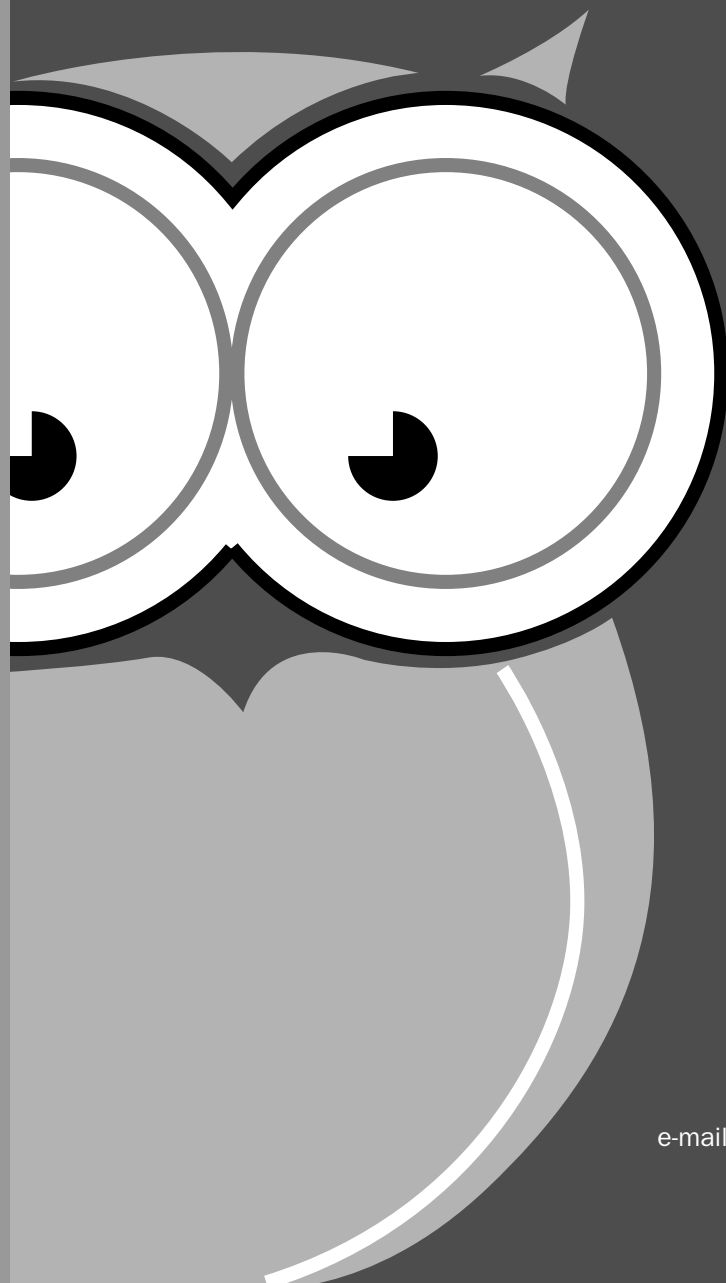


documents *de recherches*

en

médecine *générale*



**Société Française
de Médecine Générale**
Société Savante

27, boulevard Gambetta
92130 Issy Les Moulineaux
Tél 01 41 90 98 20
Fax 01 41 90 98 21

e-mail : SFMG@club-internet.fr • <http://www.sfmng.org>

O.N.G. agréé auprès de l'O.M.S.
Représentant la France à la WONCA

EUR/ICP/DL VR 04 01 01
Traduction en Français
non publiée E58474

CADRE POUR LE DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL ET ADMINISTRATIF
DE
LA MÉDECINE GÉNÉRALE
MÉDECINE DE FAMILLE
EN EUROPE

Organisation Mondiale de la Santé
Bureau pour la région Europe

1998

EUR/HFA objectif 28



OBJECTIF N°28

SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

En l'an 2000 dans tous les états membres, les soins de santé primaires devraient satisfaire les besoins de base de la population en matière de santé en fournissant un large éventail de services d'éducation pour la santé, de soins curatifs, de réhabilitation et palliatifs et aider aux activités d'entraide des individus, des familles et des groupes.

RÉSUMÉ

Ce document présente les caractéristiques spécifiques de la médecine générale comme spécialité et les conditions pour son développement. Il fournit des informations pour les professionnels et les décideurs à tous niveaux du système de santé, et les bases sur lesquelles les modèles les plus appropriés peuvent être sélectionnés.

MOTS-CLÉS

Médecine de Famille

Soins de santé primaires

Réforme de la Politique de santé

Europe

© Organisation Mondiale de la Santé

Tous les droits concernant ce document sont réservés par le Bureau pour la Région Europe de l'O.M.S.. Ce document peut néanmoins être librement revu, résumé, reproduit ou traduit en n'importe quelle langue, mais ne peut être vendu ou utilisé à des fins commerciales. Toutes les opinions émises par les auteurs nommés relèvent de leur responsabilité propre. Le bureau aimerait recevoir trois copies de toute traduction.

A PROPOS DU DOCUMENT

Au cours des dernières années, un grand nombre de pays européens ont mis en place des réformes de leurs systèmes de santé, soit dans le cadre des grands changements politiques, soit venant des responsables politiques pour améliorer le service de santé. La réforme des soins de santé primaires a été un moteur de ce mouvement dans plusieurs pays, entraînant souvent la réorganisation des systèmes existants ou en introduisant la médecine générale lorsqu'elle n'existait pas. Le Bureau pour la Région Europe de l'O.M.S. (WHO/EURO : OMS/EURO), est convaincu de la contribution de la médecine générale dans son action pour "La santé pour tous". Un document intitulé "Une Charte pour la médecine générale/médecine de famille en Europe (avant projet)" avait été élaboré en 1995, il insistait sur le rôle de la médecine générale dans son approche globale comprenant l'éducation pour la santé, les soins préventifs, curatifs, de réhabilitation et palliatifs.

Ce document a été diffusé après un long processus de préparation durant lequel le Bureau pour la région Europe a organisé des réunions internationales sur des sujets tels que le rôle du médecin généraliste dans le pays dans le cadre d'un programme d'intervention sur les maladies non transmissibles (CINDI), Heidelberg, 11-13 avril 1991 ; la contribution des médecins de famille/ médecins généralistes à la santé pour tous (Perugia, Italie, 22-25 mai 1991) ; l'évaluation des besoins des régions et perspectives pour l'organisation des soins de santé (Jérusalem, 27-30 octobre 1991) ; le développement de la médecine générale dans les pays d'Europe Centrale et Orientale (Benesov, Tchécoslovaquie, 22-25 avril 1992) ; la place de la médecine générale dans la prévention et la prise en charge des problèmes causés par la consommation d'alcool (Vienne, 19-22 octobre 1992) et les réformes de la médecine de famille ou médecine générale dans les pays d'Europe Centrale et Orientale (Sinaia, Roumanie, 25-28 octobre 1993), ainsi que la première réunion d'un réseau d'experts sur les stratégies de développement de la médecine familiale (Ljubljana, 26-28 janvier 1995).

Une conférence pour la rédaction d'une Charte sur la médecine générale en Europe s'est tenue à Utrecht les 20-21 mars 1992. Elle a examiné les problèmes pratiques d'aide et de promotion au développement de la médecine générale dans le cadre de la distribution des soins primaires. Enfin, le groupe de rédaction d'une "Charte pour la médecine générale en Europe" s'est réuni à Utrecht, aux Pays-Bas les 9-11 juin 1994 pour rédiger une première version de la Charte.

Le document de discussion a été envoyé à de nombreuses associations internationales et nationales et aux organisations professionnelles de médecins généralistes en Europe, en leur demandant leurs commentaires, opinions et propositions pour améliorer le document. Plusieurs réponses nous sont parvenues, dont la majorité exprimaient leur soutien

au texte mais exprimaient aussi des critiques de l'avant-projet proposé.

Durant cette période, le document a été également discuté lors de plusieurs réunions organisées par le Bureau pour la Région Europe et par des associations et des organisations professionnelles de médecins généralistes, ainsi que des représentants du personnel infirmier. Le but de ce processus de consultation officielle était d'identifier les caractéristiques essentielles applicables partout et d'identifier les propositions pour des améliorations spécifiques possibles. Les remarques issues de ce long processus ont été discutées durant une réunion de révision du texte préparatoire à l'avant-projet de la Charte, à Copenhague, les 6-7 février 1998. Les participants à cette réunion représentaient 4 centres de collaborateurs en soins primaires, des associations internationales et des organisations de médecins généralistes consultées, ainsi que de nombreux experts.

Deux questions ont été soulevées durant la période de mise en forme. La première a concerné le titre du document. Au moment où le titre original de Charte pour la médecine générale/ médecine de famille en Europe a été proposé, il a été envisagé de tenir une conférence des Etats membres de la Région Europe du Bureau (WHO) afin de ratifier le document, qui est la procédure habituelle suivie par le Bureau de la Région Europe pour l'adoption d'une Charte. Durant cette période, les projets d'une conférence spéciale ont été remplacés par la décision de tenir la conférence du Bureau pour la Région Europe sur les réformes des soins de santé (Ljubljana, 17-19 juin 1996) où a eu lieu le débat général sur la réforme des soins de santé. En conséquence, le titre du document a été changé par "Cadre pour le développement professionnel et administratif de la médecine générale/ médecine de famille en Europe". Cette dénomination permet d'insister sur le fait que ce document est adressé aux professionnels de la médecine et aux décideurs à tous les niveaux du système de soins.

La seconde question était liée à un besoin de clarification : ce document concernait uniquement la médecine générale, et n'était pas destiné aux autres spécialités médicales ni aux autres professionnels de santé en soins primaires.

Durant la même période, le Bureau Régional a également soutenu l'Enquête Européenne des profils de tâches des médecins généralistes, qui a fourni d'importantes informations sur ce que font les médecins généralistes dans certains pays européens et sur l'organisation de la médecine générale. Les résultats de cette enquête ont été récemment publiés¹.

1) Boerma W., Flemming D. *The role of general practice in primary health care.* London The Stationery Office 1998



EN HOMMAGE AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES QUI NOUS ONT PRÉCÉDÉS

Ce Cadre pour le développement professionnel et administratif de la médecine générale/médecine de famille en Europe n'aurait pu voir le jour sans le dévouement et le travail de nombreux médecins généralistes anonymes, de tous les pays qui ont jeté les bases techniques, éthiques et culturelles des soins primaires en Europe. Ce document constitue un héritage essentiel et la pierre angulaire de futurs développements au niveau européen.

Leur travail et leur expérience commencent actuellement à voir leurs fruits dans les domaines techniques, scientifiques et pédagogiques. Ils sont sur le point d'établir un rapprochement entre les besoins de santé et les droits de l'homme d'une part et d'autre part entre la technologie et ses applications dans le champ de la santé.

OBJET DE CE DOCUMENT

Le besoin de recentrer les systèmes de santé vers les soins primaires a été réaffirmé à plusieurs occasions. L'organisation et les fonctions des soins primaires diffèrent d'un pays à l'autre, et ce, en raison de l'histoire et des circonstances sociales, économiques et culturelles propres. Le service assuré par les médecins généralistes constitue l'élément essentiel des soins primaires. Quelque soit leur mode d'exercice, seul ou en association, qu'ils fassent partie d'une équipe de professionnels de santé ou non le rôle des médecins généralistes est bien établi dans de nombreux pays. Ils prodiguent des soins préventifs, palliatifs, de réadaptation ou curatifs, ils participent aussi aux actions d'éducation pour la santé. Bien qu'il ne faille pas ignorer la place des autres spécialités médicales ni des autres professionnels de santé, il est important de reconnaître que le médecin généraliste peut offrir :

- * Des services acceptables et accessibles pour les patients,
- * Une distribution équitable des soins,
- * Une dispensation intégrée et coordonnée de services dans le domaine des soins curatifs, palliatifs et préventifs et dans le secteur de la promotion de la santé,
- * Un usage rationnel de la technologie des soins spécialisés ainsi que des médicaments,
- * un rapport satisfaisant coût / efficacité.

En conséquence dans l'optique de soins primaires efficaces et de bonne qualité, on peut penser voir se renforcer la qualité et voir se modifier la charge de travail des soins de spécialités et des soins hospitaliers.

L'objet de ce document est d'expliquer et de promouvoir le rôle fondamental de la médecine générale en tant que spécialité et des médecins généralistes en tant que spécialistes pour contribuer à améliorer la santé des individus et de la communauté. Dans ce document sont proposés les différents termes utilisés dans les différents pays. Le terme de "médecin généraliste" ou "médecin de famille" se réfère au praticien qui a effectué sa formation de 3^e cycle universitaire en médecine générale ou médecine de famille, comme les autres spécialistes. En conséquence les termes "médecine générale", "médecine de famille", "médecin généraliste" et "médecin de famille" sont utilisés de manière équivalente.

Ce document a été établi sur une évaluation des différents systèmes actuellement en vigueur et des problèmes rencontrés par divers pays européens. Il est destiné à s'appliquer autant à ceux qui commencent à mettre en œuvre des programmes d'enseignement et de formation en vue de fournir une première génération de médecins de famille, qu'à ceux dont les systèmes de soins primaires déjà établis pourraient être améliorés.

Les concepts de la médecine générale peuvent être modulés, modifiés, élaborés et organisés de différentes manières, selon la situation, les traditions et les ressources du pays concerné. Par conséquent ce document fournit une grille de

réflexion à partir de laquelle le modèle le plus adéquat pourra être mis en pratique.

Ce document vise tous les secteurs engagés dans les soins de santé : les décideurs aux différents niveaux, les financeurs, les planificateurs et les dirigeants, les universités, les organisations de médecins de famille et de patients et leurs représentants. Pour développer la médecine de famille, il faut non seulement la volonté mais aussi l'engagement responsable et loyal de tous. Cet engagement doit être durable et assorti de la volonté de répondre de manière souple et constructive aux problèmes tels qu'ils se posent. La législation et les règlements doivent être renforcés. Le financement, les systèmes d'assurance et de paiement doivent être adaptés aux principes de la médecine générale. Des programmes pour la recherche, le développement de la qualité, la formation initiale et la formation permanente doivent être développés ou modifiés. Les médecins de famille doivent être bien formés, puis maintenir et acquérir les meilleures compétences possibles.

CARACTÉRISTIQUES DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

La médecine générale peut se développer dans différents systèmes de distribution des soins. Malgré les différences de planification, d'organisation et d'administration de ces systèmes, il existe des spécificités propres dans tous les pays. Bien que certaines de ces caractéristiques soient également applicables à d'autres spécialités, elles restent l'apanage de la médecine générale. Elles sont décrites ci-dessous :

1. Générale

Les soins administrés par les médecins de famille ne sont pas limités à certaines catégories de la population : ils s'adressent à tout le monde, sans restriction d'âge, de sexe, de milieu social, d'ethnie ni de religion. En médecine de famille aucune catégorie de plaintes ni de problèmes liés à la santé n'est exclue. Elle doit être accessible dans un délai bref. L'accès n'est pas limité par des barrières géographiques, culturelles, administratives ou financières.

2. Continue

La médecine générale est d'abord centrée sur la personne, avant d'être centrée sur la maladie. Elle est basée sur des relations personnelles durables entre le patient et le médecin, elle englobe la santé des individus de manière longitudinale et s'étend sur des périodes importantes de leur vie, sans se limiter à un épisode de recours aux soins.

3. Globale

La médecine générale comprend les soins préventifs, curatifs, de réhabilitation et palliatifs, ainsi que l'éducation pour la santé, en intégrant les domaines bio-médical, psychologique et social. Elle traite des liens entre la souffrance et la maladie et intègre dans les décisions, les aspects humains et éthiques de la relation médecin/patient.



4. *Coordonnée*

La grande majorité des problèmes dont souffrent les individus peuvent être résolus lors de la première entrevue avec le médecin de famille. Lorsque cela s'avère nécessaire le médecin de famille dirige le patient vers un spécialiste ou vers un autre professionnel de santé. Les médecins de famille informent les patients sur les services proposés et les meilleurs moyens de les utiliser. Les médecins de famille apparaissent comme les conseillers de leurs patients et leurs apportent ou procurent le soutien moral approprié. Ils sont aussi responsables de la coordination des soins et des prises en charge sociales.

5. *Collaboratrice*

Les médecins de famille devraient être préparés à travailler avec les autres professionnels de santé et les acteurs sociaux. Pour atteindre tous ces objectifs, il est souhaitable que le médecin de famille fasse partie d'une équipe multidisciplinaire dont il pourrait assurer la direction.

6. *Orientée vers la famille*

En médecine générale, les problèmes individuels sont traités dans leur contexte familial, social et culturel, et ce en fonction des circonstances sociales et d'emploi.

7. *Orientée vers la communauté*

Les problèmes du patient doivent être examinés en tenant compte du contexte communautaire local. Le médecin de famille devrait identifier les besoins de la communauté concernée en matière de santé en collaborant avec les autres professionnels, avec les institutions médico-sociales et avec des associations d'usagers afin d'améliorer les problèmes sanitaires locaux.

CONDITIONS POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

L'amélioration de la qualité des soins en médecine générale peut s'exercer dans de nombreux domaines. Les systèmes de distribution des soins, l'organisation au niveau local constituent des déterminants. Certains apparaissent plus aisément modifiables que d'autres. Les efforts pourraient plus particulièrement porter sur l'aspect structurel, sur l'organisation de l'exercice et sur la formation.

I. CONDITIONS STRUCTURELLES

1. *Population définie*

Dispenser des soins personnalisés, globaux et continus est favorisé par une relation de suivi continue entre le médecin de famille et le patient, basé sur une confiance mutuelle et une alliance entre le patient et le médecin. Cette relation et la continuité des soins sont facilitées lorsque les médecins prennent en charge un groupe défini de personnes, par exemple celles qui sont enregistrées sur une liste d'individus ou de familles. Mais les patients doivent rester libres du choix de leur praticien ainsi que la possibilité d'en changer.

2. *Etre au service de la population dans son ensemble*

Les médecins de famille doivent consulter les enfants, les personnes âgées, les hommes et les femmes sans distinction, donc être formés pour traiter les problèmes de santé de tous ces groupes. Il n'est pas pertinent que différents médecins dispensent des soins primaires pour certaines catégories ou groupes de population (par exemple les enfants, les femmes, les personnes âgées, certains travailleurs).

3. *Environnement professionnel*

La médecine générale s'exerce dans la communauté, elle est facilement accessible et proche des patients. En concertation avec les gestionnaires il est important d'éviter la pléthore des dispensateurs de soins et de limiter la taille des structures pour permettre une bonne personnalisation des soins. L'efficacité doit être négociée en fonction des exigences de la médecine de famille.

4. *Les différents niveaux de soins*

Avec le médecin de famille comme coordinateur, l'accès direct aux spécialistes sera évité dans la mesure du possible. Cela permettrait une utilisation rentable des soins spécialisés et hospitaliers. Le médecin de famille est formé pour faire une sélection des problèmes qui lui sont posés. Un petit nombre seulement de problèmes seront référés aux spécialistes à un moment ou à un autre. Un système d'échelonnement adéquat implique la réciprocité entre le médecin de famille et les autres médecins spécialistes : le médecin de famille devrait référer son patient de manière appropriée et le spécialiste devrait tenir le médecin de famille au courant des résultats afin que celui-ci puisse informer son patient.

5. *Rémunération*

Le système de paiement adapté doit être établi afin d'encourager toutes les activités qui font partie du domaine de la médecine générale et de pourvoir les structures nécessaires à leur réalisation. Le système de rémunération, par des incitations diverses, peut être un facteur important de développement de soins primaires de qualité. Le système contribue à assurer la prestation des services tels que l'éducation pour la santé, les soins curatifs et préventifs et peut aussi garantir d'autres aspects de la pratique professionnelle, tels que la disponibilité, la gestion d'un système d'information, les compétences pédagogiques quand elles sont nécessaires ainsi que l'entretien des locaux et l'équipement. L'introduction de la notion de marché implique la préservation des normes de qualité.

II. ORGANISATION DE L'EXERCICE

6. *Garder un dossier du patient*

Le fait de constituer systématiquement un dossier où l'on note de manière détaillée et exhaustive les problèmes posés à chaque entrevue est important pour gérer le suivi, pour identifier des épisodes de maladie, pour reconstituer l'his-

toire d'un patient et pour coordonner les soins quand plusieurs prestataires sont impliqués. Les procédures systématiques de prévention sont impossibles sans un fichier qui permet l'identification de groupes de patients à risque. Enfin, le dossier peut être utile en cas d'audit des soins ou d'évaluation par les pairs. Le dossier des patients peut contenir des informations hautement confidentielles. Les patients ont le droit d'accéder à leur propre dossier. L'information peut leur être exceptionnellement cachée lorsqu'il apparaît que celle-ci pourrait leur causer un préjudice sérieux sans aucune perspective réellement positive.

7. Un travail d'équipe

La coordination en matière de santé implique d'avoir une connaissance de la formation des autres professionnels de santé et de comprendre quand et comment l'on peut contribuer au travail d'autres prestataires de soins de santé. En outre la coopération entre tous les prestataires concernés par le diagnostic, le traitement et les soins donnés font partie des droits du patient. Le travail d'équipe n'est en aucun cas un privilège réservé à ceux qui partagent les mêmes locaux. Ceux qui travaillent dans des lieux différents pourront aussi se rencontrer régulièrement, ils pourraient établir des objectifs communs, et en évaluer ensemble la réalisation. Le travail d'équipe facilite la mise en commun des compétences et favorise l'expertise d'un groupe de professionnels de santé en valorisant le rôle de chacun.

8. Organisation des cabinets médicaux

La médecine de famille nécessite des locaux, un équipement adapté et du personnel auxiliaire formé. Ce personnel doit respecter l'intimité des patients, faciliter le diagnostic et le traitement et favoriser l'accès au médecin. Les médecins de famille peuvent travailler seuls, en groupe ou dans des centres de santé, mais quelle que soit la structure l'organisation du cabinet doit être souple, ce qui signifie entre autres qu'ils doivent pouvoir traiter directement les cas urgents et avoir un système de rendez-vous pour les patients dont les problèmes peuvent être différés. Des services d'appoint, tels qu'un équipement radiologique ou un laboratoire, doivent être directement accessibles au médecin de famille. Pour assurer une permanence 24 heures sur 24, les médecins de famille doivent prendre part au planning et à la gestion d'un service de garde et contribuer à trouver des solutions réalisables et acceptables par toutes les parties concernées.

III. FORMATION ET DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNELS

9. Enseignement

Les professionnels de santé et les médecins exerçant en soins primaires devraient recevoir une formation universitaire de 3^e cycle et une formation permanente orientées vers les différents domaines ayant à voir avec les soins de première ligne.

La formation des médecins généralistes constitue un élément fondamental dont les éléments sont évoqués dans ce document. Cet enseignement comporte trois volets : les cycles pré clinique, clinique (1^{er} et 2^e cycles) et le troi-

sième cycle (cycle de spécialisation), et la formation permanente.

a/ Une première exigence est une formation initiale adaptée. La médecine générale devrait faire déjà partie intégrante des programmes universitaires pré-clinique et clinique. Les étudiants en médecine devraient être mis en contact avec la médecine générale afin qu'ils puissent effectuer ce choix de carrière d'une part et d'apporter les éléments nécessaires pour assurer une bonne coopération au sein du système de soins d'autre part.

b/ La formation spécifique (cycle de spécialisation) devrait être une condition requise pour devenir un médecin de famille. La majeure partie de la formation spécifique doit être centrée sur la médecine générale. Des cabinets affiliés à des départements universitaires devraient jouer un rôle primordial dans la formation. L'étudiant devrait se voir offrir suffisamment d'occasions d'acquérir une plus grande habileté, par exemple en ce qui concerne les contacts avec les patients, la consultation ou la gestion médicale. L'élaboration d'un cahier des charges de la médecine générale est utile pour mettre sur pied un programme de formation spécifique.

c/ Pour actualiser les compétences des médecins, pour préserver et améliorer la qualité des soins, la Formation Permanente (F.P.) est un impératif. Les programmes de F.P. doivent être conçus pour la médecine générale et basés sur la recherche, et en particulier sur la recherche en médecine générale. La responsabilité de la formation permanente est propre aux médecins. Ils utilisent les moyens les plus adéquats pour maintenir leur compétence. Des techniques de formation à distance peuvent être utilisées pour atteindre les médecins isolés.

10. Une assurance de qualité

Une évaluation devrait se mettre en place en médecine générale. Le contrôle de qualité et son développement sont essentiels, quel que soit le statut professionnel du médecin de famille. La Formation Permanente peut constituer un instrument primordial pour maintenir la qualité. Des systèmes de contrôle organisés et mis en œuvre par les médecins s'avèrent efficaces. Les références, telles qu'elles sont élaborées en ce moment dans certains pays, sont des outils importants pour le développement professionnel. Il peut être nécessaire de les modifier selon les particularités nationales.

11. Départements universitaires de médecine générale

La reconnaissance en tant que discipline universitaire est essentielle pour que la médecine générale soit acceptée comme partenaire à part entière dans la distribution des soins. Des efforts doivent être fait pour établir des départements universitaires totalement financés et nommer des professeurs de médecine générale là où ils n'existent pas encore. Ces départements bénéficiant de ressources diverses, doivent être dirigés par des médecins de famille en exercice ou des personnes ayant une solide formation en matière de médecine générale, ainsi que la crédibilité universitaire



voulue. Ils doivent garder une pratique de médecine générale et garder des liens avec les autres disciplines.

12. Recherche

Une discipline universitaire ne peut sortir du néant. Elle nécessite une base scientifique pour créer son corpus de connaissances propres. Les départements de médecine générale ne doivent pas seulement s'investir dans la formation et l'enseignement mais aussi dans la recherche. Les programmes de formation qualifiante doivent donner aux futurs médecins de famille une orientation vers la recherche. Les étudiants doivent avoir la possibilité de faire de la recherche dans le cadre de la formation pratique. La recherche en médecine générale devrait être effective dans les cabinets médicaux affiliés aux départements universitaires. La motivation pour la recherche augmentera si les sujets de recherche sont en relation avec l'exercice du médecin de famille.

13. L'organisation de la profession

A la suite des conditions énoncées ci-dessus on peut inférer que la profession de médecin généraliste requiert une organisation efficace pour identifier ses propres besoins, pour promouvoir le développement de la profession sur le plan national et international et pour soutenir des initiatives locales. Les deux fonctions "politique" et "universitaire" sont, en général séparées bien qu'on puisse envisager qu'une seule organisation combine les deux fonctions. Il est fondamental que les médecins de famille soient représentés au plus haut niveau, dans toutes les structures où l'on prend des décisions dans le domaine de la santé.

STRATÉGIES POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Le point de départ

Il existe des différences importantes entre les pays de la Région Europe en ce qui concerne l'application des conditions mentionnées dans les chapitres précédents de ce document. Certains pays peuvent s'appuyer sur des décennies passées à améliorer la situation de la médecine générale, alors que d'autres ont à peine commencé. Pour ces derniers, il est particulièrement utile d'avoir quelques indications pour savoir comment et par où commencer pour appliquer les recommandations de ce document. Certaines conditions sont plus faciles à appliquer que d'autres.

Une étape importante de cette stratégie est d'obtenir un large soutien ainsi que la coopération des professions de santé, administrateurs et décideurs politiques. C'est au travers de la médiatisation et de l'éducation qu'il faut préparer la population à accepter la place de la médecine générale. C'est là, le rôle des médecins eux-mêmes et de leurs organisations.

Opportunités au sein de la profession

L'accomplissement de certaines conditions professionnelles peut être considéré comme une base de départ pour le déve-

loppement de la médecine générale. Indépendamment de la structure spécifique du système de distribution des soins, la création d'une association pour améliorer la situation des médecins de famille et d'un collège pour la promotion de la médecine générale constitue une étape importante pour le développement de celle-ci. Le collège peut agir comme un groupe de pression auprès des universités, et, ces deux structures peuvent être des points de rencontre pour tous ceux qui sont attachés à l'amélioration de leur profession. Le lien entre la création de collèges et la formation spécifique est assez évident ; ces collèges peuvent émettre des propositions sur le contenu des enseignements des cycles pré clinique, clinique et de spécialisation. Les liens entre les collèges et les structures professionnelles engagées dans la recherche de qualité peuvent aider à mieux conceptualiser le contenu de la formation.

Les contacts avec les pays qui ont une tradition plus ancienne peut aider à faire accepter la médecine générale ou à conforter sa place. Cette coopération doit respecter les cultures et traditions locales et aider à progresser gr,ce à l'expérience des autres.

Le rôle des décideurs

Le développement de la médecine générale sera difficile sans aide extérieure. Pour pouvoir remplir ces multiples conditions (comme la distribution de soins coordonnés et appropriés), il faut avoir le soutien actif de ceux qui élaborent les politiques et de ceux qui prennent les décisions et du public. Les responsables politiques et les décideurs devraient être sensibles aux justes revendications concernant la rentabilité. Les hommes politiques et le public ne peuvent que souhaiter des soins équitables, accessibles et globaux.

L'implantation de la médecine générale nécessite une législation et des règlements appropriés. Par exemple, l'accès aux soins secondaires doit être réglementé pour éviter la concurrence entre les médecins de famille et d'autres médecins spécialistes car une telle concurrence peut constituer une menace pour le système proposé. Le schéma actuel de pensée répandu dans la population de plusieurs pays, qui associe la qualité des soins à des services hautement spécialisés, demande à être repensé et étayé par la démonstration de la preuve de la qualité en médecine générale.

Il semble réaliste de commencer par des opérations ponctuelles. La formation des médecins de famille prend du temps. En outre, la possibilité de mettre sur pied un projet pilote, avant l'application complète d'un programme, permettra de corriger les erreurs sans risques à long terme.

Ce document peut être consulté
sur le site Internet du Bureau
pour la Région Europe de l'OMS
<http://www.who.dk>

Des copies peuvent être demandées à :
Unité des soins primaires
Bureau pour la Région Europe de l'O.M.S.
Scherfigsvej 8
DK - 2100 Copenhagen ÿ, Danemark
Télécopie : 45 39 17 18 65/18 18
Téléphone : 45 39 17 14 50/17 17

La SFMG tient à remercier le Dr Chambonnet, ainsi que le département de médecine générale de la faculté de Nantes pour la mise à disposition de ce document.





Société Française de Médecine Générale

Société Savante

27, boulevard Gambetta - 92130 Issy Les Moulineaux

Tél 01 41 90 98 20 - Fax 01 41 90 98 21

e-mail : SFMG@club-internet.fr • <http://www.sfmfg.org>

O.N.G. agréé auprès de l'O.M.S.

Représentant la France à la WONCA

*World Organisation of National Colleges,
Academies and Academic associations of Général Practiners*