Edgar FAURE, a, d'ailleurs, envisagé cette mutation de l'internat de C.H.U. lorsque le premier et le deuxième cycle des études médicales seraient au point (voir **Concours Médical** du 7.9.68, page 5 774).

Nous ne croyons pas qu'il existe des divergences sérieuses, car il ne faut pas oublier les dimensions européennes qui conditionneront les solutions définitives à tous ces problèmes. L'intérêt majeur du malade, premier servi, avec des cliniciens authentiquement formés, passe avant la défense de certaines petites bastilles ou chapelles d'intérêts particuliers.

Ce que nous voulons en définitive, c'est, la qualité étant assurée, un système ouvert à tous et qui assure la promotion sans barrières.

Que deviendraient, dans une telle optique, les omnipraticiens actuels ?

Seraient-ils abaissés au rang de médecine de deuxième classe, de simples officiers de santé ?

L'hypothèse nous en paraît exclue, par analogie avec ce qui s'est passé il y a 15 ans, lorsque les certificats des diverses spécialités ont été créés. Nos confrères n'ont-ils pas tous, à l'époque, été confirmés dans la spécialité qu'ils exerçaient alors ?

Toutefois, en présence d'une réforme d'une telle ampleur, nous estimons que notre devoir serait de procéder à une révision honnête de nos connaissances, de mesurer tout ce qui nous manque et de l'acquérir progressivement par l'E.P.U.

Messieurs, nous aurons demain des omnipraticiens qui auront conquis prestige et dignité par l'égalité de formation et de valeur dans les C.H.U. européens, avec des diplômes européens, d'une classe internationale incontestée.

N'oublions pas non plus que demain l'informatique aidera le médecin dans ses diagnostics, ses fichiers, sa thérapeutique, et contribuera à redonner à la clinique, au colloque singulier, aux relations médecin-malade une ampleur jamais atteinte dans une société de haut niveau technique et culturel.

Ces vues ne sont pas d'une autre planète. Nous sommes toujours en retard sur les idées, sur les hommes, sur l'évolution.

Souvenons-nous avec Louis ARMAND que "tout évolue si rapidement que le présent est déjà du passé, et le futur déjà du présent".

Soyons délibérément de notre siècle. Les idées lancées par nos maîtres à penser sont en train de conquérir l'ensemble du monde de la santé, les faits sont en marche. Notre volonté et notre sagesse conditionneront les moissons futures.

(Applaudissements prolongés).