

Chapitre 1

Vers la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité médicale

La reconnaissance de la médecine générale comme spécialité médicale, au même titre que les autres disciplines médicales ou chirurgicales, est intervenue officiellement le 22 septembre 2004, avec la publication d'un arrêté ministériel fixant la liste des diplômes d'études spécialisées (DES) auxquels les étudiants pouvaient accéder à l'issue de l'internat¹. Après l'obtention du DES de médecine générale, l'interne devient « praticien spécialiste en médecine générale ». La médecine dite générale est donc officiellement reconnue, depuis cette date, comme une « spécialité à part entière », mobilisant des compétences particulières nécessitant un enseignement spécifique, au même rang que les autres spécialités.

Cette reconnaissance est une étape supplémentaire du mouvement de spécialisation de la médecine qui s'est amplifié dans la deuxième partie du XX^e siècle², en réponse au développement des connaissances scientifiques et des techniques, et qui a conduit à la division de la médecine en un nombre sans cesse croissant de sous-domaines, réduisant le champ de leurs compétences pour pouvoir les approfondir. La liste des spécialités médicales et chirurgicales résulte de différents modes de découpage, par appareils (découpage anatomique), par classes d'âge (pédiatrie, gériatrie, etc.), par techniques

1. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.

2. Notamment à partir de l'arrêté du 6 octobre 1949 fixant la liste des spécialités médicales.

(chirurgie, biologie, imagerie, etc.). Cette construction sociale est porteuse d'enjeux considérables, notamment en termes de carrière et de reconnaissance sociale.

Toutefois, considérer la médecine générale comme une spécialité à part entière ne va pas de soi, comme en témoigne la lenteur avec laquelle la filière universitaire est parvenue à émerger dans notre pays. Car la médecine générale n'est pas une spécialité comme les autres.

Une spécialité médicale pas comme les autres

L'hyperspécialisation de la médecine interroge le contenu de la formation et de la mission confiée aux généralistes. Comment, en effet, un praticien de médecine générale peut-il s'approprier les connaissances des évolutions diagnostiques et thérapeutiques de toutes les spécialités médicales, qui approfondissent continuellement leur propre champ d'activité autour d'espaces plus restreints ? La médecine générale est-elle, de ce point de vue, une spécialité « comme les autres », dans la mesure où il n'y a jamais de découvertes scientifiques dans cette spécialité ?

Les termes « spécialité » et « médecine générale » semblent d'ailleurs s'exclure. Alors que la médecine générale appréhende l'individu dans sa globalité, le terme de spécialité renvoie à une approche de la médecine restreinte à un champ particulier. Pour le Pr Bernard Gay :

« Le terme de “spécialité” ne doit pas être compris comme “spécial”, concernant un champ particulier de la médecine, ce qui irait à l'encontre de l'approche globale caractérisant la médecine générale. Il faut entendre le terme de “spécialité” comme “spécifique”, c'est-à-dire correspondant à un contenu bien identifié différent de celui des autres spécialités³. »

3. Bernard Gay, « La médecine générale, une vraie spécialité », *Le Généraliste*, mars 2007.

La médecine générale se différencie tout d'abord des autres spécialités médicales, par son modèle économique. La pratique du secteur 2⁴, dit à « honoraires libres », est peu fréquente chez les généralistes⁵ (6 % contre 43 % chez les autres spécialistes), et la part des généralistes en secteur 2 est en recul. De la même manière, les dépassements d'honoraires au-delà des tarifs de responsabilité de l'Assurance maladie ne représentent que 3,5 % du total des honoraires des généralistes⁶, contre 35 % des honoraires des autres spécialistes.

Ensuite, en l'absence de filière universitaire jusqu'à une date récente, l'identité de la médecine générale s'est construite en dehors de l'université, et dans un cadre libéral.

Au début des années 1980, le mouvement d'action des généralistes (MAG) cherche à affirmer la spécificité de cette activité :

« 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, le généraliste se doit toujours d'étendre son action à la prévention, l'éducation sanitaire, la recherche, l'épidémiologie, etc. Ce médecin choisi par son patient connaît son environnement familial et social et considère l'individu comme un tout. À son écoute, il établit avec lui une relation privilégiée qui autorise à la fois un abord scientifique et humain⁷. »

S'inspirant du MAG, le syndicat MG France, qui est né à la même période, a élaboré son propre référentiel, l'activité

4. Médecins libéraux conventionnés autorisés à pratiquer des tarifs supérieurs à ceux de l'Assurance maladie.

5. Ne sont pas pris en compte les généralistes à mode d'exercice particulier exclusif (homéopathes, acupuncteurs, etc.).

6. Les honoraires des généralistes libéraux, 8,7 milliards d'euros en 2014, représentent environ 4 % de la consommation de soins et de biens médicaux (la consommation médicale des ménages).

7. *Médecine générale et santé. Principes et perspectives*, Mouvement d'action des généralistes, février 1986.

du généraliste étant bâtie autour de cinq grandes fonctions : le premier recours, l'approche globale, la coordination des soins, la continuité des soins et la santé publique.

Cette construction identitaire a également été entreprise au plan international par l'Organisation mondiale des médecins généralistes, la WONCA. La dernière définition, publiée en 2002, fut le fruit d'un long travail de consensus. La médecine générale – médecine de famille est « le premier contact avec le système de soins », permettant un accès à tous et prenant en compte tous les problèmes de santé. Elle suppose « une coordination des soins » et « une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaire ».

Sur la base de la définition de la WONCA, nous pourrions définir comme suit les missions dévolues aujourd'hui à un médecin généraliste⁸ :

– *Être le premier contact avec le système de soins.* La médecine générale se définit tout d'abord comme le premier contact avec le système de soins, permettant un accès à tous et prenant en compte tous les problèmes de santé, quelle que soit leur nature. Le médecin généraliste doit faire face à des situations d'une extrême diversité, aussi bien des épisodes bénins (les plus nombreux) que des affections beaucoup plus graves, qui se cachent parfois derrière des symptômes non spécifiques. À la différence des autres spécialités médicales, ou de la médecine hospitalière, le généraliste intervient souvent en premier, sans présélection des patients. À l'issue de la consultation, le praticien doit poser un diagnostic, et proposer à son patient une réponse, le plus souvent un traitement. La plupart du temps, ce diagnostic s'appuie (pour une consultation de première intention) sur le seul examen clinique et sur la connaissance de la personne qui consulte. Le praticien ne peut établir un diagnostic certifié, les examens

8. Ce développement emprunte de nombreux éléments au document rédigé par F. Tuffreau *et al.*, « La santé observée dans les Pays de la Loire – médecins généralistes », www.santepaysdelaloire.com.

complémentaires étant effectués dans un second temps. Beaucoup plus fréquemment que les autres spécialistes, le médecin généraliste est donc amené à prendre des décisions ou à conseiller le patient en situation d'incertitude, sur la base de symptômes et de signes cliniques.

– *Prendre en compte le patient dans sa globalité.* Dans son histoire, la médecine générale s'est construite comme médecine de la personne, une « médecine globale » par opposition à la « médecine d'organe » (des spécialités médicales habituelles). Selon la WONCA, la médecine générale étant centrée sur la personne dans toutes ses dimensions individuelle, familiale et communautaire, le généraliste doit confronter les données de la médecine fondée sur les preuves (*evidence-based medicine*) avec le contexte de vie du patient (social, familial, culturel, etc.). Mais la médecine générale n'est pas une science appliquée, et la place des savoirs tacites et des apprentissages informels y est importante. Par ailleurs, les recommandations professionnelles ne sont pas toujours adaptées au contexte de vie des patients et aux situations de polymorbidité rencontrées chez les sujets âgés notamment.

– *Coordonner le parcours de soins du patient.* La coordination et la continuité des soins font partie des missions de base du généraliste, communes à toutes les définitions. Pour répondre aux besoins de ses patients, le praticien doit en effet mobiliser un réseau de professionnels très étendu, en s'adaptant aux particularités des territoires, en termes d'éloignement des plateaux techniques. Les contacts les plus fréquents ont lieu avec les autres spécialistes qui collaborent avec lui pour élaborer ou conforter son diagnostic, qui initient un traitement, ou qui assurent la suite de la prise en charge. Des contacts professionnels fréquents ont lieu avec les pharmaciens et les infirmiers à domicile comme le montrent diverses études. Pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes, ce réseau peut être particulièrement étendu, comportant aussi bien des professionnels de santé que des travailleurs sociaux (aides à domicile, assistants sociaux par exemple) intervenant de manière simultanée au domicile du patient.

Le cadre habituel du colloque singulier devient alors pluriel. L'échange avec le patient s'élargit parfois aux aidants qui accompagnent la personne dans la vie quotidienne (en particulier lorsque la personne n'est plus en mesure d'exprimer pleinement ses besoins).

– *Résoudre des problèmes aigus ou chroniques.* La prise en charge des maladies chroniques représente près de la moitié des actes des médecins généralistes⁹. Lorsqu'il s'agit de faire évoluer les comportements du patient, la durée de la consultation est souvent trop courte pour engager une action thérapeutique efficace. La prise en charge d'une maladie chronique nécessite en effet du temps mais aussi, souvent, une approche pluriprofessionnelle avec des patients partenaires de l'équipe soignante et acteurs de leur santé. C'est le but recherché avec l'éducation thérapeutique du patient.

– *Pratiquer une médecine de la relation patient.* Dans le cadre du colloque singulier, la médecine générale est fondée sur la relation médecin – patient, dans le secret du cabinet, à l'abri du regard d'autrui. Durant la consultation, médecins et patients sont amenés à échanger sur le bien-fondé d'un traitement, l'importance d'un examen complémentaire, la nécessité de faire évoluer les habitudes de vie, la transposition en termes courants du langage scientifique et technique des confrères spécialistes et la compréhension du parcours de soins. À l'issue de cet échange, le patient est libre d'accepter ou de refuser la proposition médicale, de s'y soumettre ou de s'y dérober, y compris en le dissimulant au médecin. Plusieurs études internationales ont mis en évidence la fréquence des situations de non-observance des prescriptions médicales, pour la médecine générale comme pour les autres spécialités. Les relations médecins – patients connaissent des évolutions profondes sous l'influence des transformations sociétales (augmentation du niveau d'études de la population, accès à des connaissances sur les maladies *via* Internet,

9. Géraldine Labarthe, « Les consultations et visites des médecins généralistes », *Études et Résultats*, n° 315, DREES, juin 2004.

remise en cause des hiérarchies sociales, etc.) et de la prégnance du risque médico-légal.

Le temps des constats

La réforme de 1958¹⁰, qui a institué les centres hospitalo-universitaires (CHU) par rapprochement des facultés de médecine et des hôpitaux, et qui a créé le statut hospitalo-universitaire, a fait du système hospitalier et universitaire l'épicentre du système de soins, accentuant par là même ce mouvement de spécialisation de la médecine. Dans ce nouveau contexte, il n'y avait pas la place pour envisager un enseignement théorique ou pratique spécifique à la médecine générale, à l'instar des différentes spécialités. L'ordonnance de 1958 a renforcé l'attractivité des carrières hospitalières et favorisé la spécialisation. C'était l'objectif poursuivi.

La voie royale pour l'apprentissage de la médecine spécialisée et de la chirurgie passe alors par la réussite au concours d'internat des hôpitaux. Une autre voie, beaucoup moins prestigieuse, permet cependant aux étudiants, en s'inscrivant à un certificat d'études spécialisées (CES), et sans passer le concours d'internat, d'acquérir une spécialité¹¹.

Les étudiants se destinant d'emblée à la médecine générale ne passent pas alors l'internat. Leur formation se poursuit, après le deuxième cycle des études médicales, par deux semestres de « stage interné » en milieu hospitalier. Pour beaucoup, le mode de formation des généralistes était considéré

10. Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958.

11. En réalité, cohabitaient deux internats, l'internat des hôpitaux, « internat primaire », voie « royale » (par rapport au CES) pour l'accès à la spécialité et l'internat de régions sanitaires, encore dénommé « internat secondaire », réservé aux hôpitaux périphériques (non-CHU). Cet internat d'une durée de trois ans a été un terrain formateur pour les futurs généralistes. C'est aussi en exerçant dans des services de spécialité de ces hôpitaux que des étudiants décidaient de se spécialiser et pouvaient le faire *via* un CES. Cet internat de région sanitaire a disparu au début des années 1980.

comme « gravement défectueux » tant sur le plan théorique que pratique, avec un stage interné qui n'était bien souvent qu'une apparence de stage, faute de places réservées en nombre suffisant dans les hôpitaux. Ce stage interné était même considéré parfois comme une « année perdue¹² » !

Les pouvoirs publics comme les syndicats médicaux sont préoccupés à cette période par la « pléthore médicale », même si les universitaires ne partagent pas forcément la même vision que les autorités sanitaires sur les besoins de formation. Le gouvernement instaure pour la première fois, en 1971, un *numerus clausus*. Le nombre d'étudiants admis en deuxième année des études médicales passe ainsi de 8 588 en 1971 à 6 408 dix ans plus tard, pour atteindre un point bas de 3 500 en 1993-1994. La planification des effectifs médicaux qui était jusqu'à présent essentiellement de la responsabilité des doyens des facultés de médecine devient progressivement... une affaire d'État, et une réforme de l'internat se prépare dans les couloirs ministériels.

L'avenir de la médecine générale est également questionné :

« Une réflexion d'ensemble devra être menée avec le concours du corps médical sur la place respective des médecins généralistes et des spécialistes dans notre système de santé. L'exercice d'une bonne médecine dépend en premier lieu du médecin de famille. Il convient de rendre sa vraie place au médecin généraliste conformément aux désirs et à l'intérêt des malades. [...] S'il faut rendre la vraie place au médecin généraliste, c'est sans doute qu'il l'a perdue. On ne saurait reconnaître plus nettement [...] l'existence actuelle de la crise de la médecine générale. [...] Le développement de la médecine hospitalière et de la médecine de spécialités a réduit le champ d'action de la médecine omnipraticienne, mais dans le même temps la demande de soins à laquelle celle-ci doit répondre, bien loin de diminuer, a augmenté par suite de l'élévation du niveau de vie et de l'extension du système de prévoyance sociale. La médecine hospitalière et la médecine de spécialités attirent une part

12. Rapport Fougère, *Rapport de la commission chargée de l'étude des problèmes relatifs à la formation du médecin généraliste (Formation spécifique, 3^e cycle des études médicales) et à sa promotion*, avril 1975, p. 8.

sans cesse croissante des nouveaux médecins ; les généralistes, dont l'effectif est à peu près stationnaire, sont trop peu nombreux pour satisfaire les besoins¹³. »

Ces quelques lignes, extraites du préambule au rapport de la commission Fougère chargée de « l'étude des problèmes relatifs à la formation du médecin généraliste [...] et à sa promotion », formée par décision ministérielle du 5 juillet 1973¹⁴, montre combien les questions relatives à l'avenir de la médecine générale ont très vite été identifiées.

Après la remise de son premier rapport en avril 1975, le mandat de la commission Fougère est ensuite élargi aux questions relatives à la formation des spécialistes. À l'issue de ses travaux, la commission avance deux types de propositions relatives à la formation des généralistes d'une part, et des spécialistes d'autre part¹⁵. Elle préconise tout d'abord d'instaurer un cycle terminal de formation spécifique du généraliste, d'une durée de deux ans, accompli en milieu hospitalier, mais aussi dans le cadre de stages chez un praticien, en protection maternelle et infantile (PMI), en médecine du travail, en centre de santé, etc. La commission Fougère propose par ailleurs l'organisation d'une filière unique de formation pour les spécialistes, la formation *via* les CES faisant l'objet de nombreuses critiques, dans la mesure où elle était fondée essentiellement sur un enseignement théorique. Or, des directives européennes imposent une formation pratique à temps plein, et l'accès aux spécialités par l'internat. Ces deux réformes vont effectivement être mises en œuvre, mais pas selon le même calendrier.

13. *Ibid.*, p. 1-2.

14. La commission Fougère rassemble une trentaine de médecins, et notamment les représentants des principaux syndicats médicaux, CSMF (Jacques Monnier, Jacques Beaupère) et FMF, ainsi que des universitaires et des représentants des ministères de la santé et de l'enseignement supérieur.

15. Rapport Louis Fougère, *Rapport au ministre de la santé et au secrétaire d'État aux universités sur la réforme des études médicales*, Paris, La Documentation française, mars 1977.

Le temps des réformes

Les pouvoirs publics vont d'abord s'attaquer aux questions relatives à la formation des spécialistes. Suite à la loi du 6 juillet 1979¹⁶, l'internat devient l'unique voie d'accès aux spécialités (la possibilité offerte *via* le CES étant supprimée), et le résidanat le seul accès à la médecine générale. Le résidanat dure deux ans, au cours desquels l'étudiant exerce des fonctions hospitalières salariées et des stages extra-hospitaliers auprès de praticiens, d'organismes agréés de santé publique ou de recherche.

Une nouvelle réforme intervient en 1982¹⁷, qui structure le troisième cycle des études médicales en quatre filières d'internat : médecine générale, médecine spécialisée, santé publique et recherche médicale. La loi prévoit qu'après avoir été reçus à l'examen de fin de deuxième cycle, les étudiants sont admis dans la filière de médecine générale ou peuvent se présenter au concours d'accès aux spécialités, à la santé publique ou à la recherche. Devenir médecin généraliste celui qui a échoué au concours de l'internat ou qui ne s'y est pas présenté. Contrairement à ce qu'avait prévu la loi, les futurs généralistes conservent le titre de « résident », les internes de spécialité, qui, eux, ont passé un concours, s'étant opposés à ce que les internes de médecine générale aient le titre d'interne !

Vingt ans plus tard, la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002¹⁸ instaure un examen unique, commun à tous les étudiants, à l'issue du deuxième cycle des études médicales, comme le préconisait la commission Fougère. Quelle que soit la spécialité à laquelle ils se destinent (y compris la médecine générale), les étudiants doivent se présenter aux

16. Loi n° 79-565 du 6 juillet 1979, relative aux études médicales et pharmaceutiques.

17. Loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques.

18. Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

épreuves classantes nationales (ECN). Ils choisissent ensuite leur spécialité en fonction du classement obtenu. Le qualificatif de « résident » disparaît, tous les étudiants de troisième cycle ayant le même statut d'interne ; « quelle que soit la filière choisie, les internes sont soumis aux mêmes dispositions statutaires et perçoivent la même rémunération¹⁹ ». Un arrêté du 22 septembre 2004 fixe ensuite la liste des diplômes d'études spécialisés (DES), et la médecine générale devient une spécialité « à part entière », validée par l'obtention du DES de médecine générale.

Ainsi, pour devenir généraliste, les neuf années d'études se déclinent en un premier cycle de deux ans avec la première année de sélection liée au numerus clausus, puis un deuxième cycle de quatre ans avec ECN en fin de sixième année ; la spécialisation en médecine générale s'acquiert au cours du troisième cycle (internat de trois ans)²⁰ avec l'obtention du DES. La thèse (souvent dans le champ d'exercice de la médecine générale) soutenue après le cursus des études donne le titre de docteur en médecine et permet d'exercer. Suite à la réforme, les premiers titres de spécialistes en médecine générale sont délivrés en octobre 2007.

Les médecins généralistes diplômés avant cette date peuvent obtenir la qualification de spécialiste, sur demande auprès du conseil départemental de l'Ordre des médecins²¹. Le médecin doit alors justifier d'une formation et d'une expérience qui lui assurent des compétences équivalentes à celles qui sont requises pour l'obtention du DES en médecine générale. Cette mesure transitoire, instaurée dans chaque département initialement jusqu'au 1^{er} octobre 2012, a été prolongée jusqu'au 1^{er} octobre 2014²². Les médecins

19. Article 60 de la loi n° 2002-1973 du 17 janvier 2002.

20. L'internat peut durer jusqu'à cinq ans pour d'autres spécialités.

21. Décret n° 2004-252 du 19 mars 2004.

22. À partir de cette date, les demandes ne sont plus à faire auprès du conseil départemental mais auprès du Conseil national de l'Ordre des médecins.

concernés n'obtiennent pas tous de la commission *ad hoc* la qualification de spécialiste ; tous n'en font d'ailleurs pas la demande. En mars 2012, parmi les 39 373 médecins répertoriés comme généralistes par le Conseil national de l'Ordre et qualifiés comme spécialistes en médecine générale, 85 % l'ont été par les commissions de qualification, 13 % par le DES nouvellement créé, les 2 % restant correspondant à des qualifications pour des diplômes obtenus à l'étranger²³.

Reconnus comme spécialistes, les généralistes libéraux auraient dû bénéficier des mêmes tarifs que leurs confrères des autres spécialités. Suite à une requête du syndicat MG France, le Conseil national de l'Ordre des médecins conclut au bien-fondé de la revendication (session plénière du 20 septembre 2007) : « La cotation CS du médecin spécialiste en médecine générale ne déroge pas aux prescriptions du Code de déontologie médicale [...] aucune distinction ne doit être faite dans l'application de cette cotation entre médecins spécialistes que ce soit des médecins généralistes ou d'autres spécialités. » Autrement dit, le C doit avoir la même valeur que le CS²⁴. L'alignement du tarif de la consultation intervient en janvier 2011, avec théoriquement un prix de consultation au cabinet identique pour le « médecin spécialiste qualifié en médecine générale » et pour le « médecin spécialiste ». Chacun peut notifier les lettres CS d'un montant de 23 euros²⁵. Mais suite à un avenant à la convention médicale²⁶,

23. Conseil national de l'Ordre des médecins, *Étude de la répartition des médecins généralistes*, avril 2012.

24. Codifications respectives de la consultation faite par un généraliste (C) et de celle faite par un spécialiste (CS).

25. C et CS sont à 23 euros en 2015. De leur côté, les généralistes non qualifiés spécialistes doivent toujours utiliser la lettre C, mais le montant est le même.

26. Avenant 19 à la convention médicale de 2005. Cet avenant établit la liste des 45 spécialités qui bénéficient de la « majoration transitoire forfaitaire », en excluant la médecine générale. Cet avenant a été une parade en prévision de la décision du conseil d'État, saisi alors par MG France, pour une égalité tarifaire de la médecine générale avec les autres spécialités.

les spécialistes se voient attribuer une majoration forfaitaire transitoire, la majoration de pratique clinique (MPC) pour la consultation au cabinet... une mesure qui ne s'applique pas aux généralistes. Ainsi, quand le prix de la consultation chez le médecin généraliste est de 23 euros, il est de 25 euros chez les autres spécialistes, grâce à cette majoration !

L'émergence de la filière universitaire

Décréter que la médecine générale justifie d'un enseignement spécifique nécessite la conception et la construction d'une filière universitaire adaptée à la discipline. Or, la médecine générale a une double caractéristique. En France, elle s'exerce essentiellement en mode libéral, et se pratique, par nature, en dehors du secteur hospitalier, en cabinet. C'est une double contrainte pour organiser la filière universitaire de médecine générale, dont le déploiement va se heurter à des difficultés considérables, voire à de vives oppositions, dans un système de santé organisé, depuis 1958, autour du modèle hospitalo-universitaire.

En 1968, les facultés de médecine doivent faire face, comme l'ensemble du corps social, à un vaste mouvement de contestation, et le contenu de la formation des généralistes est interrogé. Un premier diplôme universitaire de formation supérieure à la médecine générale est alors créé par la faculté de médecine de Bobigny. Cette faculté ainsi que celle de Créteil seront parmi les seuls établissements universitaires à s'engager aussi clairement dans cette voie, avant que la filière universitaire ne soit officiellement reconnue.

Progressivement, s'installe l'idée que l'université n'est pas le seul lieu d'apprentissage de la médecine, certaines facultés organisant des stages auprès de généralistes. Cette initiative reçoit le soutien du Conseil national de l'Ordre des médecins (juin 1968). Il ne s'agit toutefois que d'initiatives particulières, la généralisation de ce stage n'intervenant qu'en 1997, date à laquelle il devient obligatoire ; il doit

s'effectuer pendant six mois, auprès de praticiens généralistes agréés, au cours des trois derniers semestres du résidanat²⁷.

Avec le développement des stages chez le praticien, il devient nécessaire, pour organiser l'accueil des étudiants, de recruter et former des maîtres de stage. Sous l'impulsion de médecins universitaires et des premiers enseignants en médecine générale, certaines facultés créent une commission de troisième cycle en médecine générale, prélude aux futurs départements de médecine générale (DMG).

L'émergence de sociétés savantes contribue également à la construction d'un corpus de connaissances propre à la médecine générale : la Société française de médecine générale (SFMG) en 1973, la Société française de thérapeutique du généraliste (SFTG) en 1977, etc. Les associations de formation continue, rassemblées au sein d'une union nationale (Unaformec ou Union nationale des associations de formation médicale et d'évaluation continues), créée en 1978, ont également contribué à la construction d'une réflexion commune et à faire avancer l'idée d'un enseignement spécifique en médecine générale.

Les médecins généralistes, de plus en plus nombreux à s'impliquer dans la formation de leurs futurs confrères, se regroupent au sein du Collège national des généralistes enseignants (CNGE), qui voit le jour en 1983. Un groupe de pression très influent pour favoriser l'émergence d'une filière spécialisée de médecine générale.

Les premiers enseignants universitaires de médecine générale sont nommés en 1991 avec un statut de professeurs et maîtres de conférences associés, le statut hospitalo-universitaire étant inadapté à leur mode d'exercice principal, sous forme libérale. La discipline universitaire ne comporte

27. Décret n° 97-494 du 16 mai 1997 modifiant le décret n° 88-321 du 7 avril 1988. Jusqu'à cette date, le résidanat était de deux ans et le stage (non obligatoire) auprès d'un médecin généraliste pouvait être effectué soit à temps plein, soit à temps partiel.

alors aucun enseignant titulaire. La référence est le statut hospitalo-universitaire, institué en 1958, qui a créé un corps d'enseignants médecins, pharmaciens, ou odontologistes (professeurs ou maîtres des conférences), exerçant en parallèle une carrière hospitalière. Ces enseignants ont une double rémunération qui provient de l'université d'une part et du CHU qui les emploie d'autre part, le financement dépendant du ministère de l'enseignement supérieur (carrière universitaire) et de l'Assurance maladie (budgets hospitaliers). Ce statut ne permettait pas d'intégrer des médecins ayant un exercice libéral et ne disposant pas d'un statut de praticien hospitalier.

Les départements de médecine générale (DMG) ont officiellement été créés en 1995, avec pour mission de recruter et former des maîtres de stage chargés d'accueillir les étudiants en médecine. Ils organisent l'enseignement de la médecine générale dans le deuxième cycle mais surtout dans le troisième cycle professionnalisant, en collaboration avec les enseignements de spécialité. Certains développeront progressivement une activité de recherche. À l'origine, les DMG étaient dirigés conjointement par un praticien hospitalo-universitaire, le plus souvent interniste, et par un enseignant de médecine générale. Selon le CNGE, l'ensemble des facultés de médecine disposait d'un département de médecine générale en 2005.

Initialement, le résidanat de médecine générale durait deux ans, mais progressivement le cursus de formation s'aligne, dans sa durée, sur celui des spécialistes : un semestre supplémentaire de formation en 1997, avec l'ajout d'un stage à effectuer, en dehors de l'hôpital, auprès d'un médecin généraliste, puis de nouveau un semestre supplémentaire en 2001²⁸, qui porte la durée de la formation à trois ans. La maquette de la formation évolue, avec 200 heures d'enseignement théoriques et trois semestres de stages obligatoirement

28. Arrêté du 19 octobre 2001.

effectués dans des services agréés pour la médecine générale, en médecine d'adultes, en gynécologie et pédiatrie, et un troisième en médecine d'urgence (un nombre important de généralistes choisissent cette filière pour s'orienter ensuite vers la médecine d'urgence). La formation comprend toujours un stage obligatoire en cabinet de médecine générale. Les deux autres semestres sont laissés au choix des résidents en accord avec le directeur du DMG de l'unité de formation et de recherche médicale. Ils sont effectués dans des lieux de stage agréés, préférentiellement pour l'un d'eux en secteur ambulatoire.

En plus du stage obligatoire chez le praticien, un stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) de six mois est institué à partir de 2004. L'interne assure alors lui-même les consultations, avec l'encadrement pédagogique et la supervision du maître de stage.

Reste la question particulièrement délicate du statut des enseignants de médecine générale. En 2008, l'Assemblée nationale et le Sénat votent à l'unanimité, un demi-siècle exactement après la loi instituant le statut hospitalo-universitaire, une loi relative au personnel enseignant de médecine générale²⁹, ayant en parallèle une activité libérale :

« Les membres du personnel enseignant titulaire et non titulaire de médecine générale exercent conjointement les fonctions d'enseignement, de recherche et de soins en médecine générale. Ils consacrent à leurs fonctions de soins en médecine générale, à l'enseignement et à la recherche la totalité de leur activité professionnelle, sous réserve des dérogations qui peuvent être prévues par leur statut. »

Le décret du 28 juillet 2008³⁰ décrit dans le détail l'organisation de ce nouveau corps de praticiens hospitalo-universitaires, compatible avec un statut libéral. Une première !

29. Loi n° 2008-112 du 8 février 2008 relative au personnel enseignant de médecine générale, article 1.

30. Décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008.

Les professeurs, maîtres de conférences et chefs de cliniques associés déjà nommés ont pu alors demander leur intégration dans le nouveau statut.

Rapporté au nombre d'internes en médecine générale, le taux d'encadrement dans les départements de médecine générale reste aujourd'hui particulièrement faible en comparaison de celui des autres spécialités. Une disposition de la loi HPST a prévu des créations de postes pour compenser ce déficit. Mais ces créations ne seront que très partiellement pourvues³¹.

Autre conséquence de la reconnaissance progressive de la médecine générale, l'intégration de cette spécialité parmi les sous-sections du Conseil national des universités (CNU)³², point de passage obligé pour l'accès à une carrière hospitalo-universitaire. Une sous-section médecine générale a été créée par arrêté du 19 mars 2015 au sein de la section « médecine interne, gériatrie, chirurgie générale et médecine générale ». Dorénavant, les nominations des professeurs et maîtres de conférences des universités de médecine générale se font par des pairs généralistes, et non plus par des professeurs d'autres spécialités comme c'était le cas auparavant.

31. Au 1^{er} janvier 2015, « la filière accueillait 14 207 étudiants inscrits en 3^e cycle de médecine générale (dont 3 702 en première année) et disposait de 247 enseignants ETP (soit 34 professeurs des universités, 13 maîtres de conférences des universités, 72 professeurs associés et 128 maîtres de conférences associés). Le ratio étudiants/enseignant temps plein s'établissait donc à 97, en deçà des standards universitaires et jugé notoirement insuffisant », *Réseaux, Santé & Territoire*, décembre 2015, n° 65.

32. Le CNU est une instance nationale dépendant du ministère de l'enseignement supérieur qui se prononce sur les mesures individuelles relatives à la qualification, au recrutement et à la carrière des professeurs des universités et des maîtres de conférences, dans toutes les disciplines universitaires.