

MÉDECINE GÉNÉRALE ET SANTÉ

**Principes
et perspectives**

Février 1986

Mouvement d'action des généralistes
BP 541 - 12005 Rodez

PRÉAMBULE

Né du constat de l'inadaptation du discours syndical pluri-catégoriel aux réalités quotidiennement vécues par les médecins généralistes, le « Manifeste » des Dix (mai 1984) s'est prolongé par la création du Mouvement d'action des généralistes en octobre 1984.

Tout en respectant les acquis antérieurs du système de santé, les mutations de cette fin de siècle nous amènent à formuler les propositions de ce livret en vue de maintenir la qualité des soins, et d'adapter la réponse apportée par la médecine générale aux besoins de l'ensemble de la population, quelles que soient les contraintes actuelles ou futures.

LA MÉDECINE GÉNÉRALE

La médecine est une science qui a pour objet d'identifier, de guérir les maladies, de soulager la souffrance, et de préserver la santé.

Le médecin généraliste est le médecin qui, par sa formation spécifique et sa pratique, est le médecin du premier recours, de la continuité des soins et de la synthèse diagnostique et thérapeutique.

Outre ce rôle curatif primordial, le généraliste se doit toujours d'étendre son action à la prévention, l'éducation sanitaire, la recherche, l'épidémiologie...

Ce médecin, choisi par son patient, connaît son environnement familial et social et considère l'individu comme un tout. A son écoute, il établit avec lui une relation privilégiée qui autorise à la fois un abord scientifique et humain.

GENERALISTE
MÉDECIN DE L'INDIVIDU
DANS SON ENVIRONNEMENT

HOMME DE SCIENCE
(abord technique)

HOMME DE LA RELATION
(abord psychologique
et social)

SYNTHÈSE DE DEUX SAVOIRS

Savoir scientifique
(essentiellement d'origine
universitaire)

Savoir relationnel
(essentiellement acquis
par la pratique)

Inter-communication
nécessaire
dès la formation initiale

FONCTIONS

1) C'est le médecin du premier recours

A. - Disponibilité

Chacun sait que le généraliste reçoit le plus souvent la demande initiale, quelle que soit sa nature, et y répond de façon adaptée, en consultation ou en visite.

La convention spécifique doit lui donner les moyens de maintenir cette **disponibilité**, tant appréciée de ses patients, et élément essentiel de la **médecine de famille**.

B. - Appels urgents

Le développement des structures d'aide médicale urgente est une réalité irréversible imposée, en particulier, par la nécessité de coordonner les secours et d'assurer l'accueil des blessés et malades graves (urgences vitales).

Néanmoins, il est établi que **90 % au moins** des appels médicaux urgents relèvent de l'intervention du médecin généraliste.

La loi sur l'aide médicale urgente doit garantir la **parité** entre le secteur libéral et le secteur public.

La médecine générale doit gérer les appels urgents (régulation, gardes et interventions) en **parfaite complémentarité et à égalité** avec les organismes publics (SAMU/SMUR, Centres 15, S.P.).

Il est très souhaitable que les médecins généralistes **installés** organisent de façon indépendante des systèmes de garde et de permanence des soins fiables assurant une réponse compétente et personnalisée à l'urgence.

La multiplication des corps d'« urgentistes » serait néfaste à l'ensemble de la profession.

Le régulateur de l'urgence ou le médecin de garde doivent être des généralistes installés.

Enfin, le généraliste participe aux plans de secours et d'assistance sanitaire mis en œuvre lors d'une catastrophe majeure.

C. - Premier recours et libre choix

a) **La médecine de premier recours doit être compatible avec le libre choix.** En dehors des rares cas nécessitant un accueil en milieu très spécialisé (par exemple : neurochirurgie), le patient doit toujours pouvoir choisir le médecin ou l'établissement auquel il confie sa santé.

Par contre l'accès **anarchique** à tout moment à n'importe quelle structure de soins est préjudiciable **médicalement** et **économiquement** à tout le monde :

- il est néfaste quant à l'état sanitaire de la population (mauvaise orientation, multiplication d'exams complémentaires, absence de suivi médical, éparpillement du dossier médical, etc.) ;
- il est néfaste pour la société par le coût superflu engendré ;
- il est néfaste pour l'organisation des différentes structures de soins qui, bien souvent, fonctionnent sur le mode concurrentiel plutôt que sur le mode complémentaire. Chacun doit avoir sa place, la médecine spécialisée libérale ne doit pas intervenir dans le domaine des soins de premier recours.

L'hôpital, qui doit être un lieu de haute technicité, ne doit pas concurrencer de manière déloyale la médecine spécialisée libérale et la médecine générale en développant les consultations hospitalières.

Nous demandons donc une meilleure **coordination** entre les différentes structures de soins.

Nous demandons une **régulation**, de l'accès aux spécialistes.

Nous exigeons des campagnes **informatives** pour un usage plus rationnel de la médecine générale et du système de santé.

2) C'est le médecin de la continuité des soins.

Il assure le suivi des malades, de leur traitement :

- suivi d'une maladie chronique chez un même malade ;
- suivi de maladies différentes chez un même malade ;
- suivi familial à tous les âges de la vie : de la pouponnière à la maison de retraite.

Il est conjointement responsable de l'hospitalisation à domicile.

Il est responsable dans le maintien à domicile.

Il coordonne l'action des para-médicaux.

Il assure les liaisons avec les travailleurs sociaux et entre para-médicaux et travailleurs sociaux.

Il gère la permanence des soins.

Il participe aux examens de médecine préventive : médecine du travail, médecine scolaire, PMI, examens d'aptitudes divers.

Il assure une continuité dans la connaissance du malade, de sa famille, de son environnement familial.

Toute consultation spécialisée doit s'intégrer dans cette continuité : le généraliste informe le spécialiste. Le spécialiste communiquant son avis au généraliste, retrouve son rôle de **consultant**.

Toute hospitalisation dont le généraliste n'est pas informé précocement et dans laquelle il n'est pas partie prenante, porte atteinte à cette continuité.

Nous voulons une reconnaissance du **statut du médecin généraliste auprès du malade hospitalisé** quelle que soit la structure hospitalière (privée, publique, HAD, médecine, chirurgie, obstétrique). Cette fonction doit être **rétribuée dans un cadre conventionnel**.

Nous insistons sur l'importance du maintien et du développement de l'hôpital local (cf. annexe p. 18).

3) C'est le médecin de la synthèse

A. - Capacité de synthèse

L'acte médical généraliste prend en compte différents pôles d'intérêt, en réalise la synthèse :

- Pôles d'intérêt technique, relationnel, social, économique.

Synthèse de tout ce qui concourt à la maladie ou influence son évolution (clinique, personnalité, contexte familial et professionnel).

Synthèse des avis spécialisés.

Synthèse de traitements prescrits par des spécialistes différents.

Il doit être responsable de l'adaptation et du suivi des traitements conseillés par les médecins spécialistes ou hospitaliers.

Son acte médical **en lui-même** est une synthèse qui permet un diagnostic et un comportement thérapeutique équilibrés. Le généraliste doit connaître l'influence de son propre comportement sur son attitude thérapeutique.

B. - Capacité de communication

Le généraliste doit être en mesure de **communiquer** : communiquer avec son malade, mais aussi avec ses confrères spécialisés dans chaque discipline, et les chercheurs : **nécessité d'une culture scientifique** étendue.

Il doit être en mesure aussi de **communiquer** avec ses confrères généralistes et d'enseigner cette communication :

- importance d'un langage commun de **médecine générale** (nécessité d'une formation aux techniques de communication).

4) C'est aussi le médecin

A. - de la prévention et de l'épidémiologie

Aujourd'hui, le médecin n'a plus à faire face seulement à la maladie mais surtout à la complexité d'apparition des maladies. En cette fin du xx^e siècle, aux périls des maladies infectieuses ont succédé de nouveaux fléaux qui ont pour nom :

- maladies cardiovasculaires ;
- cancers ;
- affections psychiatriques ;
- accidents de la route ;
- alcool, tabac.

« On comprend mieux dès lors que l'opposition curatif/préventif, ne répond à aucune réalité puisque l'interpénétration de ces composants est le fait même de l'acte de médecine générale (Gallais, SFMG). »

Le généraliste agit :

- en amont de la maladie par la prévention primaire et l'éducation sanitaire ;
- au stade initial de la maladie par la prévention secondaire et le dépistage ;

- en aval de la maladie par la prévention tertiaire : prévient les rechutes et les pertes d'autonomie (alternatives à l'hospitalisation) et aide à la réinsertion dans le milieu social.

Il procède à des travaux de recherches (recherche clinique, thérapeutique, épidémiologique), aidé en cela par l'outil informatique et télématique.

Il doit participer aux tâches de santé publique : médecine scolaire, médecine pénitentiaire, médecine du sport, PMI, etc.

B. - du temps médico-social

Avec travail en équipes pluri-disciplinaires (cf. annexe).

C. - de la gestion et de l'évolution de sa profession

Soucieux de la formation de ses futurs confrères, il participe à **part entière** à l'enseignement de la médecine générale, avec un **statut** identique à celui des autres enseignants.

Il prend une part active aux travaux des organismes professionnels représentant la médecine générale et participe aux instances paritaires.

Toutes ces fonctions correspondent à un exercice spécifique qui fait de la médecine générale une discipline à part entière.

EXERCICE SPÉCIFIQUE CONVENTION SPÉCIFIQUE

Encore aujourd'hui, par carence d'enseignement de la médecine générale, par absence de volonté politique de reconnaître le contenu professionnel du généraliste, les généralistes surtout formés sur le terrain pratiquent leur discipline, en dehors de tout cadre législatif et juridique définissant les fonctions du médecin généraliste.

Il devient donc urgent d'institutionnaliser cette définition dans une CONVENTION SPECIFIQUE afin que toutes ces tâches qui font partie intégrante de la pratique généraliste soient facilitées, reconnues et rémunérées.

La convention 1985 :

- Ne permet pas de concilier les impératifs d'une médecine spécialisée très technique intervenant au coup par coup et les impératifs de synthèse et de continuité de soins qui sont l'apanage de la médecine générale.

- Ne permet pas d'apporter de réponse au problème de la **démographie médicale**.

- Est source profonde de division car il s'agit d'une alliance forcée de co-contractants aux intérêts divergents.

- N'introduit aucun principe général de coordination : **coordination** qui devrait être fondée sur des **nécessités humaines** (opposition d'une médecine de l'homme total par rapport à la médecine d'organes), et non fondée sur des **nécessités structurelles** (préservation de l'hospitalo-centrisme).

Principes structurels d'une convention spécifique

A. - La nomenclature :

Elle est actuellement inadaptée.

« Le C et le V ne définissent pas le contenu de l'acte mais son lieu de réalisation. »

a) Le C : par un seul C, le généraliste apporte plusieurs réponses au patient. L'acte de médecine générale, complexe, est réduit ici à sa plus simple expression et est **nettement sous-évalué**.

b) Le V : acte spécifique de la médecine générale française, il ne correspond plus dans sa conception à la réalité. Trois sortes de visites peuvent déjà être définies ; chacune correspondant à un **niveau d'astreinte** différent pour le généraliste.

1) La **visite programmable** (dans le maintien à domicile des personnes âgées par

exemple). Elle sera généralement effectuée à un moment qui convient au médecin et pourra être parfois programmée plusieurs jours à l'avance.

2) La **visite à effectuer le jour même** : elle correspond à des maladies passagères, épisodes saisonniers, maladies infantiles.

3) La **visite urgente** : il faut l'effectuer séance tenante, abandonnant s'il le faut les consultations.

Cette dissociation du V aura un double intérêt :

- anticiper le développement des alternatives à l'hospitalisation ;
- favoriser la réponse à l'urgence des médecins généralistes, à moindre coût final pour l'assurance-maladie.

c) La **cotation des actes en K** du généraliste est aujourd'hui **dissuasive**, car la rému-

nération de ces gestes techniques souvent longs et nécessitant un investissement en matériel, est devenue inférieure au C, le plus souvent.

Ces actes, en particulier les actes de petite chirurgie sont donc effectués dans des structures plus lourdes et plus chères qui ont une meilleure connaissance de l'utilisation de la nomenclature et où se rajoute le forfait salle de soins.

Un tel état de fait est incompatible avec une bonne utilisation économique du système de santé.

Pour cela, nous voulons que les généralistes aient la possibilité de reconquérir tous ces actes techniques qui s'inscrivaient dans le champ traditionnel de leur activité, et disposent :

- d'une facilité d'accès à un plateau technique minimal à leur cabinet ;
- d'une nomenclature adaptée.

B. - Rémunération des tâches non curatives

Il faut permettre aux médecins généralistes d'exercer de manière effective, **d'une part** des activités qui font partie intégrante

de leur champ traditionnel d'intervention et **d'autre part**, des activités dans lesquelles leur intervention **compétente et responsable** est nécessaire au bon fonctionnement des services de santé (temps médico-social, dépistage, épidémiologie, régulation des urgences...).

Pour la rémunération de toutes ces tâches, la Sécurité sociale pourrait fournir un budget global, puisé sur le budget de l'action sanitaire et sociale qui pourrait être augmenté.

Cela aboutirait à moyen et à long terme à **une meilleure gestion du budget social de la nation.**

Cette rémunération pourrait être fixée sur la **base d'une journée de travail par semaine ou de deux demi-journées**

La rémunération telle qu'elle est conçue aujourd'hui ne permet pas de rémunérer l'ensemble des tâches du généraliste.

S'il faut donner une juste valeur dans l'échelle sociale à la rémunération du généraliste, elle doit être estimée, au minimum, au revenu d'un cadre supérieur.

Le paiement à l'acte doit être complété — et non pas remplacé — par d'autres formes de rémunération, pour certaines fonctions.

EXERCICES MÉDICALS CONVENTION SPÉCIFIQUE

JUSTICE FISCALE ET SOCIALE

Force est de constater le paradoxe de notre situation, nous sommes considérés comme exerçant une profession libérale dont les honoraires sont pourtant fixés par le gouvernement, les revenus parfaitement connus et déclarés par des tiers, sans aucune possibilité de promotion professionnelle et sans aucune reconnaissance de l'expérience professionnelle acquise au cours du temps d'exercice de cette profession.

Nous subissons les contraintes des libéraux et des salariés, sans bénéficier pleinement des avantages de l'un ou l'autre statut. Dès lors nous demandons la justice fiscale et sociale... selon le principe d'égalité inscrit dans la constitution de la République française :

- le réaménagement de la Caisse autonome de retraite des médecins français ;

- l'application des principes de déductions fiscales (10 % puis 20 %) sans qu'il soit obligatoire d'adhérer à une AGA ;
- la prise en compte de l'amortissement du véhicule professionnel à hauteur du coût réel, revalorisé régulièrement ;
- la prise en compte de l'activité des conjoints de médecins généralistes sous forme qu'il conviendra de déterminer ;
- l'ouverture des droits accordés actuellement à toutes les femmes françaises, aux femmes médecins au cours de la grossesse ;
- la reconnaissance de l'existence des accidents du travail (ex. : accident de circulation en visite urgente, danger de certains malades) et des maladies professionnelles (ex. : hépatite B).

Cette liste n'est pas exhaustive...

FORMATION MÉDICALE INITIALE

Résolution du conseil de l'Europe

« Sans formation spécifique, la médecine générale ne peut s'améliorer et atteindre un niveau élevé... »

« De nombreux médecins spécialistes et universitaires participeront à l'enseignement de la médecine générale. »

« Toutefois les enseignants seront les **omnipraticiens eux-mêmes**. En fait, tous les enseignants de médecine générale y compris les professeurs d'université doivent, pour être efficaces, conserver une **activité pratique**. De plus, un tel enseignement demande des crédits et des installations. »

« Pour qu'elle puisse disposer des faits et des autres moyens voulus, il est indispensable que la profession médicale, les gouvernements et les universités reconnaissent la médecine générale comme une **discipline autonome**. »

Cette reconnaissance s'imposera de fait dans les dix prochaines années. Deux pays aujourd'hui bloquent la mise en application des textes visant à cette reconnaissance : la France et l'Espagne.

En France :

La participation symbolique des généralistes à l'enseignement, voilà la seule minime concession d'une réponse à l'égard de la médecine générale qu'on se permet par ailleurs de décapiter.

L'université renâcle, l'Education nationale rogne les budgets, et les généralistes pallient bénévolement la défaillance des uns et des autres...

35 000 futurs généralistes attendent réparation de la part des pouvoirs publics et de l'université d'un **déclassement arbitraire** de la médecine générale qui officialise une sélection par l'échec.

Que nos réformateurs prennent acte des réalités et des exigences suivantes :

1. - L'enseignement de la médecine générale n'est pas une simple juxtaposition de parcelles de spécialités.

Il appartiendrait aux universitaires d'en réaliser la **synthèse** à partir d'une conception **globale** de la médecine générale, elle-même issue d'une étude objective de la **fonction** du généraliste.

Ce dernier, **maître d'œuvre** de l'action médicale, doit posséder une culture médicale étendue qui n'est pas limitée à l'apprentissage de quelques soins courants.

Son rôle de **thérapeute**, de médecin de la **continuité**, de la **synthèse**, sa place de **médiateur** entre les spécialistes et les malades, l'exige absolument.

C'est un médecin responsable, exerçant une discipline particulièrement difficile.

2. - Le généraliste, technicien de la santé, capable d'associer à son action technique « une action psychologique personnalisée » (**Hamburger**) doit se former tout au long de ses études universitaires aux différentes techniques d'une « **psychologie médicale** » indispensable à l'exercice de son art.

3. - Le généraliste ne s'occupe pas que de « soins primaires ou secondaires ». Il **prescrit** aussi, seul ou en accord avec les spécialistes, des traitements complexes qu'il doit **surveiller, compléter, adapter** et surtout faire accepter.

Il **apparaît donc que l'enseignement thérapeutique** réservé au généraliste au cours du 3^e cycle doit être confié à des généralistes enseignants, en raison notamment du « **savoir relationnel** » qu'il exige.

Les thérapeutiques non médicamenteuses doivent avoir leur juste place et ne plus faire l'objet « d'exercices particuliers » non contrôlés.

4. - Le généraliste est un « **décideur** ». Responsable de la santé d'un individu, il assiste son patient en toute indépendance, et

mérite sa confiance. Avant d'exercer, il doit s'entraîner à prendre seul des décisions, parfois rapides, à partir d'un petit nombre d'éléments cliniques, dans des conditions différentes de celles de l'hôpital. Seuls des généralistes peuvent dispenser cet enseignement en recréant des conditions aussi proches que possible de la réalité. (Etude de cas, mises en situation, partage de l'expérience).

5. - Enfin : faut-il le rappeler, tant cela semble être le bon sens :

Le stage chez le praticien doit être obligatoire.

6. - Les généralistes, en raison des échanges permanents et prolongés qu'ils entretiennent avec l'ensemble de la population, de leur capacité à évaluer, instantanément et exactement, les risques encourus par chacun de leurs patients, de leur connaissance du terrain jouent un rôle essentiel en matière de **prévention et d'éducation sanitaire**. Ces disciplines et leur méthodologie **ne s'improvisent pas**. Il est nécessaire d'en prévoir un enseignement complet.

7. - Les programmes universitaires doivent **obligatoirement** inclure une approche des problèmes **sociaux, économiques, administratifs, légaux** auxquels les généralistes se trouvent confrontés sans y avoir été préparés.

8. - Le généraliste doit s'initier dès l'université aux **techniques pédagogiques de groupe** propres à la formation médicale continue, ainsi qu'à **l'informatique**, préparant ainsi son rôle de futur enseignant.

9. - Les **critères de sélection** des futurs généralistes ne doivent reposer ni sur les mathématiques ni sur l'incapacité ou le non-désir de passer des concours, ni sur des seules QCM, mais sur d'autres facultés : observation, analyse et synthèse, attention, décision, psychologie, culture générale que l'on doit dépister très tôt chez ceux qui souhaitent le devenir.

Trois points essentiels :

- dès le **second cycle**, l'étudiant devra avoir une approche du malade, à côté de l'approche de la maladie ;
- l'étudiant doit pouvoir choisir la **médecine générale** sans être dévalorisé ;
- **généralistes et étudiants** devraient se rencontrer dès les premières années autour de l'enseignement de la **sémiologie clinique**, puis de la **thérapeutique**.

10. - L'étudiant en médecine générale doit être en mesure d'acquérir des certificats réservés uniquement aux généralistes. L'exercice spécialisé auquel il donne accès ne pouvant avoir lieu qu'après un certain nombre d'années de pratique notamment en ce qui concerne la médecine administrative, la médecine du travail, la médecine légale, les expertises.

11. - **La thèse** devra obligatoirement traiter d'un sujet de **médecine générale**.

12. - **Qualification exclusive en médecine générale**. Discipline autonome et formation spécifique impliquent : qualification exclusive.

L'abandon de sa discipline par un médecin spécialisé ne doit pas lui permettre d'exercer sans autre formation la médecine générale !

13. - Il est indispensable de créer dans toutes les universités des UER de **médecine générale**.

De nouvelles structures d'enseignement de la médecine générale, proches et complémentaires de l'université où pourraient collaborer étudiants, enseignants, chercheurs et praticiens, pourraient être envisagées.

Cette réforme ne pourra être mise en œuvre que si on lui en donne les moyens.

Nous demandons :

- un **statut du généraliste enseignant** ;
- des **moyens financiers** pour la **rémunération des maîtres de stage, des généralistes enseignants** et pour le **financement des heures d'enseignement théorique**.

ANNEXE 1

MÉDECINE GÉNÉRALE

CONSEIL D'ÉTAT

FORMATION MÉDICALE CONTINUE

1. - La formation médicale continue est un devoir mais elle est surtout un **droit**. La loi sur la formation continue doit être étendue aux généralistes.

2. - C'est la profession qui doit prendre en charge sa formation et qui doit en être le **maître d'œuvre**.

3. - La formation médicale continue est une **activité médicale**. Elle doit être **rétribuée** en tant que telle selon des modalités inscrites dans la **convention spécifique**.

4. - C'est un élément de **promotion** du généraliste.

5. - Le **contenu** de la formation continue est :

- **technique,**
- **professionnel,**
- **économique,**
- **social,**
- **culturel.**

6. - Possibilité pour la FMC d'une reconversion pour certains.

CONCLUSION

La médecine est en mutation

La période actuelle est déterminante pour l'avenir du système de soins français et la place que les généralistes y occuperont.

En hommes responsables, nous devons nous adapter aux réalités sociales et économiques à venir. Cependant, nous resterons les avocats fervents de nos patients face à ceux qui ne conçoivent de parler de la santé qu'en terme de coût.

La recherche de l'équilibre entre la dimension scientifique et la dimension humaine de la médecine fait la difficulté de notre exercice et sa spécificité.

La médecine générale ne serait-elle pas la forme la plus moderne de la médecine ?

C'est une discipline à part entière

Nous voulons exercer notre art à égalité avec nos confrères spécialisés et en parfaite complémentarité avec eux.

Malgré le matraquage des médias qui ne s'intéressent qu'aux derniers scoops technologiques et encouragent le vedettariat hospi-

talo-universitaire, les Français restent très attachés à leur médecin de famille. Prenons conscience de la force que représente cette confiance.

Prenons conscience de notre propre force

50 000 généralistes auprès de 50 millions de Français occupent dans tous les villages et tous les quartiers une place privilégiée.

Ils ne peuvent en aucun cas laisser à d'autres le soin de défendre cette place.

Les propositions de ce livret représentent ce que veulent fermement négocier la majorité des généralistes. Or il semble que les syndicats « dits » représentatifs s'acheminent vers d'autres voies.

Dans ces conditions, la réorganisation de la défense de la médecine générale paraît inéluctable. Le Mouvement d'action des généralistes y pourvoira.

ANNEXE 1

MÉDECINE GÉNÉRALE, VERS UNE RECONNAISSANCE JURIDIQUE

En France, la médecine générale n'a pas d'existence légale. Ce fait suffit, à lui seul, à rendre compte de l'échec relatif de tout organisme consacré à la médecine générale, de l'échec prévisible de toute réforme universitaire la concernant et des accusations multiples, économiques et autres, dont elle est l'objet.

Il semble cependant que les choses bougent. Quelques brefs repères :

- **Ordonnance du 24 septembre 1945** (Code de la Santé publique, art. L346 et L361). Les conditions d'exercice de la médecine sont fixés. Rien n'existe pour la médecine générale.
- **Arrêté du 15 mai 1961** pour la qualification de spécialiste reconnu par la Sécurité sociale. Tout médecin non spécialiste devient un « omnipraticien ». Toujours rien pour la médecine générale.
- **De l'Arrêté du 15 mai 1961 à la loi du 11 juillet 1975.** Période marquée par la multiplication des textes légaux et réglementaires concernant les spécialités médicales et chirurgicales. Pendant ce temps, rien pour la médecine générale. La loi du 11 juillet 1975 définit l'exercice exclusif des directeurs et directeurs adjoints de laboratoires d'analyses médicales, restant cependant des « omnipraticiens ».
- **Arrêt du Conseil d'Etat du 5 juin 1972.** L'administration n'est pas liée par la qualification attribuée à un médecin par l'Ordre des médecins. Exemple : un

pédiatre libéral, chef d'un service de médecine adulte dans un hôpital général, est reconnu généraliste en dépit des dénégations de l'Ordre. Autre exemple : un chirurgien déclaré généraliste par un Ordre départemental, n'est pas reconnu par le Tribunal administratif (17 octobre 1985).

- **1980-1985.** Période d'application de la Convention nationale au cours de laquelle les fameux TSAP sont établis : ils débouchent sur l'identification et le dénombrement des exercices particuliers. En dehors des spécialités reconnues, il y a, actuellement, cinquante-deux modes d'exercice particulier (MEP). Les médecins à exercice particulier sont des « omnipraticiens ».
- **Août 1985.** Publication des premiers documents de statistiques démographiques faisant le démembrement des « omnipraticiens » : les directeurs de laboratoires sont comptés à part, et les MEP également. Sont donc comptés des médecins qui, « omnipraticiens », ne sont ni des MEP ni des biologistes. On admet que ces médecins sont des médecins généralistes.

Conclusion. — Le médecin généraliste ne peut se définir, en France que par ce qu'il n'est pas. Il est urgent de substituer à cette définition négative, une définition positive avec un contenu professionnel et un cadre conventionnel adapté.

ANNEXE 2

L'HÔPITAL LOCAL

Essentiellement répartis dans les zones rurales les hôpitaux locaux sont jusqu'à présent uniquement médicalisés par les médecins généralistes.

Il faut se mobiliser pour qu'ils le restent et sur trois degrés de modifications actuellement prévues qui tueraient ces hôpitaux :

1. **La fermeture des services de médecine et de maternité** sous le faux prétexte de la sécurité des malades ; en fait pour préserver, au nom de la carte sanitaire et la suppression de lits prévue, quelques lits hyper-spécialisés coûteux et vides.

2. **L'hospitalisation des structures** par diminution des prestations qui limitent ces établissements à un rôle d'hébergement des personnes âgées, la rémunération actuelle de la cure médicale tant pour les médecins que pour les para-médicaux (kiné-ergothérapeutes) sont déjà un facteur de régression des soins depuis deux ans.

A titre d'exemple : rémunération = 1/10 de vacation par semaine et par malade soit environ 250 F par trimestre.

3. **La limitation de fait des généralistes ruraux** dont les déplacements ne sont pas pris en compte, ce qui limitera bientôt l'accès aux seuls médecins de la ville où se trouve l'hôpital.

Il faudra en s'appuyant sur le caractère proche et humain de ces structures d'hospitalisation amener leur redéploiement **par et pour les médecins généralistes**, (salles de soins ; maternité ; hospitalisation médicalement courte et active) et faire créer des unités semblables même en ville moyenne, éventuellement à l'intérieur des hôpitaux généraux et non pas comme le projet s'en dessine actuellement d'en faire une antenne avancée des centres hospitaliers généraux, en y créant des consultations spécialisées externes ouvertes au public, alors qu'on refuse pour cause de budget global les visites et les actes spécialisés auprès des malades hospitalisés dans les services médicaux.

Nous remercions le journal
le généraliste

*qui a pris totalement
à sa charge
la réalisation technique
et la fabrication de ce livre*

