

UNIVERSITE PARIS XI
FACULTE DE MEDECINE PARIS-SUD

Année : 2017

N° :

(Enregistrement bibliothèque)

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le 24 janvier 2017

Par Véronique DELAUNOY HENRY

Née le 29/07/1973

A Lesquin (59)

**Quelle est la place de la Société Française de Médecine Générale
dans la construction de la médecine générale en France
entre 1973 et 2010 ?**

Président : Professeur Laurent RIGAL

Directeur : Docteur Guillaume COINDARD

Remerciements

Je remercie chaleureusement toutes les personnes qui m'ont aidée pendant l'élaboration de ma thèse. Je tiens à remercier Monsieur le Professeur Laurent Rigal d'avoir accepté d'être le président du jury. Je remercie mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Guillaume Coindard, de m'avoir proposé ce sujet et guidée d'une main sûre tout au long de ce travail.

Je suis particulièrement redevable aux médecins généralistes qui ont accepté de prendre part à cette étude, Messieurs les Docteurs Gérard Agulhon, Philippe Boisnault, Pascal Clerc, Pierre Ferru, Jean-Luc Gallais, Philippe Jacot, Jean-Noël Miche, François Raineri, Louis Velluet et Gérard Véry.

Je remercie Pierre, mon époux, pour son soutien indéfectible.

Je remercie mes trois formidables enfants Emma, Florian et Aurélien.

Je remercie ma famille et mes amis pour leurs encouragements précieux.

Je remercie Myrna, graphiste et amie, pour son aide enthousiaste.

GLOSSAIRE	5
I – INTRODUCTION	7
A. CONTEXTE	7
B. OBJECTIF DE TRAVAIL	8
II – MATÉRIEL ET MÉTHODE	9
A. MÉTHODE QUALITATIVE MIXTE	9
1. Recherche documentaire à partir de documents d’archives.....	9
2. Entretiens qualitatifs individuels semi-dirigés	9
3. Recrutement de l’échantillon	10
B. ANALYSE DES DONNÉES	11
C- PUBLICATION	12
III – RAPPEL DU CONTEXTE SOCIO-HISTORIQUE	13
A. L’ORGANISATION DU CHAMP MÉDICAL	13
1. La spécialisation de la médecine	13
2. L’hospitalo-centrisme	14
B. L’ENSEIGNEMENT MÉDICAL	16
1. Les changements apportés par les événements de 1968	16
2. Ce qui reste inchangé au lendemain de mai 1968	17
C. L’ORGANISATION DE LA PROFESSION MÉDICALE	18
1. Un cadre conventionnel en construction.....	18
2. Les groupements professionnels	19

IV – UNE HISTOIRE DE LA SFMG	21
A. LA SFMG À LA CONFLUENCE DU MOUVEMENT GÉNÉRALISTE	21
1. La perspective militante des fondateurs de la SFMG	21
2. La SFMG dans le sillage de la faculté expérimentale de Bobigny	27
3. « Balint les a beaucoup imprégnés au début »	32
4. Le mouvement de formation médicale continue	35
B. LE CŒUR DE MÉTIER DE LA SFMG	39
1. La recherche en médecine générale, un terrain à conquérir	39
2. Robert N. Braun, le fil rouge de la SFMG	42
3. La SFMG, seule société savante de médecine générale en France	50
4. Une professionnalisation de la recherche en médecine générale ?	51
C. LA SFMG FACE AUX MORCELLEMENTS DE LA MÉDECINE	
GÉNÉRALE.....	55
1. Des figures de la médecine générale	55
2. ... qui vont difficilement cohabiter dans les rangs de la SFMG	61
3. Une représentation professionnelle éclatée.....	64
4. Des tentatives pour fédérer la profession.....	66
V – CONCLUSION	70
BIBLIOGRAPHIE.....	73
Annexe 1 : Guide d’entretien	77
Annexe 2 : Doctrine de la SFMG.....	78
Annexe 3 : Statuts de la SFMG.....	79

GLOSSAIRE

ASFORMED	Association pour la formation continue des médecins
CERMES	Centre de recherche médicale et sanitaire
CES	Certificat d'études spéciales
CHU	Centres hospitaliers universitaires
CIM	Classification internationale des maladies
CISP	Classification internationale des soins primaires
CMG	Collège de la médecine générale
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNGE	Collège national des généralistes enseignants
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CNU	Conseil national des universités
CPEM	Certificat préparatoire aux études médicales
CSMF	Confédération des syndicats médicaux français
DES	Diplôme d'études spécialisées
DPC	Développement professionnel continu
DRC	Dictionnaire des résultats de consultation
DReFC	Diffusion de recommandations francophones en consultation de médecine générale
ENSP	Ecole nationale de santé publique
EPU	Enseignement postuniversitaire
FMC	Formation médicale continue
FMF	Fédération des médecins de France
FNOF	Fédération nationale des omnipraticiens français

GOFIMEC	Groupement des organismes de formation et d'information médicale continue
GRETEC	Groupe de recherches et d'études taxonomiques, épidémiologiques et cliniques
HAS	Haute autorité de santé
IFED MG	Institut français pour l'étude et le développement de la médecine générale
IMAGE	Information médicale et aide à la gestion des établissements
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
IRMG	Institut de recherche en médecine générale
MAG	Mouvement d'action des généralistes
MSP	Maison de santé pluri professionnelle
NHS	National health service
OGC	Organisme gestionnaire conventionnel
OMG	Observatoire de la médecine générale
PCB	Physique chimie biologie
PCEM	Premier cycle des études médicales
SASPAS	Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
SFDRMG	Société française de documentation et de recherche en médecine générale
SFMG	Société française de médecine générale
SFTG	Société française de thérapeutique généraliste
SMG	Syndicat des médecins généralistes
SNJMG	Syndicat national des jeunes médecins généralistes
UER	Unité d'enseignement et de recherche
UNAFORMEC	Union nationale des associations de formation médicale et d'évaluation continues
WONCA	World organization of national colleges & academies of general practitioners

I- INTRODUCTION

A- CONTEXTE

La réforme hospitalière du 30 décembre 1958 dite celle des ordonnances Debré⁽¹⁾ est une date clé pour la médecine en France. Les centres hospitalo-universitaires (CHU) sont créés par rapprochement des facultés de médecine et des hôpitaux. Cette réforme de 1958 instaure le temps plein hospitalo-universitaire et consacre le monopole des médecins hospitalo-universitaires sur la formation de *tous* les médecins. Rien n'est prévu pour la médecine générale qui, hors les murs de l'hôpital et de l'université, est réduite à une activité de soins sans recherche ni enseignement spécifique. Les médecins généralistes font de plus en plus figure de cliniciens aux mains nues⁽²⁾.

Dans un même temps, le développement des connaissances techniques et scientifiques conduit à un mouvement de spécialisation de la médecine⁽³⁾. La médecine se divise rapidement en de nombreux champs de compétences. Le périmètre d'action de la médecine générale, dépossédée d'un certain nombre de ses missions traditionnelles, se restreint. Les gynécologues médicaux, les pédiatres sont autant de spécialistes que les patients consultent directement sans restriction. Les médecins généralistes voient leur échapper une partie des pathologies et des plaintes qui entraient dans leur activité clinique courante quelques décennies plus tôt⁽⁴⁾.

La Société Française de Médecine Générale (SFMG) est créée le 6 février 1973 dans ce contexte défavorable pour la médecine générale. La SFMG est historiquement la première société scientifique de médecine générale en France. Elle est reconnue comme la société savante de la discipline par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en 1993. Ses objectifs et ses activités sont centrés sur la recherche en médecine générale, avec comme acteurs, les médecins généralistes eux-mêmes.

B- OBJECTIF DE TRAVAIL

En tant que plus ancienne société scientifique de médecine générale française, l'histoire de la SFMG est indissociable de l'histoire de la profession. Retracer les conditions de sa création et son évolution au cours des trente premières années était l'occasion pour moi, et pour la jeune génération des internes, de faire un bilan du chemin parcouru par la médecine générale en tant que discipline et des concepts qui la sous-tendent.

L'objectif de ce travail était de répondre à la question de la place de la SFMG dans l'évolution de la médecine générale entre 1973, date de sa création, et 2010, date de la création du Collège de la médecine générale (CMG).

II- MATÉRIEL ET MÉTHODE

A- MÉTHODE QUALITATIVE MIXTE

Ce travail s'inscrit dans une approche socio-historique. Celle-ci se base sur l'analyse de faits passés, en l'occurrence ici il y a 40 ans, présentés par les acteurs eux-mêmes et enrichis par l'analyse de la littérature existante sur les sujets étudiés. Cette analyse a pour finalité d'éclairer une période historique peu ou mal connue, en l'intégrant dans les problématiques contemporaines que sont aujourd'hui la construction de la médecine générale sur le plan académique, professionnel et disciplinaire.

1- Recherche documentaire à partir de documents d'archives

Ce travail de thèse s'est appuyé sur une recherche documentaire à partir de la consultation de documents d'archives appartenant à la SFMG et consultés au siège de la société savante, ainsi que les archives de l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) et de la CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés).

Ces données bibliographiques ont permis d'élaborer un guide d'entretien semi-directif ayant pour but de recueillir le témoignage d'anciens ou d'actuels sociétaires de la SFMG.

2- Entretiens qualitatifs individuels semi-dirigés

Des entretiens individuels de type semi-dirigé ont été menés sur la base d'un guide d'entretien semi-structuré (annexe 1). Ce guide, constitué d'un canevas de questions ouvertes et non figées, a permis aux participants de s'exprimer librement, en offrant à l'enquêteur la possibilité de poser des questions qui n'étaient pas prévues initialement, et à l'interrogé d'aborder de nouveaux thèmes pouvant enrichir l'ensemble du travail.

Le guide d'entretien était composé de trois parties :

- tout d'abord la trajectoire personnelle de l'interviewé (ses études de médecine, son installation et son mode d'exercice) ;

- puis son implication à la SFMG ;
- et enfin sa vision de la médecine générale.

3- Recrutement de l'échantillon

Le terrain de l'étude était constitué d'un échantillon de 10 médecins généralistes, membres de la première heure ou compagnons de route de la SFMG. Les entretiens individuels se sont déroulés entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2016.

Ci-après, la liste des médecins généralistes interrogés pour cette étude :

- Gérard Agulhon, né le 14/02/1941, médecin généraliste retraité, ancien président du Syndicat des Médecins Généralistes de Paris, ayant occupé différents postes à la SFMG (trésorier adjoint, conseiller scientifique) entre 1976 et 1990.
- Philippe Boisnault, né le 07/01/1962, médecin généraliste à Magny-en-Vexin, membre titulaire de la SFMG, actuel trésorier de la SFMG, membre du CNGE, fondateur du Syndicat des Jeunes Médecins Généralistes, membre du comité d'interface INSERM-médecine générale, chargé d'enseignement à la faculté de médecine de Paris-Ouest.
- Pascal Clerc, né le 13/12/1957, médecin généraliste à Meulan-en-Yvelines, membre titulaire de la SFMG, ancien président de la SFMG de 1997 à 2000, membre du CNGE, ancien chercheur en médecine générale associé à l'INSERM, membre du comité d'interface INSERM-médecine générale, chargé d'enseignement à la faculté de médecine de Paris-Ouest.
- Pierre Ferru, né le 16/05/1947, médecin généraliste retraité, membre titulaire de la SFMG, ancien directeur du conseil scientifique de la SFMG en 1993, ancien chargé d'enseignement à la faculté de médecine de Poitiers.
- Jean-Luc Gallais né le 28/12/1947, médecin généraliste retraité, spécialisé en santé publique, membre titulaire de la SFMG, ayant occupé différents postes au sein du bureau de la SFMG (secrétaire général, vice-président, directeur scientifique), ancien

étudiant du troisième cycle expérimental de médecine générale à la faculté de Bobigny, membre fondateur du CNGE, ancien chargé d'enseignement à la faculté de médecine de Bobigny.

- Philippe Jacot, né le 16/10/1938, médecin généraliste retraité, membre fondateur de la SFMG, président de la SFMG de 1977 à 1980 puis de 1991 à 1997.
- Jean-Noël Miche, né le 11/01/1946, médecin généraliste retraité, membre-titulaire de la SFMG, ancien étudiant du troisième cycle expérimental de médecine générale à la faculté de Bobigny, ancien chargé d'enseignement à la faculté de médecine de Paris XIII et Paris VII.
- François Raineri, né le 04/04/1952, médecin généraliste en exercice à Massy, membre titulaire de la SFMG, ancien président de la SFMG de 2003 à 2006, membre du CNGE et du Conseil d'administration du Collège de la médecine générale, Professeur associé à la faculté de médecine de Paris XI.
- Louis Velluet, né le 18/04/1929, médecin généraliste retraité, ancien membre du bureau de la SFMG, ancien rédacteur en chef des Cahiers de la SFMG en 1976 à 1979, chargé d'enseignement en troisième cycle de médecine générale à la faculté expérimentale de Bobigny, fondateur de l'Atelier français de médecine générale, membre de la Société Balint, chargé d'enseignement à la faculté de médecine de Paris V.
- Gérard Véry, né le 21/11/1927, médecin généraliste à Brunoy, membre titulaire de la SFMG, ayant occupé différents postes au sein du bureau de la SFMG (vice-président, directeur du réseau Lexique), ancien chargé d'enseignement en deuxième et troisième cycles de médecine générale à la faculté de Bobigny.

B- ANALYSE DES DONNÉES

Chaque entretien a duré entre 1 heure 30 minutes et 2 heures. Les témoignages ayant été enregistrés et retranscrits mot à mot, représentent un matériel d'une centaine de pages.

Chaque entretien a bénéficié d'une analyse individuelle. Le témoignage des médecins généralistes a d'abord été étudié en utilisant la méthode simple de l'analyse thématique, consistant à repérer des profils de discours à partir des éléments de langage. Cette analyse descriptive a permis de faire ressortir des thèmes particulièrement prégnants. Puis le matériel a été analysé dans son intégralité afin de rendre compte de la cohérence thématique transversale inter-entretien.

Le logiciel d'analyse de données qualitatives NVivo a été utilisé pour présenter certains résultats sous la forme de nuage de mots. Cet outil a permis de rendre compte par la taille des mots, de leur importance relative par rapport aux autres mots utilisés dans les témoignages recueillis.

Enfin, une infographie synthétisant l'histoire de la SFMG en miroir de celle de la médecine générale en France a été proposée.

C- PUBLICATION

Ce travail de thèse s'inscrit dans un projet de publication intitulé « Une histoire de la médecine générale » entrepris par un groupe de travail regroupant Anne-Marie Bouldouyre-Magnier, Isabelle de Beco, Guillaume Coindard, Yves Gervais, Jean-François Huez, Alain Siary, Philippe Sopena et Philippe Van Es. Ce groupe de travail est placé sous l'égide du Collège de la médecine générale.

III- RAPPEL DU CONTEXTE SOCIO-HISTORIQUE

L'histoire de la SFMG est indissociable de l'histoire de la médecine générale en France. A ce titre, il est intéressant de faire un bref rappel du contexte socio-historique de la médecine générale à la veille de la création de la Société, en s'attachant plus particulièrement à la période qui s'étend du lendemain de la Seconde Guerre mondiale au début des années 1970.

A- L'ORGANISATION DU CHAMP MÉDICAL

1- La spécialisation de la médecine

L'essor des disciplines médicales

Du fait d'une évolution importante des sciences fondamentales et des techniques thérapeutiques et diagnostiques, on assiste au XX^e siècle à un bond en avant des progrès de la médecine ⁽³⁾. De nouvelles disciplines scientifiques telles que la virologie, l'immunologie et la génétique émergent. Pour ne citer que quelques-unes des avancées thérapeutiques, les premières injections de pénicilline dans les années 1940, la découverte de la cortisone en 1949 et celle de la rifampicine en 1968. Les techniques d'investigation sur le corps humain, telles que la radiologie ou l'échographie progressent et permettent aux médecins de faciliter la démarche diagnostique.

La transformation des moyens diagnostiques et thérapeutiques au XX^e siècle se fait en faveur d'une spécialisation croissante des compétences médicales. Ces différentes compétences médicales se développent à l'hôpital, autour des cas complexes et difficiles à traiter, puis s'organisent autour d'organes ou de techniques particulières. Le haut niveau de spécialisation qui caractérise la médecine contemporaine est la résultante d'un processus de différenciation des activités médicales qui ne cesse de se développer, encore à l'heure où cette thèse est écrite. Le nombre de spécialités a augmenté régulièrement jusqu'à la fin du XX^e siècle, spécialités qui ont à présent tendance à se diviser en sous-spécialités tout en faisant appel à des compétences de plus en plus spécifiques ⁽⁵⁾.

Restriction du périmètre d'activité de la médecine générale

Jusqu'à la moitié du XX^e siècle, l'exercice de la médecine se confond avec la médecine générale qui constitue la forme principale de pratique clinique, hormis la chirurgie reconnue comme telle sous Louis XIV. Il n'est de médecine que « omnipraticienne ». Puis la naissance des spécialités entraîne une compartimentation de l'exercice médical et un remaniement du territoire de la médecine générale. Le périmètre d'activité du médecin généraliste se restreint car il est dépossédé de nombreuses compétences au bénéfice de spécialistes tels que les gynécologues-obstétriciens, les psychiatres et les pédiatres. Ceci a comme conséquences une perte de compétences dans des domaines qui ne sont plus ou insuffisamment pratiqués, une baisse de revenus, et plus largement, une crise d'identité de la médecine générale.

Une identification en creux de la médecine générale

Face à la spécialisation de la médecine, la médecine générale tend à perdre sa cohérence épistémologique, voire à se définir comme un domaine par défaut, sans territoire ni pratiques propres. La médecine générale ne se distingue qu'en négatif par rapport au développement des spécialités : la médecine courante est devenue « générale » sans qu'un territoire propre lui soit attribué ⁽²⁾. Le rôle et la signification même de la médecine générale sont oubliés ou méconnus. La médecine générale serait ce qui reste après épuisement des spécialités. Cette conception lui donne un caractère d'arrière-garde, voire d'infériorité ⁽⁶⁾.

2- L'hospitalo-centrisme

La réforme Debré

La réforme hospitalière du 30 décembre 1958 ⁽¹⁾, initiée par Robert Debré, est fondée sur le rapprochement des fonctions universitaires de recherche et d'enseignement de la médecine à l'hôpital. Les hôpitaux des villes universitaires deviennent des centres hospitalo-universitaires (CHU), pivots du dispositif. Les enseignants de la faculté et les enseignants des hôpitaux publics se fondent dans un même corps. La réforme instaure le temps plein universitaire, prévoyant que chaque hospitalo-universitaire exerce sa triple activité de soins, d'enseignement et de recherche dans le cadre hospitalier.

En devenant l'épicentre du système de soins, le système hospitalier et universitaire coupe les ponts avec toute la médecine de ville majoritairement libérale, dont la médecine générale au premier plan, ce qui n'est pas sans effet sur le système de soins en général.

La marginalisation de la médecine générale

Au lieu d'enrayer la crise d'identité de la médecine générale déjà amorcée par le découpage de la médecine en spécialités, la réforme Debré la marginalise davantage.

Selon les cadres posés en 1958, l'organisation du système de soins subordonne la formation de *tous* les médecins aux spécialistes hospitaliers et professeurs des universités, segment dont les généralistes ne font pas partie, alors que leurs confrères spécialistes de ville, partagent avec les hospitaliers, même de façon restreinte, une certaine prééminence professionnelle ⁽²⁾.

La mise en place des CHU consacre la domination intellectuelle et sociale de la médecine spécialisée, en particulier de la médecine hospitalière. Il en résulte un manque de reconnaissance de la médecine générale au sein du système de soins hospitalo-centré qui amplifie la difficulté à clarifier la place de la médecine générale par rapport aux autres spécialités médicales. Les généralistes font l'expérience de « l'illégitimité » et souffrent d'une représentation qui les situe à la périphérie de l'institution médicale, et en fait malgré leur supériorité numérique, un « peuple vague », sans véritable identité commune ⁽⁷⁾.

Le contexte international

Après la Seconde Guerre mondiale, la France apparaît en retard par rapport à d'autres pays, notamment anglo-saxons, en ce qui concerne la place de la médecine générale dans le système de soins. Au Royaume-Uni par exemple, les médecins généralistes et le NHS (National Health Service) reconnaissent l'importance d'un secteur efficient de soins primaires dès les années 1950. En effet, le Royal College of General Practitioners, fondé en 1952, est l'interlocuteur des pouvoirs publics et est chargé des problèmes de formation médicale continue, d'enseignement et de recherche en médecine générale.

Au niveau international également, la médecine générale se dote d'une représentation institutionnelle. L'instance internationale des sociétés savantes et académiques de médecine générale, connue sous l'acronyme de WONCA, est créée en 1972 à Melbourne en Australie.

B- L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

1- Les changements apportés par les événements de 1968

Une réforme pédagogique

La loi d'orientation de l'enseignement supérieur de 1968 ⁽⁸⁾, dite loi Edgar Faure, modifie le déroulement des études médicales. Les facultés deviennent des Unités d'Enseignement et de Recherche (UER) avec davantage d'autonomie. L'année de propédeutique scientifique (PCB pour Physique Chimie Biologie, rebaptisée CPEM pour certificat préparatoire aux études médicales), préalable nécessaire aux études de médecine, est supprimée. Elle est remplacée par le premier cycle des études médicales en 1969 (PCEM).

L'externat pour tous

Avant 1968, les étudiants en médecine non externes, c'est-à-dire soit recalés au concours de l'externat soit ne le passant pas, sont accueillis comme stagiaires dans les hôpitaux sans aucun rôle défini si ce n'est le rôle d'observateur passif. Leurs premiers contacts avec les patients ont le plus souvent lieu en ville à l'occasion d'un remplacement. Les stagiaires peuvent donc devenir médecin, sans avoir jamais examiné un patient.

Le concours de l'externat est supprimé à la suite des événements de 1968. Tous les étudiants en médecine suivent la même formation pratique de l'externat devenu obligatoire, ce qui permet à tous les étudiants en médecine d'acquérir une formation clinique minimale. Les externes ont le titre d'étudiant hospitalier et doivent réaliser quatre stages de trois mois par année à l'hôpital selon une présence de cinq matinées par semaine.

L'ébauche de stage chez le praticien

L'idée d'un stage chez le praticien apparaît en 1967 lorsqu'une association d'étudiants en fait la suggestion au CNOM et l'idée est reprise par les étudiants en médecine en mai 1968. Le CNOM émet un avis favorable dans son bulletin officiel du 23 juin 1968.

2- Ce qui reste inchangé au lendemain de mai 1968

La voie royale de l'internat

La voie royale pour l'accès à la spécialité se fait par la voie sélective du concours d'internat des hôpitaux. Les étudiants se destinant d'emblée à la médecine générale ne passent pas l'internat. Devient donc médecin généraliste celui qui échoue au concours de l'internat ou qui ne s'y présente pas. A l'issue du deuxième cycle des études médicales, les généralistes prolongent leur formation par un « stage interné » dans des hôpitaux de proximité. Concrètement, ils sont ceux dont la formation s'arrête quand celle des autres continue, censés en savoir toujours assez pour faire de la médecine générale ⁽²⁾.

Les certificats d'études spéciales (CES)

L'accès à la spécialité peut également se faire au travers de l'obtention des CES créés après la seconde guerre mondiale, car certaines spécialités sont peu choisies par les internes. Ceux qui exercent la médecine générale sont donc ceux qui ne passent ou ne réussissent pas l'internat ou dont l'apprentissage n'est pas prolongé par un CES. Le généraliste est celui qui n'a pas ces diplômes.

En prolongeant la durée des études médicales et en permettant d'acquérir des connaissances supplémentaires, la spécialisation confère un prestige supérieur à celui qui l'exerce, accentué par une tarification plus élevée des honoraires, négociée dans le cadre des conventions médicales. Le médecin généraliste fait l'expérience d'un prestige moindre, que la différence d'honoraires vient renforcer ⁽⁹⁾.

La médecine générale n'est pas enseignée

Du fait du monopole octroyé en 1958 aux formes hospitalières de la pratique médicale, la médecine générale est exclue du champ académique de la recherche et de l'enseignement. En effet, la médecine générale ne faisant l'objet d'aucune recherche, son corpus théorique ne peut s'ébaucher à l'instar de celui des spécialités médicales et ne peut par conséquent être enseigné. A partir de 1958, la médecine générale disparaît en tant que telle des programmes d'enseignement ⁽⁶⁾ et cette disparition est symbolisée par l'absence de la discipline au Conseil national des universités (CNU).

En conséquence, les futurs médecins généralistes sont formés en CHU à des démarches diagnostiques et à des stratégies thérapeutiques hospitalières et par des médecins qui ne pratiquent pas la médecine générale. Faute d'une formation réellement en rapport avec leur futur exercice, les médecins généralistes apprennent leur métier sur le tas au cours des remplacements, voire lors de l'installation. Un décalage apparaît entre la formation initiale et la pratique professionnelle, sans réflexion sur le rôle du médecin généraliste dans le système de soins.

L'inadéquation entre formation et pratique est renforcée par les enseignements post-universitaires (EPU) en plein essor dans les années 1960. Dans la logique de la réforme Debré, les EPU sont liés à une expertise hospitalo-centrée, et pour une grande part CHU-centrée. Les EPU portent davantage sur les connaissances médicales que sur la réflexion d'une pratique professionnelle, générant une discordance entre les matières enseignées et les besoins en formation continue des médecins praticiens.

C- L'ORGANISATION DE LA PROFESSION MÉDICALE

1- Un cadre conventionnel en construction

La création de la Sécurité Sociale en 1945

Les ordonnances d'octobre 1945 ⁽¹⁰⁾ créent la Sécurité Sociale. Le salarié est désormais couvert pour les risques de l'existence (vieillesse, famille, maladie). L'assurance sociale devient

obligatoire pour tous les salariés. Le volet assurance-maladie couvre les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation de l'assuré et de sa famille. En cas d'interruption du travail, la Sécurité Sociale verse au salarié des indemnités journalières. L'assurance maladie facilite ainsi l'accès aux soins d'une grande partie de la population française⁽¹¹⁾.

Un conventionnement progressif

Le cadre conventionnel résulte d'une construction lente, d'abord départementale puis régionale en 1966. Le courant favorable à la convention progresse d'abord dans les départements où les praticiens ont les revenus les plus bas, essentiellement dans des départements ruraux. Le système de conventionnement est à ce stade inégalitaire en raison des différences de tarifs et de niveau de remboursement, en particulier dans les départements où il n'y a pas d'accord. Le conventionnement se réalise moins rapidement dans certaines villes ou régions telles que Paris, Lyon, la Côte d'Azur, davantage attachées à un libéralisme strict tel qu'énoncé dans la charte syndicale de 1927.

La première convention nationale date de 1971. Elle est signée entre la CSMF et la CNAMTS. Le tarif de la consultation devient alors un tarif national.

2- Les groupements professionnels

Un syndicalisme pluri-catégoriel

Deux principaux syndicats médicaux représentent la profession au début des années 1970 : la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), qui est majoritaire et la plus ancienne, et la Fédération des médecins de France (FMF), plus récente. La FMF naît en 1968 d'une scission avec la CSMF suite à un désaccord sur les conventions liant les praticiens à l'assurance maladie.

La CSMF et la FMF sont des centrales syndicales pluri-catégorielles, avec une bi-appartenance généraliste et spécialiste. Elles comportent en leur sein des structures de regroupement de généralistes : par exemple la FNOF, Fédération nationale des omnipraticiens français, constitue la branche généraliste de la CSMF. Toutefois, il n'existe pas encore de représentation syndicale généraliste autonome au début des années 1970.

Mettre fin à la dévalorisation de la médecine générale ⁽¹²⁾

De la dévalorisation économique des actes de médecine générale par rapport aux actes spécialistes d'une part, et du constat d'une grille hiérarchique soumise à l'autorité des spécialités à la CSMF d'autre part, émerge l'idée d'un syndicalisme alternatif centré sur la médecine générale. Cette idée est encore embryonnaire au début des années 1970 mais fait son chemin.

Au terme de ce bref état des lieux de la médecine générale en France au début des années 1970, il apparaît que la discipline est en difficulté et que ces difficultés sont multiples.

C'est dans ce contexte défavorable que la SFMG est fondée en 1973. L'histoire de la Société fait l'objet du chapitre suivant.

IV- UNE HISTOIRE DE LA SFMG

La SFMG est fondée le 6 février 1973. C'est une association type loi 1901. Ses sept membres fondateurs sont les médecins généralistes suivants : Lionel Bécour, Jean de Couliboeuf, Serge Ghozi, Jean Goedert, Philippe Jacot, Jacques Pezé et Oscar Rosowsky. L'annuaire de 1973 dénombre 336 adhérents.

A- LA SFMG À LA CONFLUENCE DU MOUVEMENT GÉNÉRALISTE

En réponse à la marginalisation et à la dévalorisation de la médecine générale telle qu'elle est rappelée dans le chapitre précédent, plusieurs initiatives de médecins généralistes voient le jour au début des années 1970.

Ce sont des mouvements associatifs dont les initiatives sont diverses et complémentaires, les unes sur le plan du militantisme syndical, les autres sur le plan de l'enseignement universitaire, de la psycho médecine ou encore de la formation médicale continue.

Toutes ces influences contribuent à la réidentification de la médecine générale ⁽⁶⁾. La question du positionnement de la SFMG vis-à-vis de ces différentes mouvances fait l'objet de ce chapitre.

1- La perspective militante des fondateurs de la SFMG

Un mouvement idéologique émerge au début des années 1970 parmi les généralistes de la région parisienne.

Le Comité intersyndical de liaison

A la fin des années 1960, quelques médecins généralistes de la banlieue parisienne créent un Comité intersyndical de liaison et d'action des médecins omnipraticiens et généralistes français, dit « Comité de liaison ».

Ce Comité de liaison publie en 1970 **le Livre Blanc sur le médecin de famille** ⁽¹³⁾, signé notamment par Lionel Bécour (Villiers-le-Bel), Jean Goedert (L'Haÿ-les-Roses), Serge Ghozi (Le Perreux) et Oscar Rosowsky (L'Haÿ-les-Roses). Il est important de noter que tous figurent parmi les membres fondateurs de la SFMG.

Le Livre Blanc pose les principes fondateurs de la médecine générale comme discipline et spécialité médicale autonome et spécifique. Y figurent une revendication pour la création d'un troisième cycle de médecine générale sous la forme d'un certificat d'études spéciales (CES) et un appel au C = Cs. « La consultation du médecin généraliste actuel est d'une complexité plus grande et d'une durée au moins égale à celle du spécialiste et elle doit être honorée à un tarif voisin à celui du Cs » peut-on notamment y lire.

Gérard Agulhon, ancien compagnon de route de la SFMG se souvient : « *Les anciens du Comité de liaison avaient un slogan qui était ridicule : C = Cs. C'était monstrueux à l'époque, blasphématoire !* »

L'Association des syndicats médicaux du district parisien

Des médecins de la petite couronne parisienne, pour une part les mêmes que ceux précédemment cités, animent également une Association des syndicats médicaux du district parisien, dite le « District parisien. » Les médecins, des généralistes pour la plupart, s'y rencontrent à l'occasion de réunions de quartier et d'amicales d'arrondissement.

« *Je suis allé à quelques réunions où j'ai vraiment été séduit par les présentations et les discours de de Couliboeuf, qui étaient vraiment clairs. Il y avait une espèce de résonance. De Couliboeuf, ses présentations, ses topos étaient remarquables* » dit Gérard Véry, membre de la première heure de la SFMG.

« Il y avait une bande de généralistes de banlieue, Jacot, Rosowsky, de Couliboeuf et puis deux ou trois autres, qui se réunissaient dans des petites réunions de quartier. (...) Et alors j'ai été séduit, subjugué, je crois que c'est de Couliboeuf et Rosowsky qui m'ont le plus séduit. Des personnages ! » Gérard Agulhon

De même que pour le Comité de liaison, il est intéressant de noter que les animateurs les plus remarquables du District parisien comptent parmi les membres fondateurs de la SFMG. « *La rencontre avec les fondateurs de la SFMG : cela a été cette histoire de syndicat de la couronne parisienne, l'association des syndicats médicaux du District parisien* » se souvient Philippe Jacot, co-fondateur de la SFMG.

Le District est une association syndicale en désaccord avec les deux grandes confédérations nationales des syndicats médicaux que sont la CSMF et la FMF. Ses revendications rejoignent celles des auteurs du Livre Blanc.

Dans un courrier adressé en juillet 1970 au conseiller technique du Ministre de la Santé, les membres du District parisien regrettent la sous-représentation des généralistes à tous les échelons des institutions : « Les médecins généralistes ne sont représentés que d'une façon dérisoire, tant à la commission de la nomenclature qu'à la commission nationale tripartite et aux autres instances qui décident de l'avenir de la profession. C'est probablement là la source essentielle de leur abaissement ».

Dans cette même lettre, signée collectivement par le District parisien, il est dit que « la fonction même du généraliste est dévaluée. Quels que puissent être les titres hospitaliers ou universitaires et la valeur professionnelle du médecin généraliste, la nomenclature ne connaît qu'un C et un V fortement minorés par rapport aux actes des autres catégories professionnelles. Les conséquences de ce fait sont très graves car les généralistes en exercice fuient vers la spécialité et les étudiants refusent de s'engager dans cette branche en voie de dépérissement. Il est indispensable de créer dans la nomenclature une consultation de médecine générale Cg ».

Une autre revendication du District porte sur la formation du médecin de famille. « Le troisième cycle prévoit une année obligatoire et une année facultative pour les futurs médecins généralistes, tandis que les études des spécialités seront portées de 3 à 5 ans. Nous demandons une durée des études au moins égale pour le généraliste et le spécialiste. En remplacement de

l'année de stage facultative, nous demandons deux années de stage d'assistant rémunéré chez le praticien. »

L'échec de ces 2 tentatives syndicales autonomes

Les idées du mouvement autonome syndical généraliste incarné par le Comité de liaison et le District parisien ne connaissent pas d'engouement majeur. Leurs idées sont en avance sur leur temps et ne rencontrent pas leur public pour deux raisons principales :

- D'une part, un mouvement anti-convention

Le syndicalisme parisien intra-muros des années 1960 et du début des années 1970 est encore réfractaire à la convention, tout comme d'autres poches de résistance libérale situées à Lyon et sur la Côte d'Azur. Le ralliement ne se fera progressivement qu'après la convention nationale de 1971. Philippe Jacot témoigne : « *on avait créé le syndicat des médecins de la couronne parisienne, un Comité de liaison des généralistes, qui regroupait les départements de la couronne, parce que Paris centre était carrément anti-convention.* »

- D'autre part, une défiance vis-à-vis de la représentation mono-catégorielle généraliste

Selon Jean-Luc Gallais, ancien vice-président de la SFMG, l'échec des tentatives syndicales généralistes autonomes s'explique par le fait que « *le syndicalisme généraliste était représenté essentiellement par la CSMF et qui ne fonctionne qu'en fonction de la grille hiérarchique qu'on connaît tous depuis 1803, création de l'internat (...). Au bas de l'échelle médicale, le médecin généraliste. Cela est vécu douloureusement. (...) Les syndicalistes ont fait le constat qu'il y avait une impasse et que (...) la CSMF à chaque fois bloquait tout. Pas de changement* ».

Le Comité de Liaison et le District parisien échouent à exister face aux deux centrales syndicales pluri-catégorielles que sont la CSMF et la FMF car « *à l'époque, les généralistes c'était la valetaille et les spécialistes tenaient le haut du pavé. C'était très mal vu de faire du syndicalisme mono-catégoriel, pour la bonne raison qu'effectivement la valetaille servait de troupes pour les happy few, les spécialistes. C'était comme une armée il y avait une hiérarchie et les petits soldats c'était les généralistes* » explique Gérard Agulhon.

« La CSMF, qui était en bi-appartenance une partie généraliste et une partie spécialiste, entretenait cette division, parce que le généraliste était le faire-valoir des conventions, (...) les avantages étaient surtout pour les spécialistes et le volant des négociations, c'était sur le généraliste qu'il se faisait. » dit Philippe Boissault, membre du bureau actuel de la SFMG et fondateur du SNJMG (Syndicat national des jeunes médecins généralistes).

« Il y a eu mobilisation, puis constat d'un échec de nature syndicale, et que le blocage était total par rapport à la CSMF. » Jean-Luc Gallais

Philippe Jacot écrit à propos du Comité de liaison et du District parisien ⁽¹⁴⁾ : « Les caciques ne s'y trompèrent pas et avec la complicité de quelques-uns réussissent à casser ce mouvement et à faire apparemment rentrer ces protestataires indisciplinés dans les rangs de l'ordre syndical. D'autant plus facilement que la majorité des provinciaux ne voyaient là que l'agitation parisienne, et n'ont pas perçu que ce qui se passait en banlieue serait plus tard leur lot. »

Un autre biais de promotion de la médecine générale

De cet échec syndical naît l'idée d'une autre voie de promotion de la médecine générale, la voie scientifique.

« Tous les fondateurs de la SFMG étaient du monde syndical. De Butler était le président de son syndicat départemental. Rosowsky était un animateur du Comité de liaison. C'étaient tous des syndicalistes. » Jean-Luc Gallais

« Les anciens du District se sont concertés pour trouver un autre biais de la promotion de la médecine générale que le biais syndical où ils n'avaient pas eu de succès contre la CSMF. »

Gérard Agulhon

« Rosowsky m'en a parlé, on en a souvent parlé ensemble, c'était l'analyse que les syndicats étaient absolument incapables de promouvoir et d'aider la médecine générale à devenir une discipline. Rosowsky en avait tiré l'analyse avec de Couliboeuf qu'il fallait une société savante. Les syndicats n'avancent que des mots, nous il faut que l'on donne des faits en expliquant ce qui se passe en médecine générale, quel est le corpus, comment ça fonctionne etc. Et en fait c'est le travail de la Société depuis le début ... » Gérard Véry

« On a eu l'idée de réapparaître sur un autre créneau, le créneau scientifique et on a créé la SFMG. On a fait la société savante sur un créneau où on ne nous attendait pas. » Philippe Jacot

Dans *Un toubib en colère* ⁽¹⁵⁾, Richard Bouton écrit « Rosowsky a lui aussi pensé un temps que la voie syndicale était nécessaire, lui aussi a essayé, à partir du syndicat des médecins des Yvelines, de changer le cours des choses mais tout cela a été en vain ».

Une société scientifique mais une doctrine contestataire

Dans le droit fil de l'origine militante et syndicale des membres fondateurs de la SFMG, sa doctrine est contestataire (annexe 2). Le terme lui est d'ailleurs reproché. « Elle avait choqué beaucoup de gens cette doctrine, car 'doctrine' ça fait secte. » dit Pierre Ferru, ancien directeur du conseil scientifique de la SFMG. La hiérarchie médicale établie y est remise en cause : le premier point de la doctrine postule que **la médecine générale est une discipline spécifique. Ses fonctions ne sont pas réductibles à une fraction des autres disciplines médicales.**

« La médecine générale, une discipline. Déjà une provocation de première ! C'est dans les statuts. Médecine spécifique, voilà ! » Jean-Luc Gallais

« Il y avait une bataille à mener pour l'existence, la reconnaissance et la création d'un corpus, qui définisse la médecine générale non pas en creux comme n'étant pas ce que sont les autres spécialités, ou pire encore le plus petit dénominateur commun de toutes les spécialités. »
Philippe Boisnault

En juin 1976, Philippe Jacot écrit dans une revue interne à la SFMG ⁽¹⁶⁾ : « la médecine générale existe. Elle a un champ d'action spécifique. Il appartient aux généralistes d'être souverains dans leur discipline. Qu'on le sache, la médecine générale n'est plus un territoire colonisé livré aux appétits politiques et universitaires ». Dans un autre article issu du même numéro ⁽¹⁷⁾, Jean de Couliboeuf écrit « la médecine générale constitue un champ spécifique de la médecine, qui ne peut être considéré comme un aspect dégradé de la médecine hospitalo-universitaire, ni comme un de ses sous-produits. C'est une médecine différente dans ses démarches, qui trouve occasionnellement à l'hôpital un complément. »

2- La SFMG dans le sillage de la faculté expérimentale de Bobigny

Le mai blanc 68

En 1968, les facultés de médecine doivent faire face, comme l'ensemble du corps social en France, à un mouvement de contestation ⁽¹¹⁾. A l'occasion de la crise qui agite l'université, le problème de la formation médicale se pose et le contenu de la formation médicale généraliste est interrogé ⁽¹⁸⁾.

La même année, Edgar Faure, ministre de l'Education nationale, est à l'origine d'une loi d'orientation de l'enseignement supérieur tendant à favoriser la réalisation d'enseignements particuliers à l'initiative des universités.

Pierre Cornillot, professeur de biologie, obtient alors l'autorisation de créer une faculté expérimentale de santé, médecine et biologie humaine à Bobigny en Seine-Saint-Denis. L'UER de Bobigny est créée en octobre 1968 en tant qu'UER expérimentale de premier cycle. Elle devient UER médicale à part entière à la fin de 1971 ⁽¹⁹⁾ lors de son rattachement à l'université de Paris XIII.

L'idée d'un enseignement supérieur de médecine générale germe depuis le Livre Blanc de 1970 réclamant l'instauration d'un CES de médecine générale, mais « *sans mai 68, l'arrivée de la médecine générale à la fac aurait pu attendre des années. La réforme Debré avait tout cadencé* » estime Louis Velluet, membre de la première équipe pédagogique de Bobigny.

Pierre Cornillot, devenu doyen de la faculté de Bobigny, confie lors d'un entretien enregistré par Gérard Véry et Louis Velluet en 1978 ⁽²⁰⁾ : « *lorsque l'on a lancé la faculté ici, il y avait eu les événements de 1968 qui ont fait perdre un certain nombre d'illusions sur la validité du système en cours, (...). Dans un bordel aussi gigantesque que mai-juin 1968 tout à fait étonnant, il fallait essayer de lancer une faculté sur des bases différentes en reposant tous les problèmes de la relation avec les étudiants, en redéfinissant des objectifs de formation différents* ».

Un doyen avant-gardiste

Selon Pierre Cornillot au cours de l'entretien précédemment cité ⁽²⁰⁾, « *c'est le travail de 1968 à 1970 qui a débouché sur ce que l'on a appelé l'opération 93, c'est-à-dire la définition du CHU sur Bobigny-Aubervilliers qui, en assurant les prestations d'un CHU prendrait une dimension tout à fait différente (...), visant au contraire à déstructurer la notion de CHU et éviter au maximum la notion de système forteresse, citadelle* ».

Pierre Cornillot décide d'intégrer des thèmes innovants à l'enseignement médical universitaire de Bobigny : l'enseignement des médecines naturelles en est un exemple, le troisième cycle de médecine générale en est un autre. Il explique : « *bien avant 1968, j'avais toujours considéré comme parfaitement anormal que la médecine générale soit le plus bas niveau de qualification en médecine en France. J'avais par devers moi comme un vieux compte à régler, le fait que la médecine générale soit aussi faiblement représentée et aussi sous-évaluée dans le système universitaire français* ».

Selon Pierre Cornillot, « *on enseigne bien ce que l'on pratique. Donc comme à l'hôpital il n'y a qu'une certaine forme de pratique, où trouver le reste ? Nous avons mené une réflexion qui visait à mettre en place les différents professionnels susceptibles d'assurer les diverses formations, mais sans créer de monopole pédagogique comme le faisaient les chaires* ».

L'originalité de Pierre Cornillot repose sur son ouverture concernant les pratiques non hospitalières, qui l'amène à nouer des contacts avec des médecins généralistes eux-mêmes engagés dans une réflexion théorique sur la spécificité de leur pratique. Ces contacts se font dans deux directions différentes : la mouvance syndicaliste généraliste avec Jean de Butler d'un côté, la formation psychologique médicale avec des membres de la Société médicale Balint de l'autre.

L'enseignement supérieur de médecine générale de Bobigny est confié à Jean de Butler, installé comme médecin généraliste à Palaiseau. Un courrier est par ailleurs envoyé à tous les médecins généralistes de la Seine-Saint-Denis, aux médecins syndicalistes du District parisien et aux généralistes de l'hôpital franco-musulman devenu hôpital Avicenne rattaché à l'UER, pour constituer le reste de l'équipe enseignante.

La question de la relation aux étudiants est posée. En rupture avec le mode magistral d'usage, l'enseignement à Bobigny s'invente sur un mode participatif, en petits groupes d'élèves et sous la forme de tables rondes.

Le caractère expérimental

En septembre 1973, l'université de Bobigny ouvre le troisième cycle expérimental de médecine générale. Il est destiné à des médecins généralistes et enseigné par des médecins généralistes en exercice. Tous les enseignants de Bobigny exercent la médecine générale soit en cabinet privé soit en cabinet de groupe. C'est une formation des médecins généralistes en rapport avec leur futur exercice extrahospitalier.

La médecine générale, n'étant plus représentée à l'université depuis plusieurs dizaines d'années, doit être considérée comme une discipline nouvelle ⁽²¹⁾. La généralisation du temps plein hospitalo universitaire a privé les enseignants de toute expérience des pathologies qui ne se rencontrent qu'à un stade précoce ou une forme propre à l'ambulatorio. Les spécialistes hospitalo universitaires qui ont pour mission d'enseigner, n'en ayant l'expérience ni au niveau de la pratique ni au niveau de la recherche, sont contraints soit de l'ignorer, soit de proposer à la place des extrapolations abusivement empruntées au contenu des spécialités qu'ils pratiquent.

« Le Doyen Cornillot ne voulait pas s'adresser à des gens supposés savoir et qui étaient dans une sorte de respect et d'admiration pour les grands patrons, avec l'idée de s'identifier à eux. Cornillot voulait quelque chose de neuf. » Louis Velluet

« Que va-t-on enseigner ? Qu'est-ce que la médecine générale ? (...) On s'est reposé toutes les questions de base. (...) Il n'y avait pas de bibliographie de la médecine générale. Il n'y avait rien ! » Gérard Véry

Outre Gérard Véry et Louis Velluet, la première équipe enseignante de Bobigny menée par Jean de Butler est constituée d'Anne-Marie Reynolds, Jean-Loup Rouy, Claude Grunberg, François Berton et Jacques Pezé.

Un même noyau dur anime le troisième cycle de Bobigny et la SFMG

La création de la SFMG en 1973 est indissociable de l'histoire de l'université expérimentale de Bobigny et l'idée même de la Société aurait germé dans les locaux de Bobigny.

Louis Velluet, témoin de la scène, raconte « *Donc on est à Bobigny, il y a effectivement de Butler, Oscar, de Couliboeuf, et on a une réunion, je ne sais plus du tout de quoi on parlait et débarque Guy Scharf qui était germanophone, qui revenait d'Allemagne où il avait fait un séjour et Guy Scharf nous interrompt tous en disant « vous savez c'est formidable, on vient de créer une Société de médecine générale allemande (...) ».* Et il explique comment ça va fonctionner, l'organisation de séminaires réguliers, etc., enfin tout ce qu'on a fait après à la SFMG ». Les statuts de la SFMG sont écrits dans la foulée par Oscar Rosowsky. Guy Scharf, médecin généraliste installé en Moselle et très investi sur le sujet de la formation médicale continue, devient quant à lui vice-président de la SFMG à sa création.

Un même noyau dur de médecins généralistes anime le troisième cycle de Bobigny et la SFMG : Jacques Pezé est un des membres fondateurs de la SFMG, Jean de Butler est vice-président de la SFMG en 1973, Anne-Marie Reynolds est la représentante de la SFMG au premier groupe de travail des Sociétés Scientifiques de Médecine Générale européennes en 1974 à Leeuwenhorst lors du Congrès européen sur l'enseignement de la médecine générale. Gérard Véry et Louis Velluet sont tous deux membres du bureau de la SFMG en 1976.

Le troisième cycle de médecine générale s'adresse à des étudiants qui souhaitent recevoir une formation professionnelle complémentaire adaptée à l'exercice de la médecine générale. Les étudiants de la première promotion en 1973 sont une trentaine de volontaires venant de la France entière. Au terme de 3 ans d'études, un diplôme universitaire de formation supérieure en médecine générale (DUFOR) leur est remis.

« *Philippe Jaury, Jean-Noël Miche, Madeleine Pouderoux, Didier Béguin se retrouvent parmi les étudiants* » se souvient Jean-Luc Gallais issu de cette même promotion. La première diplômée du troisième cycle de médecine générale s'appelle Cécile Peyrebrune. Son mémoire de fin de cursus est dirigé par Louis Velluet et porte sur « *L'implication affective dans le rapport médecin-malade* ». La première thèse de médecine générale, dirigée par Philippe Jacot, est soutenue en 1976 à la faculté de Bobigny par Madeleine Pouderoux : « *L'obésité en médecine*

générale : analyse critique de 133 dossiers ». Le Jury de thèse est présidé par le doyen Cornillot. Madeleine Pouderoux est nommée secrétaire adjoint de la SFMG en 1976.

« J'ai été le directeur de mémoire des tous premiers, Gallais, Pouderoux, Jaury. Pouderoux, c'était la première stagiaire, ce qui n'était pas autorisé à l'époque, à aller chez le praticien, alors on l'a prise dans notre cabinet de groupe, on était 4 et elle remplaçait un médecin par jour. Chaque fois que l'on essayait de faire quelque chose, il y avait un barrage mais on y allait quand même. » Philippe Jacot

A la suite de l'expérience Bobigny, d'autres facultés de médecine acceptent d'ouvrir leur porte à la médecine générale dans les années 1970, celles de Bichat, Bicêtre, Créteil, Bordeaux, Nancy et Tours notamment.

Les apports de la SFMG sur le plan de l'enseignement

La SFMG fait de nombreuses propositions pour un enseignement spécifique et des carrières universitaires d'enseignants en médecine générale. Ces propositions vont à l'encontre des idées de Simone Veil, ministre de la santé de 1974 à 1979, qui s'oppose publiquement à l'idée d'un enseignant généraliste ⁽²²⁾.

« Simone Veil dit qu'il faut que ce soit les médecins internistes qui enseignent la médecine générale, en toutes lettres ! » Gérard Véry

« J'ai été reçu par Mme Veil qui était ministre de la santé à l'époque, qui m'a dit « des enseignants généralistes, jamais ! » Je lui ai dit « vous vous trompez ... » Philippe Jacot

Lors d'un séminaire organisé par la SFMG en 1977 à Monaco intitulé « Qui enseignera la Médecine Générale en 1980 ? », un guide du maître de stage est réalisé ⁽²³⁾. Son contenu est visionnaire puisque les modalités de stage qui y sont décrites seront reprises dans leur quasi intégralité en 1997 lors de la généralisation du stage obligatoire chez le praticien.

« La maîtrise de stage a été rédigée en 1977 et ce qui a été appliqué 20 ans après, c'est exactement ce qu'il y a dedans, mot pour mot ! » dit François Raineri, ancien président de la SFMG.

3- « Balint les a beaucoup imprégnés au début »

Le mouvement Balint

Michael Balint est un psychiatre et psychanalyste d'origine hongroise réfugié en Angleterre pendant la Seconde Guerre mondiale. Il publie en France en 1960 « Le Médecin, son malade et la maladie »⁽²⁴⁾ au terme d'une vingtaine d'années de recherche sur les implications psychologiques dans la pratique de la médecine générale, puis un deuxième ouvrage en 1967 intitulé « Techniques psychothérapeutiques en médecine »⁽²⁵⁾. Michael Balint constate que la relation entre malade et médecin est souvent insatisfaisante. Il élabore une théorie de l'efficacité thérapeutique fondée sur ce qu'il appelle le « remède-médecin » : l'écoute et l'attention portée au patient peuvent guérir au même titre qu'un médicament.

Dans le sillage de ces publications, des groupes Balint se créent en France dont les plus connus sont ceux de Léon Chertok et de Michel Sapir. Les groupes Balint réunissent un nombre restreint de praticiens dans le but de discuter de difficultés rencontrées dans l'exercice de leur profession. C'est une méthode d'investigation de la relation médecin-malade qui est analysée par le groupe, en tenant compte de l'inconscient et des désirs réciproques, chaque fois qu'un patient s'adresse au médecin et vice versa.

Le mouvement Balint a non seulement pour objet de former les médecins généralistes à la relation médecin-malade, mais aussi de promouvoir la médecine générale dans sa dimension individuelle, familiale et sociale et de rappeler le sens et la fonction du soin tant pour les patients que pour les médecins généralistes. Dans ce sens, les médecins balintiens participent à la prise de conscience collective des médecins généralistes quant à leur position originale dans le champ médical⁽¹⁹⁾. C'est en tant que tel que le mouvement Balint intéresse la SFMG.

De nombreux « Balintiens » à la SFMG et à Bobigny

La SFMG est largement ouverte au mouvement Balint, du moins à ses débuts :

« A l'origine à la SFMG, historiquement, il y a eu beaucoup de Balintiens. » Jean-Luc Gallais

« Balint les a beaucoup imprégnés au début. » Gérard Agulhon

Deux des membres fondateurs de la SFMG, Oscar Rosowsky et Jean Goedert publient ensemble « Une guérison impossible. Dissection dans un groupe Balint » en 1976 ⁽²⁶⁾. Anne-Marie Reynolds, Louis Velluet et Gérard Véry, membres du bureau de la SFMG, font également partie d'un groupe Balint. Oscar Rosowsky occupe le poste de secrétaire adjoint de la Société française Balint créée en 1967.

Il en est de même à Bobigny où le doyen Cornillot est favorable à la formation psychologique des médecins généralistes. Au cours de l'entretien avec Louis Velluet et Gérard Véry cité plus haut, Pierre Cornillot évoque « *la critique que l'on fait aux médecins balintiens en disant qu'ils ne sont pas assez savants, et que c'est pour cela qu'ils deviennent relationnels, alors que c'est l'inverse : en général ce sont ceux qui ont dépassé un certain niveau qui abordent un domaine qui va encore plus loin* ».

François Berton, membre de la première équipe enseignante de Bobigny, fait partie du bureau de la Société médicale Balint.

« *A Bobigny, j'étais responsable de la formation psychologique, cela se faisait en petits groupes, des études de cas, on n'écrivait rien. Un groupe Balint d'étudiants.* » explique Louis Velluet, qui fait par ailleurs partie d'un groupe Balint dirigé par Léon Chertok.

« *A Bobigny il y avait deux groupes, un groupe de médecine classique avec de Butler et d'autres, et un deuxième groupe plus balintien et psychanalytique puisqu'il y avait Reynolds et Velluet qui étaient médecins généralistes psychanalystes, (...) et qui donnaient une teinture complémentaire.* » Jean-Noël Miche.

« *Reynolds insistait beaucoup sur la relation, sur le comportement du médecin et du malade, la relation qu'on étudie dans les groupes Balint. Alors j'étais au milieu de tout cela, Grunberg était somaticien à fond, et moi j'essayais toujours à Bobigny à maintenir le cap entre les 2* » explique Gérard Véry. Ce dernier se forme quant à lui dans un groupe Balint dirigé par Michel Sapir.

L'héritage balintien à la SFMG

En préface aux Documents de Recherches en médecine générale 7/8, Oscar Rosowsky écrit « faire la synthèse entre la biomédecine et la psycho-médecine qui se partagent le champ médical, est plus facile à pratiquer comme nous le faisons après notre formation autodidactique, qu'à théoriser cette synthèse par la recherche. Les grands clivages qui parcourent le monde médical sur la biomédecine et la psycho médecine radicalisent les positions des uns et des autres, attirent à elles plus de réflexions courtisanes et de discours contestataires que de recherches difficiles visant à conceptualiser, démontrer la logique des séquences d'une médecine générale qui chemine sur une mince ligne de crête entre les deux pentes abruptes que nous venons d'évoquer. »

Cette synthèse entre les biosciences et la psycho-médecine perdure jusqu'à aujourd'hui au sein de la SFMG. A titre d'exemple, le GASP (Groupe anthropo-socio-psychologique) rassemble 10 médecins généralistes sous la direction de Christian Comte en 2000. Ce groupe a pour objectif de mettre à la disposition de la communauté généraliste les moyens nécessaires à l'intégration des données pertinentes des sciences humaines dans sa stratégie décisionnelle, pour l'amélioration des soins.

Autre exemple plus récent, Olivier Kandel, ancien président de la Société, publie un « Manuel théorique de médecine générale » en 2015 ⁽²⁷⁾. Parmi les 41 concepts recensés nécessaires à l'exercice de la discipline, plusieurs concepts s'inscrivent dans la relation médecin-malade et la synthèse entre biosciences et sciences humaines :

- Modèle biomédical versus holiste ;
- Compagnie d'investissement mutuel ;
- Patient, client, partenaire : trois approches de la relation médecin-malade ;
- Fonction apostolique ; éléments de communication.

4- Le mouvement de formation médicale continue

Des EPU à la FMC

Dans *Infiniment médecins*⁽⁶⁾, Albert Hercek écrit « de 1945 à 1970, ce sont principalement les facultés de médecine qui organisent les enseignements postuniversitaires (EPU). Mais la divergence grandissante d'identité professionnelle entre les hospitalo-universitaires et les généralistes, l'éloignement des centres hospitalo-universitaires par rapport aux lieux d'exercice des praticiens, la discontinuité des conférences et la forme magistrale des cours totalement inadaptée aux réalités de l'exercice pratique, créent une discordance entre les matières enseignées et les besoins de formation des médecins praticiens ».

Les années 1970-1980 voient le développement d'un mouvement associatif en faveur d'une formation médicale continue (FMC) de proximité, personnalisée et diversifiée selon les besoins des participants. Le changement de sigle, FMC plutôt que EPU, traduit la volonté de favoriser l'acquisition de compétences plus que l'actualisation des connaissances, dans l'idée de se rapprocher ainsi de la réalité de terrain.

« La FMC, parce que (...) tous les enseignements étaient donnés aux généralistes par les spécialistes. Moi ORL, je dis que vous devez faire ça ! Quand un spécialiste fait une formation pour les généralistes, il ne connaît pas la médecine générale, il dit ce que lui fait et propose, mais il n'a pas le bon angle. En tant que généraliste, vous êtes contraint par votre métier et si on vous apporte une connaissance, vous ne pouvez pas l'utiliser telle quelle. » Jean-Noël Miche

Des groupes locaux de généralistes se constituent dans différentes régions et donnent naissance à un tissu associatif qui va se généraliser. Le GOFIMEC est créé en 1973 (Groupement des organismes de formation et d'information médicale continue) par André Cholal, Romain Enten, Albert Hercek, Guy Scharf et Pierre Ageorges. Cette initiative suscite la réaction de la CSMF et de la FMF qui créent une structure concurrente la même année, l'ASFORMED, dirigée par Pierre Gallois.

Intrication historique de la FMC avec la SFMG

La formation du GOFIMEC et de l'ASFORMED est simultanée avec la création de la SFMG. Le point 4 de la doctrine de la SFMG (annexe 2) énonce : « La formation médicale continue du médecin généraliste repose avant tout sur l'observation méthodique de sa propre activité, jointe à une information sélective et critique. »

Guy Scharf, co-fondateur du GOFIMEC, se trouve également être vice-président de la SFMG en 1973. C'est un médecin généraliste qui exerce à Woippy en Moselle. Il est le fondateur de l'Association médicale lorraine de perfectionnement postuniversitaire en 1969. En 1978, il écrit le « Manuel pratique de la formation continue du médecin ».

Albert Hercek, autre co-fondateur du GOFIMEC est également membre de la SFMG.

Ces liens de personnes expliquent la tenue en commun de plusieurs séminaires ⁽¹⁴⁾ :

- 1975 : Séminaire SFMG-GOFIMEC à Versailles : Comment créer une association et comment l'organiser. Comment préparer une séance de FMC
- 1977 : Réunion SFMG-GOFIMEC à Neuilly : Réflexion sur le stage chez le praticien
- 1977 : Séminaire SFMG-GOFIMEC à Versailles : Formation pédagogique à la maîtrise de stage

En 1978, le GOFIMEC et l'ASFORMED fusionnent pour former un seul organisme de formation médicale continue, l'UNAFORMEC. Cette fusion répond à la volonté politique de Simone Veil, alors ministre de la santé, qui accepte d'investir dans la FMC à condition de n'avoir qu'un interlocuteur unique.

La collaboration entre l'UNAFORMEC et la SFMG reste fructueuse, tout au moins pendant les années 1980 :

- 1980 : Conférence des Maîtres de stage et enseignants généralistes SFMG-UNAFORMEC à Rueil-Malmaison
- 1985 : Séminaire de formation des médecins généralistes enseignants UNAFORMEC, auquel participent plusieurs sociétaires de la SMFG tels que Gérard Véry, Jean de Butler et André Flachs

- 1989 : Philippe Aubourg et André Flachs, membres titulaires de la SFMG, obtiennent le prix Scharf décerné par l'UNAFORMEC

L'innovation des groupes de pairs®

Les groupes de pairs sont une contribution majeure de la SFMG à la FMC.

C'est Philippe Jacot, co-fondateur de la SFMG, qui introduit les groupes de pairs dans le domaine médical en 1987 : *« J'ai inventé les groupes de pairs. (...). J'avais entendu parler des Peers groups, ce sont les Hollandais qui faisaient cela. Au début, c'était à usage interne de la SFMG. (...). Cela a pris très vite de l'ampleur, au-delà de la simple réflexion sur la pratique. Cela a été agréé comme FMC ».*

Un groupe de pairs est un groupe réunissant régulièrement des médecins généralistes en exercice et géographiquement proches les uns des autres. Il n'y a pas de hiérarchie à l'intérieur du groupe. Le principe des groupes de pairs, c'est de ne pas être sous le contrôle d'un tiers non généraliste, *« pour la simple raison que les généralistes sont très soumis à l'autorité. La simple présence d'un interne en cardiologie les paralyse si on parle de cardiologie. »* Philippe Jacot

Les dossiers sont tirés au hasard afin de décrire des pratiques réelles et observées et non des pratiques supposées. Cela évite le piège de présenter de "belles observations" à la façon d'un staff hospitalier. *« Ça c'est fondamental parce que sinon on sort toujours le mouton à 5 ou 6 pattes qui est la tendance que l'on a apprise pendant nos études et qui est catastrophique parce c'est intéressant ponctuellement mais cela ne représente pas les malades. »* Jean Noel Miche

Ensuite un deuxième temps de la réunion est consacré aux informations concernant les correspondants médicaux de proximité.

Les groupes de pairs jouent un rôle de renforcement identitaire du mouvement généraliste car ils structurent une étude de la pratique :

« Dès que l'on se regroupe, on s'aperçoit que l'on fait tous la même chose, et c'est l'intérêt des groupes de pairs. Ils ont amené la liberté de parole sans expert qui permettait de voir que l'on

avait tous les mêmes problèmes, qu'on s'en sortait pareil, sans aucune recommandation. »

Philippe Boisnault

« Les groupes de pairs ont été un oxygène, vous comprenez pourquoi vous travaillez, vous vous comparez aux autres. C'est phénoménal ! (...) C'était rassurant de se rendre compte que l'on faisait tous pareil. J'ai eu le sentiment d'appartenir à une communauté. » Pierre Ferru

Jean de Butler ne dit pas autre chose dans les Documents de recherche en médecine générale de la SFMG ⁽²¹⁾ : « Lorsque plusieurs praticiens, mettant en commun leurs expériences, réalisent qu'ils enfreignent *tous* les règles qu'ils ont tous reçues des mêmes autorités universitaires, une prise de conscience de l'originalité de leur discipline peut se faire. »

Les groupes de pairs constituent également une vitrine pour la SFMG. Ils sont empruntés par d'autres groupes professionnels sous des dénominations différentes (par exemple groupe d'échanges de pratiques). Les groupes de pairs sont une méthode agréée par la Haute Autorité de la Santé (HAS) dans le développement professionnel continu.

Syndicalisme militant, enseignement universitaire, psycho médecine, formation médicale continue : la SFMG est à ses débuts un laboratoire d'idées qui englobe en son sein, ou rallie autour d'elle, tous ceux qui comptent ou presque dans la profession. Le cœur de métier de la SFMG est toutefois la réflexion et la recherche en médecine générale. C'est l'objet du chapitre suivant.

La SFMG a pour but de promouvoir la médecine générale. A cet effet, l'association s'attachera à développer, par tous les moyens, la recherche fondamentale en médecine praticienne.

Statuts de la SFMG (annexe 3)

1. La recherche en médecine générale, un terrain à conquérir

Le projet scientifique de la SFMG

Au terme du chapitre précédent, la SFMG apparaît comme un laboratoire d'idées qui embrasse tous les champs ou presque de la médecine générale.

Un des traits marquants de la SFMG est d'aborder la notion de spécificité de la médecine générale sous différents angles. Dans sa doctrine (annexe 2), la SFMG pense la profession dans ses contenus au pluriel : la recherche (points 2, 3 et 6), l'enseignement (point 5) et la formation continue (point 4).

La SFMG est créée avec le projet scientifique de construire un nouveau domaine, celui de la recherche en médecine générale. Elle engage une réflexion théorique sur la pratique du médecin généraliste et son rôle dans le système de soins. Elle fait de sa mission la création d'un corpus de la médecine générale et d'une expertise en soins primaires.

Sa doctrine préconise que le développement de la recherche en médecine générale sur des bases scientifiques doit être le fait des médecins généralistes eux-mêmes, et pour les médecins généralistes. Il faut que les médecins généralistes soient présents à toutes les étapes de l'élaboration, du traitement et de l'analyse des données.

L'utilisation de concepts spécifiques et d'un langage propre à la discipline est un préalable indispensable.

« *La doctrine de la SFMG dit que la médecine générale est une spécialité, mais différente des autres spécialités. Et elle ne peut s'étudier de la même façon. C'est-à-dire que si l'on étudie ce que fait un médecin généraliste avec les outils d'un médecin hospitalier, on aboutira à des contresens* » Pierre Ferru

Dans un document de communication interne à la SFMG de 1976 ⁽²⁸⁾, on peut lire : « Ni syndicat, ni organisme de formation continue, la SFMG occupe sans ambiguïté sa fonction spécifique de société de réflexion et de recherche sur et en médecine générale. »

Les premiers travaux de recherche

Les premiers travaux de recherche en médecine générale sont engagés au sein de la SFMG dès 1973, et ce malgré les nombreux obstacles auxquels ses membres sont confrontés : l'absence de statut et de formation à la recherche des médecins généralistes, le manque de temps et de moyens financiers pour s'y consacrer.

Selon Olivier Kandel dans le Manuel théorique de médecine générale ⁽²⁶⁾, la recherche en médecine générale débute de manière autonome, sur un mode associatif.

Voici une brève description des premiers projets de recherche en médecine générale effectués au sein de la SFMG ⁽¹⁴⁾. « *La SFMG va travailler de façon transversale sur des thématiques exemplaires : un, elle se pose la question des méthodes de recherche, deux, elle prend l'hypertension artérielle (HTA) comme modèle dans le cardio-vasculaire, elle prend la dépression comme modèle dans le psy, et elle prend le cancer comme modèle dans l'organisation des soins.* » Jean-Luc Gallais

- 1975 : lancement d'un essai clinique sur l'Acebutolol et la maladie hypertensive en médecine extrahospitalière conjointement par la SFMG et la Société médicale Balint. Le laboratoire Specia (devenu aujourd'hui Sanofi-Aventis) en est l'investigateur, Oscar Rosowsky le coordinateur. Le but de cet essai thérapeutique est d'apprécier l'efficacité et la tolérance de l'Acebutolol dans le traitement de l'HTA essentielle permanente.
- 1977 : signature d'un contrat de recherche avec la CNAMTS et INSERM intitulé « Recherches épistémologiques sur les conditions spécifiques de la recherche en

médecine générale ». Le groupe de recherche constitué par des médecins généralistes, sociologues, linguistes et psychanalystes est mené par Oscar Rosowsky.

- 1979 : lancement de l'étude « Histoire naturelle de 179 malades hypertendus traités pendant 3 ans par l'Acébutolol chez 40 médecins généralistes ». Cet essai clinique pour évaluer l'efficacité et la tolérance du traitement avec un recul de 3 ans est baptisé Acébutolol II. Son financement est pris en charge par le laboratoire Specia.
- 1980 : Publication par la SFMG du rapport : « *Recherches épistémologiques sur les conditions spécifiques de la recherche en Médecine praticienne- Corpus : 3 recherches en cours dans 2 Sociétés savantes à l'initiative de médecins praticiens* ».
- 1982 : Lancement de l'étude baptisée Psy I : « La dépression, sa sémiologie, son dépistage et sa perception en médecine générale » financée par le laboratoire Specia. Il s'agit d'un projet de recherche poly disciplinaire sur la démarche en médecine générale pour classer un malade comme déprimé. L'étude s'articule en trois parties : l'inventaire des éléments pris en compte dans la démarche diagnostique du généraliste, la prescription des psychotropes par le médecin généraliste, et enfin une approche sociologique des médecins généralistes face à la maladie dépressive.
- 1984 : Signature d'un nouveau contrat avec l'INSERM pour un projet de recherche pluridisciplinaire intitulé « Réalité de l'inclusion du médecin généraliste dans l'équipe de soins du malade cancéreux ». Cette étude de sociologie médicale à laquelle participent 7 médecins généralistes, 1 psychiatre-psychanalyste et 2 sociologues est coordonnée par Oscar Rosowsky. Le projet est baptisé INSERM II par les participants.

La SFMG représente la France auprès des instances internationales de la médecine générale

En 1974, Anne-Marie Reynolds, vice-présidente de la SFMG, est la seule représentante française au premier groupe de travail des sociétés scientifiques de médecine générale européennes à Leeuwenhorst. Ce groupe, constitué de 15 médecins généralistes provenant de 11 pays européens différents, se met d'accord sur la première définition de la médecine générale : « Le médecin généraliste : un professionnel exerçant en permanence un travail de synthèse, dans l'immédiat et dans la durée, de tous les facteurs somatiques, psychologiques et

sociaux, concernant un patient rencontré dans son cadre de vie et répondant à une demande de prise en charge en mettant en jeu sa responsabilité personnelle pour tenter d'assurer le meilleur traitement ».

Par ailleurs, la SFMG est admise au conseil de direction de la WONCA (World organization of national colleges & academies of general practitioners) dès 1978, où elle représente seule la France jusqu'à l'arrivée du CNGE (Collège national des généralistes enseignants).

2- Robert N. Braun, le fil rouge de la SFMG

Les travaux de Robert N. Braun

Robert N. Braun (1914-2007) est un médecin généraliste autrichien qui observe et analyse sa propre pratique pendant 25 ans. Il publie en 1970 « Pratique, critique et enseignement de la médecine générale »⁽²⁹⁾.

Selon Robert N. Braun, « c'est à tort que le praticien agit comme s'il établissait des diagnostics clairs à chacune de ses consultations. Affirmer que le médecin généraliste peut, chaque fois, au terme de 20 minutes de consultation, certifier un diagnostic, est illusoire. Une fois disparu ce mythe du diagnostic, il est pourtant indispensable de nommer précisément la situation clinique pour prendre les décisions adaptées et évaluer au mieux les risques de la situation. Les médecins généralistes se font la main dans des conditions d'improvisation préjudiciables à leur formation et à la santé des patients. »

A partir du relevé précis de ses consultations, Robert N. Braun développe une classification des cas pris en charge en médecine générale et qui tient compte du contexte d'incertitude dans lequel se trouve le médecin en soins primaires.

Robert N. Braun distingue quatre classes d'états morbides : le symptôme, le syndrome, le tableau de maladie et le diagnostic certifié. Il invente ainsi le concept de résultat de consultation. Il énonce aussi la loi de répartition régulière des cas. Les médecins généralistes retrouvent de façon régulière environ 300 résultats de consultation, à la condition qu'ils les désignent toujours de la même manière. Pour que les médecins se comprennent entre eux, il faut décrire les

résultats de consultation de telle manière que les résultats des uns puissent se comparer à ceux des autres.

En se basant sur une épidémiologie rigoureuse des problèmes traités en médecine de ville, Robert N. Braun développe une théorie de la pratique généraliste. « Pratique, critique et enseignement de la médecine générale » est présenté comme un manuel de médecine générale permettant de comprendre en quoi la médecine générale est une spécialité.

La découverte des travaux de Robert N. Braun par Oscar Rosowsky est déterminante dans l'histoire de la SFMG. Etant germanophone, c'est en version originale qu'Oscar Rosowsky découvre ses travaux puis les importe en France. « Pratique, critique et enseignement de la médecine générale » est publié en France en 1979 sous les auspices de la SFMG. Judith Blonkowski, l'épouse d'Oscar Rosowsky, en assure la traduction. Oscar Rosowsky en écrit la préface. En 1983, la SFMG publie de Robert N. Braun « La médecine générale, sa position et son rôle dans la médecine » dans ses Documents de recherche ⁽³⁰⁾.

Plusieurs médecins interrogés adhèrent à la SFMG par le biais de l'intérêt qu'ils portent aux travaux de Robert N. Braun :

« J'ai adhéré en 82 à la SFMG, la porte d'entrée c'était Braun. » Pierre Ferru

« J'ai adhéré à la SFMG en 87 ou 88. A cause de Braun, par le biais du bouquin. » Pascal Clerc

La SFMG développe ses propres travaux à partir des concepts 'brauniens'

La traduction de « Pratique, critique et enseignement de la médecine générale » en 1979 est le point de départ d'un pan très important de l'histoire de la SFMG. Les travaux de Robert N. Braun constituent un fil directeur qui va mobiliser une grande partie des ressources intellectuelles et financières de la SFMG pendant plusieurs décennies.

C'est parce qu'ils mettent en évidence de façon rigoureuse le domaine d'intervention de la médecine générale et qu'ils créent un langage commun et des concepts propres à la pratique en soins primaires, que les travaux de Robert N. Braun sont en parfaite adéquation avec les préoccupations de la SFMG.

« Pour moi le livre de Braun est une bible. J'ai dévoré Braun. Il y a quelque chose de sensé, de vrai, qui correspondait à ce que je faisais tous les jours. » Pierre Ferru

« En 1973, on avait des médecins qui dans l'ensemble manquaient d'identité professionnelle, il manquait les bases théoriques à leur exercice. J'estime qu'avec ce que l'on a apporté, la théorie de Braun, maintenant ils comprennent ce qu'ils font et pourquoi ils le font. » Philippe Jacot

Le réseau Lexique

Dans les années 1980, un groupe de travail de médecins généralistes bénévoles se constitue à la SFMG pour écrire les définitions des résultats de consultations de Robert N. Braun. Ce travail fait suite aux travaux d'épidémiologie dirigés par Bernard Vincent, ancien président de la SFMG, dans le cadre d'un contrat SFMG-DRASS (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales) Pays de la Loire signé en 1983.

« Le problème était que l'on avait les titres des résultats de consultation de Braun mais que l'on n'avait pas de définition. Par exemple, on avait « Etat fébrile non caractéristique » mais pas le contenu de ce titre. » Pierre Ferru

« Quand Rosowsky a eu la casugraphie de Braun, on s'est décidé à faire nos définitions, celles que l'on utilise maintenant, qui ont été remaniées dix fois. Alors pour la petite histoire, elles ont été commencées dans ce bureau ici, avec Rosowsky, Andral et Sourzac. On venait de sortir MG Data qui était un logiciel tout à fait squelettique, où l'on pouvait simplement saisir le résultat de consultation et le lien avec les décisions des médicaments. » Gérard Véry

Un contrat de recherche est signé entre la SFMG et l'INSERM en 1989. Ce financement permet de continuer le travail d'écriture des résultats de consultation entrepris par le premier groupe de travail. C'est l'objet du réseau Lexique. Le travail de codage se fait à l'aide d'un logiciel d'exploitation de données, appelé MG data®.

Le créateur de MG Data est Robert Sourzac. Ce médecin généraliste, informaticien à ses heures, a obtenu le prix Le Généraliste-SFMG en 1987 en reconnaissance de ses travaux de thèse de

doctorat soutenue la même année à la faculté de médecine de Limoges : « Proposition de représentation tridimensionnelle des résultats de séance en médecine générale », inspirée par les travaux de Robert N. Braun. Ce travail a exploité les données extraites de la patientèle de Gérard Véry qui a dirigé cette thèse.

Robert Sourzac est décrit comme « *un homme brillant, c'est lui qui a inventé le premier logiciel permettant d'utiliser le dictionnaire sous DOS à l'époque. Il a inventé les sigles des critères d'inclusion, qui correspondent d'ailleurs aux critères littéraires de Braun.* » Pierre Ferru

« *Robert Sourzac était un informaticien astucieux.* » Jean-Noël Miche

« *Sourzac est un intellectuel matheux qui arrive à tout mettre en équation.* » Pierre Ferru

« *Robert Sourzac a beaucoup contribué à la SFMG, il était à la pointe de l'informatique, c'était un pionnier du programme informatique médical.* » Gérard Agulhon

Robert Sourzac démissionne de la SFMG en 1991 suite à un désaccord avec Oscar Rosowsky.

La casographie ⁽³¹⁾

Oscar Rosowsky reproche au groupe de travail Lexique une vision trop utilitaire des travaux de Robert N. Braun. Selon Oscar Rosowsky, à trop se concentrer sur les données et l'architecture informatique, le groupe de travail en perd de vue la substance intellectuelle des définitions et délaisse la réflexion sur la place de la médecine générale dans le système de soins.

« *Pendant que le groupe Lexique travaillait sur les définitions, Rosowsky continuait de travailler avec Braun et avait en tête d'éditer en France la casographie de Braun et non pas un dictionnaire. Parallèlement, Jacot s'accrochait pour que la SFMG publie un dictionnaire, c'est-à-dire un outil propre à la SFMG* » Pierre Ferru

Selon Gérard Véry, Oscar Rosowsky changera d'opinion après une entrevue avec Robert N. Braun : « *Avec Rosowsky je suis allé chez Braun en Autriche, Et c'est là où Rosowsky a changé d'avis. Il me disait à Montpellier, du temps de MG Data « tu perds ton temps avec*

l'informatique ». Alors que quand on était chez Braun, Braun nous a dit, si j'avais eu l'informatique, j'aurais pu aller plus loin, alors Rosowsky a changé d'avis ».

Oscar Rosowsky démissionne de son poste de président de la SFMG en 1991. En 1993, il crée le Groupe de recherches et d'études taxonomiques, épidémiologiques et cliniques (GRETEC), un groupe de travail adossé à l'école de santé publique de Saint-Maurice. Jérôme Andral, Jacques Cittée et Louis Brunel intègrent le GRETEC.

Ce groupe se fixe 2 missions dans le cadre d'un contrat quinquennal de recherche financé par l'INSERM :

- d'une part faire la traduction de la casugraphie, néologisme qui désigne les définitions de tous les cas répertoriés par Robert N. Braun ;
- d'autre part établir la correspondance entre la casugraphie et la Classification internationale des maladies (CIM)

Le Dictionnaire des résultats de consultation® (DRC)

Après le départ d'Oscar Rosowsky et sous l'impulsion de Philippe Jacot, une convention est passée entre la SFMG et la CNAM en 1992 pour valider environ 200 définitions de résultats de consultation et de positions diagnostiques à partir des concepts 'brauniens'. L'objectif est triple : proposer une classification descriptive des états pris en charge en soins primaires, ordonner la tenue des dossiers médicaux en médecine générale et éclairer le praticien dans sa prise de décision.

Pour ce faire, la SFMG crée un réseau d'une centaine de médecins volontaires répartis sur le territoire. Ces médecins investigateurs, tous membres sociétaires de la SFMG, travaillent bénévolement pendant près de 3 ans de 1993 à 1995 pour valider les définitions en utilisant un dossier médical informatisé structuré. Le recueil des données se fait en temps réel pendant leur consultation, à l'aide d'un outil spécifique intégré à leur logiciel médical. A ce titre, le DRC est l'œuvre collective des médecins de la SFMG.

« Moi je suis arrivé dans la génération de l'épopée du Dictionnaire. Ça a vraiment été une épopée quand on y repense. » François Raineri

La première version du dictionnaire est publiée en 1996. C'est un outil propre à la SFMG qui compte 207 définitions de pathologies ou de troubles de l'état de santé, observés en médecine générale au moins une fois sur 3000 résultats de consultation sur une année. Il s'agit d'un langage commun et standardisé pour les médecins généralistes et qui décrit leur activité habituelle.

Des versions révisées du DRC suivront au fil des années, avec une correspondance CIM puis CISP (Classification internationale des soins primaires). Le DRC est aujourd'hui intégrable gratuitement dans plusieurs logiciels médicaux : Easyprat, Hellodoc, Hypermed, Axisanté, Shaman, Xmed. éO Médecin, éO MSP, Medimust et Medistory.

Le DRC est *« une vraie révolution intellectuelle. Que voit-on vraiment en consultation de médecine générale, non pas avec des catégories hospitalières, mais avec des catégories de médecine ambulatoire ? On regarde et on formalise ce qu'on voit en médecine générale, même si ce ne sont pas des diagnostics. Un symptôme c'est un symptôme. »* Pascal Clerc

« Il existait une espèce d'illégitimité de la médecine générale, on se retrouvait médecin généraliste à soigner des choses que l'on n'avait pas apprises à la fac (...) Il y avait un dogme qui voulait que l'on devait faire un diagnostic avant tout traitement. C'était signe-diagnostic-traitement, la triade (...). Et c'est là que le dictionnaire a été extrêmement confortable car il a géré ce risque, en écrivant tout comme des diagnostics de médecine générale » Philippe Boismault

DRC versus casugraphie

A quelques mois d'intervalle en 1996, deux classifications concurrentes voient le jour : la casugraphie de Robert N. Braun traduite par le GRETEC d'Oscar Rosowsky d'un côté, le DRC, outil propre de la SFMG de l'autre.

Selon Pierre Ferru, les définitions de la casugraphie de Robert N. Braun correspondent peu ou prou à celles du DRC. La vraie différence est ailleurs : *« avec le dictionnaire on s'enferme dans*

quelque chose qui est matheux, tandis qu'avec la casographie, on est davantage dans l'intellectuel philosophique. »

L'Observatoire de la médecine générale (OMG)

Le relevé en temps réel et en continu de la pratique des médecins généralistes au quotidien permet peu à peu de créer une base de données baptisée Observatoire de la médecine générale.

« L'agrégation des résultats de consultation donnait une base de données et on a eu l'idée, par effet secondaire du dictionnaire, de créer l'Observatoire de la médecine générale en continuant le recueil de données initialement prévu pendant 2 ou 3 ans pour le projet CNAM de validation du dictionnaire. » Philippe Boisnault

L'OMG représente l'opportunité de disposer d'un outil de pilotage du système de santé en soins primaires, mais peine à trouver des financements. L'existence d'une nomenclature concurrente au DRC, celle de la CISP, est une des explications à la difficulté à trouver des soutiens financiers. La notion de résultat de consultation est répandue mais il existe un débat entre « brauniens », monde de la médecine générale, versus les « Cispiciens » de la WONCA pour répondre à des normes internationales.

Faute d'investissement des partenaires institutionnels, l'OMG est financé sur fonds propres de la SFMG et grâce au bénévolat des membres sociétaires. L'OMG est à l'origine de nombreuses publications et thèse de doctorat.

« Pour faire fonctionner l'Observatoire, on a tous fait massivement du bénévolat pendant des années (...) Les coûts de fonctionnement du système étaient énormes à notre échelle et c'est la formation qui finançait principalement les études. La part des labos est toujours restée mineure, tous les financements que l'on pouvait trouver, on les réinvestissait dans l'Observatoire et cela a duré 20 ans. Ça a été toujours une source de tensions et d'inquiétude. En tant que trésorier pendant toute une époque, je devais prendre en compte des budgets prévisionnels déficitaires de 200 000 euros en début d'année. On a vraiment cru que la profession allait naturellement s'emparer de cet outil de recherche. Mais à la fin, ce n'était plus vivable » François Raineri

« *Quand le contrat CNAM s'est arrêté, on a continué sur fonds propres mais l'on ne pouvait pas continuer. En plus, il aurait fallu moderniser le recueil de données, l'analyse des données et que le réseau monte en puissance en France pour être représentatif. Cela faisait beaucoup pour nos petites épaules associatives. On a beaucoup travaillé pour créer un réseau national ambulatoire mais cela n'a pas intéressé les pouvoirs publics ou la Caisse. Pour moi, la décision est politique.* » Pascal Clerc

« *Quand vous professionnalisez une structure, le passage de l'artisanat à l'industrialisation a des coûts majeurs qui ne relèvent plus ni de la responsabilité ni du budget d'une association... La SFMG a autofinancé l'Observatoire tant que cela a été possible avec les bénéfices de la formation médicale conventionnelle, pour faire court.* » Jean-Luc Gallais

« *L'Observatoire était une danseuse, on y a investi tout ce qu'on avait, probablement de manière excessive, mais c'était notre choix. On avait cru qu'il y avait des solutions pérennes qui allaient arriver, puis non.* » Philippe Boisnault

« *Les budgets se sont raréfiés, puis l'augmentation de la taille de l'Observatoire augmentait en parallèle le budget, le personnel nécessaire. Donc il y avait le choix : continuer à faire vivre l'OMG et faire mourir la SFMG, c'est-à-dire crise de croissance habituelle des systèmes (...). La SFMG a fermé l'OMG pour ne pas faire mourir la SFMG.* » Jean-Luc Gallais

En 2010, la SFMG prend la décision de fermer l'OMG, ne pouvant plus en supporter seule le coût de fonctionnement.

« *On a fini par fermer l'Observatoire, faute d'appui et de financement avant tout de la profession elle-même. Pour moi cela montre bien que l'on vit dans un monde où certains universitaires ont choisi de construire pour eux même un système de recueil des données fondé sur la recherche qui jusqu'à ce jour ne marche pas, et non pas un système destiné aux médecins eux-mêmes. Donc du coup on se retrouve sans rien, ce qui est vraiment terrible pour l'ensemble de la profession* » François Raineri

« *Très peu de gens donc une force de frappe pas très importante. Quand on a fait le Dictionnaire, toutes les forces étaient là-dessus, quand on a fait l'Observatoire, toutes les forces étaient là-dessus, donc pendant ce temps-là, vous ne faites pas de politique, pas de*

lobbying. Vous êtes médecin généraliste à plein temps et vous travaillez par ailleurs sur l'Observatoire, vous ne pouvez pas faire du lobbying en plus. Donc la SFMG, c'est très artisanal. Mais c'est son côté sympa aussi. Les enjeux ne sont les pas même que ceux de plus grosses écuries comme le CNGE ou des syndicats » Pascal Clerc

« Il y a eu une erreur monumentale de stratégie des opposants à penser que de monter des systèmes de recueil comme l'OMG était "simple". Cela a été un débat théorique entre un groupe d'universitaires qui voulaient utiliser la CISP comme outil de recueil parce que de mon point de vue, cela leur permettait de signer des publications internationales pour leur carrière, et puis ceux qui pensaient que ce qui compte d'abord et avant tout c'est d'aider les médecins à collecter des informations utiles pour eux même, pour travailler mieux. Sur le fond deux conceptions très différentes de l'utilisation des données. C'était un débat quasi idéologique relevant plus de systèmes de croyance. » François Raineri

« A force de focaliser (...) l'énergie des hommes sur l'Observatoire, on en a oublié l'ensemble de la SFMG, et on aboutit à une vision restrictive ! » Jean-Luc Gallais

3- La SFMG, seule société savante de médecine générale en France

La reconnaissance par le CNOM

André Viel, médecin généraliste à Barneville-Carteret dans la Manche et sociétaire de la SFMG depuis sa création, entreprend des démarches auprès du Conseil national de l'ordre des médecins pour que la SFMG soit reconnue comme société savante. Cette reconnaissance intervient en 1993 lorsque le CNOM autorise les médecins membres titulaires de la Société qualifiés en médecine générale à faire état de leur appartenance à ladite Société sur leurs plaques et ordonnances.

A ce jour, le CNOM reconnaît 22 sociétés savantes de médecine au total (source site internet du CNOM). La SFMG est la seule société savante de médecine générale.

Qu'est-ce qu'une société savante ?

Une société savante est une association dont les membres rendent compte de leurs travaux et recherches, se réunissent pour en discuter (Larousse).

C'est une organisation fondée pour un travail commun ou une action commune qui consiste à développer le champ disciplinaire dont relèvent les membres par l'organisation de rencontres, de publications (Robert).

Une définition de société savante est proposée par Hervé Maisonneuve dans un article publié en 2004 ⁽³²⁾ : il s'agit d'un groupe organisé, dans un champ disciplinaire donné, dont les adhérents ont pour objectif de rendre compte de leurs travaux, d'améliorer la connaissance dans leur domaine, d'assurer la formation et la recherche, de diffuser les résultats de leurs activités, de soutenir et promouvoir leur discipline. La *dimension culturelle est très importante dans les sociétés savantes* : à côté de leurs fonctions manifestes, qui consistent à participer à un processus de diffusion du savoir, coexistent des fonctions latentes qui visent à créer des liens sociaux entre des membres souhaitant développer des réflexions communes. Cette dimension socioculturelle est tout aussi fondamentale que la dimension purement technique.

4- Une professionnalisation de la recherche en médecine générale ?

Le compagnonnage de Gérard de Pouvourville

Gérard de Pouvourville est un économiste de la santé chargé de recherche au CNRS et abonné aux travaux de la SFMG dès les années 1990. A partir de 1993, il prend la direction scientifique du groupe IMAGE (Information Médicale et Aide à la Gestion des Etablissements), think tank adossé à l'ENSP (Ecole Nationale de Santé Publique).

« Gérard de Pouvourville, économiste de la santé qui a maintenant la chaire de santé à l'ESSEC, avait tout de suite compris que les concepts développés par la SFMG étaient majeurs dans la régulation du système, et il a été un compagnon de route de la SFMG pendant 20 ans. » Pascal Clerc

A l'initiative d'Oscar Rosowsky, une collaboration débute entre le groupe IMAGE de Gérard de Pouvourville et la SFMG, notamment autour des questions de nosographie en médecine générale.

Gérard de Pouvourville écrit en préface du « Manuel théorique de médecine générale » d'Olivier Kandel ⁽²⁶⁾ : « ce qui nous a intéressé dans les travaux de la SFMG est la casugraphie de Braun et son prolongement dans le Dictionnaire des résultats de consultation, ainsi que la loi de la répartition régulière des cas. (...) Le travail réalisé par Braun et repris en France par la SFMG a une importance considérable dans la régulation économique du système de soins, d'une part en rendant crédible le rôle de tri et d'orienteur vers les soins spécialisés de la médecine de première ligne assurée par les médecins généralistes, d'autre part en jetant les bases d'une médecine générale fondée sur les preuves scientifiques »

Le comité d'interface INSERM-médecine générale

En 2000, Gérard de Pouvourville est nommé directeur de recherche à l'INSERM et œuvre auprès de Claude Griscelli, directeur de l'INSERM, en faveur de la création du comité d'interface INSERM-médecine générale la même année ⁽³³⁾. Il s'agit du 30^e comité d'interface INSERM avec une spécialité médicale. A ce titre, ce comité constitue une reconnaissance de l'existence de la recherche en médecine générale. Il s'agit toutefois d'une reconnaissance tardive puisque qu'elle intervient près de 20 ans après la création des comités d'interface avec les autres spécialités médicales.

Le comité d'interface a pour mission de définir des programmes coopératifs de recherche entre les instances scientifiques de l'INSERM d'un côté, et les sociétés scientifiques de médecine générale, la SFMG, la SFTG (Société française de thérapeutique généraliste), la CPMG (Conférence permanente de la médecine générale) et le CNGE (Collège national des généralistes enseignants) de l'autre.

Le comité d'interface naît du constat qu'il existe des travaux de très grand intérêt conduits avec abnégation par des médecins 'missionnaires' au sein des départements universitaires de médecine générale, des sociétés savantes et au sein de réseaux qui se sont constitués pour répondre aux besoins de recherche. Mais « ces initiatives peinent à atteindre une masse critique,

en comparaison avec ce qui se passe dans d'autres pays développés, qui ont investi bien avant notre pays dans la recherche en soins primaires et dans l'organisation de la médecine de premier recours. (...) Les travaux de recherche réalisés par les médecins généralistes sont également diffusés par des documents de recherche dactylographiés des sociétés savantes ou des réseaux les plus structurés, comme les Documents de Recherche de la SFMG ou les cahiers de l'Atelier de Recherche en Médecine Générale, (...) des ressources insuffisantes et dispersées. Les publications dans les revues de langue anglaise restent très marginales. » écrit Gérard de Pourville dans un rapport remis au ministre de la santé en 2006 ⁽³⁴⁾.

La création du comité d'interface INSERM-médecine générale répond au besoin de structurer le domaine de recherche en médecine générale et aux vœux de la SFMG de ne pas laisser la recherche médicale à une élite universitaire et d'inviter les médecins généralistes à s'approprier davantage le concept de recherche en médecine générale.

Les pôles de recherche en médecine générale

En 2002, le comité d'Interface INSERM-médecine générale reçoit du nouveau directeur de l'INSERM, Christian Bréchet, l'autorisation de mettre en place une action incitative au développement de la recherche en médecine générale sous la forme de pôles de recherche tripartites, associant l'INSERM, l'université et les sociétés savantes.

Cette action consiste à ouvrir des postes de chercheurs pour des médecins généralistes praticiens qui présentent un programme de recherche original et de qualité. Les candidats s'engagent à consacrer un mi-temps à la conduite de leur projet de recherche, sur une période pluriannuelle. Les candidatures doivent émaner de médecins généralistes ayant déjà une pratique de recherche en parallèle avec leur activité de soins, c'est-à-dire soit être insérés dans un département universitaire de médecine générale, soit dans une société scientifique de médecine générale. Les projets de recherche sont sélectionnés sur appel d'offres.

En 2002, quatre postes à mi-temps sont ainsi créés sur une période de trois ans pour des médecins généralistes praticiens. L'expérience est renouvelée l'année suivante, permettant à Pascal Clerc, ancien président de la SFMG, d'obtenir un poste de chercheur en médecine générale. Les résultats de son étude Polychrome : « Une méthode d'expertise pour optimiser

des ordonnances de poly prescription en médecine générale » sont publiés en 2009. Polychrome utilise les données de l'OMG.

Les appels d'offre pour les projets de recherche en médecine générale ne seront pas renouvelés par l'INSERM les années suivantes. Quant au comité d'interface INSERM-médecine générale, il existe toujours mais « *c'est un lieu de rencontres et d'échanges principalement, il ne s'y passe plus grand-chose* » selon Philippe Boisnault.

Au terme de ce chapitre, il apparait que la contribution de la SFMG à l'élaboration d'un corpus scientifique de la médecine générale est majeure. Comment cela se reflète-t-il sur son positionnement dans le paysage médical généraliste ? Cette question fait l'objet de la dernière partie.

En 1973, la SFMG est la seule société scientifique de médecine générale. En 2010, le Collège de la médecine générale est fondé à l'initiative de 4 sociétés scientifiques de médecine générale (CNGE, SFMG, SFTG et SFTDRMG) et de 4 syndicats représentatifs de médecine générale (UNOF – CSMF, SML, MG France et Union Généraliste/FMF). Les membres initiateurs s'accordent pour reconnaître le Collège comme l'interlocuteur privilégié de la profession et des institutions.

1- Des figures de la médecine générale ...

S'il n'existe pas de moment ou d'acte proprement fondateur de la médecine générale en France, il existe cependant des figures emblématiques de la discipline. Beaucoup de ces principales figures de la médecine générale sont issues de la SFMG et méritent d'être connues et reconnues par la profession.

Des sept membres fondateurs, quatre ont davantage marqué l'histoire de la SFMG que les autres et en sont les figures emblématiques (figure 1) : Oscar Rosowsky, Jean de Couliboeuf, Jean de Butler et Philippe Jacot.

« C'est de Couliboeuf et Rosowsky qui ont été les lanceurs d'idée, les promoteurs. Et puis Jacot pour le coup de gueule ! (...) De Butler prenait un peu de distance avec la SFMG, je le voyais plus à Bobigny qu'à la SFMG. » Gérard Véry

« C'était quelqu'un d'une grande intelligence et compréhension des choses et très en avance sur son temps. » Pascal Clerc

« Plein de gens à la SFMG ne savent pas qui est Rosowsky. C'est comme si quelqu'un disait pour rire, attend Freud c'est qui ? » Jean-Luc Gallais

« Rosowsky est un personnage fondamental dans l'histoire de la SFMG, c'est le penseur de la SFMG, c'était une forte tête. » Gérard Agulhon

« Rosowsky était un intellectuel très exigeant, qui avait fait les statuts pour la société dans lesquels seuls les fondateurs étaient membres du conseil d'administration. » Philippe Jacot

« Rosowsky présentait des qualités intellectuelles extraordinaires (...). C'était quelqu'un de visionnaire mais extrêmement rigide. C'était un grand résistant qui a vécu des choses qui l'ont probablement marqué. » Philippe Boismault

« Rosowsky c'est un résistant juif, qui a fait la guerre. C'est quelqu'un qui a su se battre et savait se battre, un tempérament qui n'avait pas peur de prendre des coups, (...) il détenait la vérité entre guillemets et peu importe le reste. Il y a eu des conflits à cause de cela en interne. La nouvelle génération s'est un peu opposée à lui et c'est comme cela qu'il est parti. » Pascal Clerc

Dans son livre de mémoires ⁽¹⁵⁾, Richard Bouton évoque Oscar Rosowsky : « la SFMG était la seule société savante de médecine générale et Oscar Rosowsky notre penseur incontesté. Il avait choisi de redonner à la médecine générale toutes ses lettres de noblesse en faisant le pari de développer une véritable recherche clinique en médecine générale. C'était un choix difficile et austère mais d'une certaine façon, incontestable. Son onction était incontournable à toute initiative sérieuse concernant les généralistes. »

Les autres fondateurs ayant marqué l'histoire de la SFMG et de la médecine générale

- **Jean de Butler**, médecin généraliste exerçant à Palaiseau dans l'Essonne, est un membre fondateur et une figure emblématique de la SFMG. Il en est le vice-président chargé de l'enseignement de 1973 à 1982. Il est responsable du troisième cycle

d'enseignement de médecine générale à la faculté expérimentale de Bobigny. Il crée en 1983 le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) qu'il préside jusqu'en 1989, puis l'école de Riom en 1985. Il décède en 2014.

« De Butler (...) était un type génial qui disait « on va mettre 10 ans, pour que la médecine générale devienne l'équivalent des autres spécialités, ça va être long (...) C'était le chef mais le chef bon et intelligent. Il n'imposait jamais rien, il ne trouvait pas forcément un consensus mais des synthèses intelligentes, il était empathique » Jean-Noël Miche

« Jean de Butler avait une ambition à la fois personnelle mais également pour la discipline de médecine générale. Et d'ailleurs il a été le patron du premier enseignement de la médecine générale. Il était le personnage officiel, la figure de l'enseignement de la médecine générale. Alors il avait un pied dans la SFMG et un pied dans ses autres ambitions. » Gérard Agulhon

- **Jean de Couliboeuf**, médecin généraliste exerçant initialement à Sarcelles dans le Val d'Oise, est membre fondateur de la SFMG et premier président de la société de 1973 à 1976. Il est un membre actif du conseil scientifique de la SFMG jusqu'au début des années 1990 puis quitte l'exercice médical libéral pour exercer à la SNCF. Il est aujourd'hui décédé.

Il est décrit par les témoins interrogés comme un orateur remarquable, un excellent débateur, cultivé et faisant des analyses brillantes.

« De Couliboeuf était un brillant sujet. » Philippe Jacot

« De Couliboeuf était le premier président (de la SFMG), c'était un homme qui était très cultivé, moi j'étais tout débutant, j'étais à la recherche de maîtres, et lui il m'est apparu comme ça. Je pense qu'il était le dénominateur commun (...) entre un type comme Jacot, un peu punchy, un peu rebelle aussi dans son genre, c'était le jeune de la bande, et Rosowsky, un juif qui avait été brillant pendant la guerre, (...) un personnage historique et très cultivé, c'était presque un psychiatre. » Gérard Agulhon

« C'était une époque où les médecins avaient une culture certaine, comme l'était la bourgeoisie médicale qui réfléchissait ! On est chez des gens avec une culture gréco-latine et avec l'élégance en plus. » Jean-Luc Gallais

- **Philippe Jacot**, médecin généraliste à Versailles et membre fondateur de la SFMG, est président de la SFMG à deux reprises, de 1977 à 1980 puis de 1993 à 1996 après la démission d'Oscar Rosowsky. Il est à l'initiative des groupes de pairs en France et défend l'un des projets phare de la SFMG dans les années 1990, le dictionnaire des résultats de consultation.

« Jacot, une figure ! C'est un type qui avait prévu l'évolution de la médecine générale bien avant nous. » Pierre Ferru

« Jacot, un peu punchy, un peu rebelle aussi dans son genre, c'était le jeune de la bande. » Gérard Agulhon

« C'est Jacot avec son caractère énergique (...) qui a importé, adapté, créé, labellisé les groupes de pairs, et c'est lui qui a réussi à obtenir le contrat CNAM pour définir, séminaire après séminaire, toutes les définitions, les items cliniques des fameux résultats de consultation. (...) C'est un travail gigantesque et cela a été fait sous le règne de Jacot. » Jean-Noël Miche

Oscar Rosowsky (1923 – 2014)

Un grand nom de la SFMG et de la médecine générale



Oscar Rosowsky, naît en 1923 à Berlin et passe son enfance dans la capitale allemande. Sa famille d'origine juive russe émigre en France en 1933. Il passe son baccalauréat à Nice en 1941. Son père est déporté à Auschwitz en 1942. Sa mère est arrêtée la même année et placée dans le camp d'internement de Rivesaltes. Oscar Rosowsky dérobe des cachets officiels dans les bureaux de la préfecture des Alpes-Maritimes et à partir de faux documents, réussit à faire évader sa mère. Tous deux se réfugient sous de fausses identités au Chambon-sur-Lignon en Haute Loire où Oscar Rosowsky s'engage dans la résistance locale sous le pseudonyme de Jean-Claude Plunne. Il y organise la fabrication de faux papiers pour le sauvetage des juifs et des résistants, puis des réfractaires au Service du travail obligatoire. En 1944, il rejoint les Forces françaises de l'intérieur. Son père décède en 1945 lors des marches de la mort.

Après la guerre, Oscar Rosowsky rejoint Paris où il s'inscrit au PCB (Physique, chimie, biologie), propédeutique scientifique, avant de poursuivre des études de médecine. Il s'installe comme médecin généraliste à L'Haÿ-Les-Roses dans le Val de Marne. Dès la fin des années 1960, il se révèle être un acteur essentiel du renouveau et de la défense de la médecine générale à travers de multiples engagements. Il anime le Comité de Liaison des médecins généralistes français et l'Association des syndicats médicaux du District parisien. Il est un des signataires du Livre blanc sur le médecin de famille publié en 1970⁽¹³⁾. Il est membre de la Société médicale Balint. En 1976, Oscar Rosowsky publie avec Jean Goedert « *Une guérison impossible. Dissection dans un groupe Balint* ». ⁽³⁴⁾

Oscar Rosowsky est un des membres fondateurs de la SFMG dont il rédige les statuts initiaux en 1973. A la SFMG, il devient un des pionniers de la recherche en médecine générale. Germanophone, il importe en France les travaux de Robert N. Braun, médecin généraliste autrichien, en 1979. Oscar Rosowsky occupe différentes fonctions au sein du bureau de la SFMG. Il dirige notamment son département de recherche scientifique à partir de 1980. Il dirige de nombreux projets de recherche en partenariat avec l'INSERM, la CNAMTS, la DRASS et différents laboratoires pharmaceutiques. Il devient le président de la SFMG à partir de 1988 mais démissionne de son poste en 1991.

En 1993, il fonde le Groupe de Recherches et d'Études Taxonomiques, Épidémiologiques et Cliniques (GRETEC), un groupe de travail adossé à l'école de santé publique de Saint-Maurice. Avec le soutien de l'INSERM, ce groupe publie la traduction de la casugraphie de Robert N. Braun et en établit la correspondance avec la CIM.

2- ...qui vont difficilement cohabiter dans les rangs de la SFMG

SFMG, maison mère ?

La SFMG est la plus ancienne des sociétés scientifiques de médecine générale. D'autres structures généralistes se sont créées à la suite de la SFMG, parfois en scission avec cette dernière.

« *(La SFMG) a fondé les bases de la recherche en médecine générale et après cela a essaimé.* »
François Raineri

« *La SFMG a été la première société savante. Les autres se sont créées en scission, par des gens issus de la SFMG.* » Philippe Boisnault

« *Beaucoup ont pris leur enseignement à la source de la SFMG qui était la maison-mère en quelque sorte puis, nourris de son idéologie, s'en sont allés créer d'autres structures davantage reconnues que la SFMG.* » Gérard Agulhon

La scission précoce des 'Balintiens'

Suite à un différend avec Oscar Rosowsky, les balintiens Anne-Marie Reynolds et Louis Velluet rompent avec la SFMG et créent leur propre structure en 1979 : l'Atelier français de médecine générale. C'est une société médicale de recherche et de formation professionnelle d'inspiration balintienne.

La scission des universitaires en 1983

Jean de Butler s'éloigne de la SFMG pour créer le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) en 1983.

Dès sa création, le CNGE œuvre pour que la médecine générale soit authentifiée comme une discipline scientifique avec un statut universitaire. Un de ses objectifs est la mise en place de la filière médecine générale à l'université.

Le CNGE devient dès lors un interlocuteur privilégié de la profession auprès des pouvoirs publics et mène des négociations régulières avec les différents cabinets ministériels. Au fur et à mesure des réformes, la filière universitaire de médecine générale gagne en légitimité.

En 1991, les premiers professeurs associés de médecine générale sont nommés à l'université. Le stage ambulatoire chez le praticien devient obligatoire en 1997. Le SASPAS (Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée) est créé en 2003. En 2004, c'est l'aboutissement avec la création du DES de médecine générale⁽³⁵⁾. Enfin, les premiers chefs de clinique en médecine générale sont nommés en 2007.

Aujourd'hui, les prérogatives du CNGE comprennent les relations avec les autorités de tutelle, l'enseignement (harmonisation des programmes du DES de médecine générale et des procédures de validation) et la recherche. Le CNGE siège au CNU (Conseil national des universités).

Des rivalités de personnes

Une des explications à l'éclatement subi par la SFMG est celle d'une guerre des égos. De fortes individualités se rencontrent à la SFMG pour ensuite diverger dans des directions différentes en raison d'ambitions personnelles importantes. Certains quittent la SFMG pour suivre un trajet personnel.

« De Butler qui était le numéro deux de la SFMG est allé créer le Collège de l'Enseignement des Généralistes à l'extérieur de la Société (...) Il faut dire que de Butler était une forte personnalité et Rosowsky aussi. » Philippe Jacot

« Cela n'a pas été facile au niveau de la bataille des egos entre les plus anciens. Et nous qui arrivions derrière, nous en avons quand même pas mal souffert. » Pascal Clerc

« Il y avait une espèce de "guerre larvée" entre les futurs acteurs du CNGE et la SFMG. Sans compter qu'il y avait aussi de grosses ambitions personnelles. Chacun à la SFMG avait ses centres d'intérêt et est parti dans une direction donnée. Mais le collectif est resté notre force »
François Raineri

Une certaine austérité scientifique

Une autre explication quant à la difficulté de la SMFG à retenir ses sociétaires et à élargir sa base est la ligne scientifique rigoureuse défendue par Oscar Rosowsky, doublée d'un certain intellectualisme.

« Certaines personnes qui avaient des ambitions personnelles importantes ont pris un parti plus politique, d'autres ont pris un parti plus enseignement officiel, alors que la SFMG restait sur un chemin plus scientifique mais hermétique, hermétique vis à vis des institutions et de la récupération politique. » Jean-Noël Miche

« Une partie des membres fondateurs du CNGE a quitté la SFMG. Il leur semblait important d'investir les universités et ne pas être sur l'attitude de Rosowsky qui était la science pure et dure et cette position n'était pas politiquement tenable. » Pascal Clerc

« Certains ont été plus intéressés par la recherche, d'autres par la carrière universitaire. La SFMG, c'était quand même beaucoup plus la recherche en premier et les outils comme finalité. La formation a toujours été considérée annexe. » François Raineri

« J'ai vu passer beaucoup de syndicalistes qui ont fait un petit tour à la SFMG et qui sont partis voyant que ce n'était pas le cœur de l'action. (...) C'était une tribune trop discrète et verrouillée par la nécessité d'un certain intellectualisme » Gérard Agulhon

« Le patron s'appelait Oscar Rosowsky et moi j'étais secrétaire général, et les adhérents disaient « qu'est-ce qu'on fait maintenant ? » Réponse superbe du président, « qu'ils fassent leurs preuves ! » » Philippe Jacot

« Il y avait un côté quasi militaire (à la SFMG), donc certaines personnes ont pris le large. » Jean-Noël Miche

« La SFMG était reconnue comme un lieu de haute tenue intellectuelle en médecine générale, avec une certaine ironie. La SFMG a toujours représenté dans le milieu de la médecine générale un lieu de qualité, qui lui a aussi été reproché d'une certaine manière. » Pascal Clerc

« N'hésitons pas à le dire, c'est une structure assez élitiste, sans pour autant qu'il y ait eu un recrutement élitiste ni mépris. Il y avait les titulaires et les adhérents. C'était intellectuel. »

Gérard Agulhon

3- Une représentation professionnelle éclatée

Des organisations professionnelles redondantes ?

En 1973, la SFMG est la seule société scientifique de médecine générale avec la Société médicale Balint. Puis au fil des années, une multitude d'organisations professionnelles se créent en concurrence avec elle.

Certaines d'entre elles ont un positionnement clair de sociétés scientifiques de médecine générale, d'autres ont un multi-positionnement, ce qui ajoute à la confusion de la représentation professionnelle. Ces structures mènent chacune de leur côté des travaux de recherche en médecine générale, d'où un éparpillement des travaux de recherche, une certaine redondance des projets, ainsi qu'une confusion puisque la profession parle à plusieurs voix.

Voici la liste de ces organisations professionnelles, par ordre chronologique d'apparition dans le paysage généraliste :

- La Société médicale Balint, créée en 1967, a pour objet de former les médecins généralistes à la relation médecin-malade afin de promouvoir la médecine générale dans sa dimension individuelle, familiale et sociale.
- L'Atelier français de médecine générale, créé en 1977, est un organisme de recherche et de formation d'inspiration balintienne.
- La SFTG (Société française de thérapeutique généraliste) est une société scientifique créée en 1977, ayant pour objectif la formation continue du généraliste en matière de thérapeutique au sens large.

- Le CNGE, créé en 1983, dédie une partie de son activité à la recherche en soins primaires. Le CNGE publie par ailleurs *Exercer*, une revue de médecine générale.
- L'IFED MG (Institut français pour l'étude et le développement de la médecine générale), créé en 1990, a pour objectif de favoriser l'étude de la médecine générale, son développement, sa recherche et son enseignement.
- Le groupe Repères, fondé en 1990 par Éric Galam, a comme but de restituer à la recherche sa créativité et à la relation d'aide sa dimension humaniste en introduisant la notion de compétence humaine du médecin généraliste.
- L'IRMG (Institut de recherche en médecine générale), créé en 1993, se donne pour mission de promouvoir, de développer et de réaliser des recherches, des formations et des évaluations en médecine de ville.
- La SFDRMG (Société française de documentation et de recherche en médecine générale), fondée en 2001, est la société scientifique de médecine générale de l'UNAFORMEC, créée pour enrichir les connaissances et les pratiques en médecine générale, répondre aux attentes institutionnelles et valoriser la discipline.

Cette représentation professionnelle fragmentée fait employer à Jean-Luc Gallais le terme de « *balkanisation de la médecine générale* », tant au niveau des sociétés scientifiques qu'au niveau syndical d'ailleurs, avec l'existence de l'UNOF – CSMF, la SML, MG France et de l'Union Généraliste/FMF.

« Sur le plan sociologique, les généralistes ont un comportement d'ouvriers alors que les spécialistes ont un comportement de patrons. On a 4 ou 5 syndicats de généralistes. Alors que les cardiologues ont un seul syndicat et une seule société savante (...) pour se présenter unis face aux pouvoirs publics. Alors que nous, c'est comme la CFDT, la CGT etc. ... Cette division profite évidemment aux pouvoirs publics et était à l'époque entretenue. » Philippe Boisnault

Un certain mélange des genres

A la multiplicité des sociétés scientifiques dans la nébuleuse médecine générale s'ajoute une confusion liée à un certain mélange des genres. En théorie, il est logique que les intérêts de la profession concernent les syndicats tandis que l'élaboration d'une pensée de la médecine générale intéresse les sociétés scientifiques.

En 1984, Philippe Jacot, vice-président de la SFMG, répond favorablement à l'appel solennel du MAG (Mouvement d'action des généralistes) pour la création d'un syndicat autonome de médecins généralistes. Puis en 1986, lors de l'annonce de la naissance du syndicat représentatif autonome MG France, Philippe Jacot y siège au comité directeur en tant que représentant de la SFMG.

Cette position est critiquée en interne de la SFMG notamment par Oscar Rosowsky. « *Mon président à l'époque (Rosowsky) disait « nous on est une société savante, on ne se mêle pas de syndicalisme ! ».* Moi à titre personnel, je pensais que c'était une bonne idée de créer un syndicat genre MG France » Philippe Jacot

4- Des tentatives pour fédérer la profession

La Conférence permanente de la médecine générale

La Conférence permanente est une initiative conjointe de François Baumann (SFTG), Anne-Marie Magnier (SFTG) et Yves Gervais (MG Form) en 1994. Le but est de créer un espace d'échange et de production pour restituer à la médecine générale sa place légitime dans la communauté médicale. Il s'agit de l'ancêtre du Collège de la Médecine Générale.

La Conférence permanente regroupe huit associations nationales de recherche ou de formation : la SFMG, le CNGE, la SFTG, MG Form, l'Atelier Français de Médecine Générale, l'IFED MG et l'IRMG.

Cette initiative continue jusqu'aux années 2000. Cependant, la Conférence permanente produit peu dans la mesure où chaque structure conserve sa dynamique propre et son pré-carré concernant les thèmes de recherche.

Le Collège de la médecine générale (CMG)

Le Collège de la médecine générale est créé en 2010, soit presque 40 ans après la naissance de la SFMG. Son président est Pierre-Louis Druais, par ailleurs ancien président du CNGE.

Le CMG est l'interlocuteur de la HAS et des pouvoirs publics, et rassemble tout ce que la profession compte de sociétés savantes et de syndicats, à l'instar du Royal College of Practitioners en Grande-Bretagne.

C'est une association loi de 1901, qui regroupe l'ensemble des organisations qui œuvrent pour la discipline "médecine générale", dans les champs professionnel, scientifique et universitaire. Il a pour objet de faciliter la représentation et la promotion de la qualité de l'exercice professionnel de la médecine générale, pour ce qui concerne les sujets communs, notamment :

- le développement professionnel continu
- la validation et la production de recommandations en soins primaires
- la recherche en médecine générale
- les aspects qualitatifs de l'exercice de la médecine générale
- la formation médicale initiale

Le CMG s'est doté d'un pôle scientifique dont l'un des axes de travail actuel est les recommandations en soins primaires. Les membres du pôle scientifique sont les sociétés suivantes : le CNGE, la SFMG, la SFTG, la SFDRMG, l'IRMG et la Société médicale Balint.

Le Collège est l'interlocuteur privilégié de la profession et des institutions pour tout ce qui concerne la représentation collective dans les domaines cités ci-dessus. Il assure les missions du Conseil National Professionnel de la spécialité médecine générale. Il est également le représentant officiel de la France à la WONCA.

Le rôle du Collège est donc véritablement de fédérer un monde généraliste fragmenté. Pour autant, ce sont les structures scientifiques, syndicales et professionnelles qui adhèrent au CMG, et non les médecins généralistes eux-mêmes. Dans ces conditions, il est probablement difficile d'assurer la promotion et la pérennité d'un tel regroupement sans que sa base ne puisse y adhérer directement.

La médecine générale ne s'est pas fédérée autour de la SFMG, mise à l'épreuve d'une difficile cohabitation en interne et aux morcellements de la profession à l'extérieur. Depuis 2010, cette mission est confiée au Collège de la médecine générale.

Une infographie illustrant « une histoire de la SFMG » est proposée sur la page suivante (figure 2).

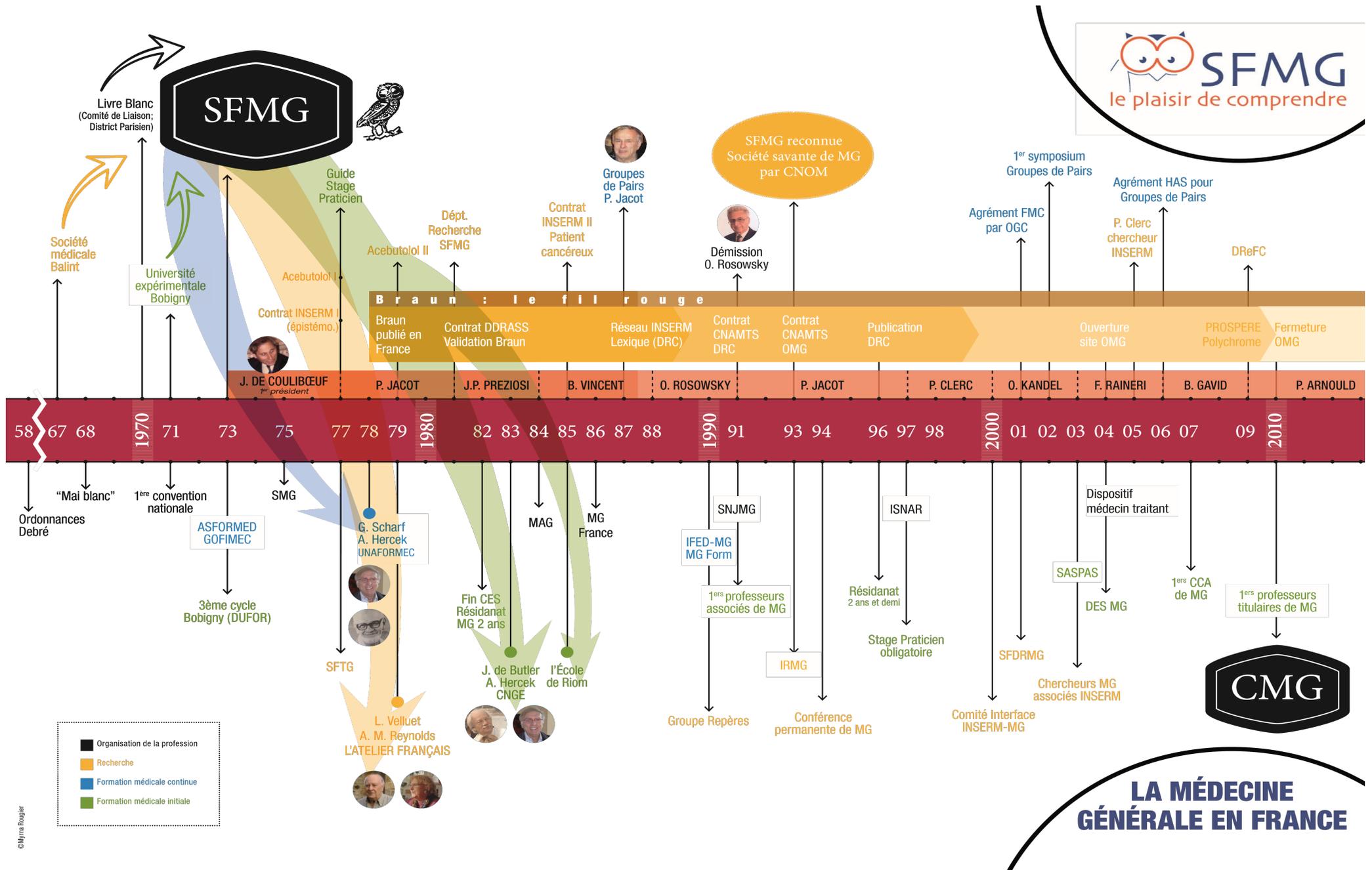


Figure 2 : Infographie

Les acquis de la SFMG

Les objectifs de la SFMG tels que décrits dans sa doctrine de 1973 ont longtemps été considérés comme utopiques, d'aucuns diraient provocateurs. Mais ils ne le sont plus aujourd'hui. La médecine générale est désormais statutairement une spécialité au même rang que toutes les autres spécialités médicales. La part prise par la SFMG dans le combat collectif pour la promotion de la médecine générale est indéniable.

Grâce au rôle de société savante de la SFMG, la profession lui doit notamment la description du champ d'activité de la médecine générale et l'élaboration d'un premier corpus scientifique généraliste qui a ensuite essaimé dans le paysage que l'on connaît. Les idées avant-gardistes défendues par la SFMG lors de sa création sont pour la plupart tombées dans le domaine public au terme de 40 années de diffusion lente de ses concepts.

Les idées et les concepts issus de la société savante ont imprégné la communauté généraliste, sans pour autant qu'il soit toujours clair dans l'esprit de chacun que la paternité de ces idées lui revienne... Citons l'exemple du guide du maître de stage rédigé en 1977 dont le contenu est repris quasiment mot pour mot 20 ans après lors de la généralisation du stage obligatoire chez le praticien.

Outre un creuset d'idées et une expertise en soins primaires, on doit également à la SFMG de nombreux outils originaux d'aide à la pratique tels que le dictionnaire des résultats de consultation[®] et les groupes de pairs[®]. Le dictionnaire des résultats de consultation n'offre pas moins qu'un langage commun aux médecins généralistes, une aide au diagnostic, à la gestion des risques et à la prise en charge. Les groupes de pairs ont été repris sous d'autres dénominations par tous les organismes de formation médicale continue. D'autres outils comme le DReFC (Diffusion de recommandations francophones en consultation de médecine générale) participent également à la qualité et à la sécurité des soins.

Tous ces éléments ont été décisifs du développement de l'identité professionnelle, du confort d'exercice des médecins généralistes et de la clarification de la place de la médecine générale dans le système de santé.

Il est nécessaire de préciser que les activités développées par la SFMG vont bien au-delà de leur description non exhaustive dans ce travail de thèse, qui a volontairement privilégié le récit des médecins généralistes de la SFMG.

Les défis de la SFMG

Ce travail de thèse se consacre à une période s'étendant jusqu'à 2010 et ne prétend pas prédire l'avenir. Tout en évitant la prospective, il est toutefois intéressant d'identifier quelques-uns des défis qui intéressent la SFMG aujourd'hui.

En tant que société scientifique reconnue comme société savante, la recherche est historiquement la finalité première de la SFMG. Aujourd'hui, dans un paysage généraliste où le Collège de la médecine générale fédère la profession depuis 2010, où l'enseignement est la prérogative du CNGE qui pourvoit l'essentiel des membres siégeant au Conseil national des Universités (CNU), et où il existe presque une dizaine de structures généralistes se préoccupant de recherche à différents niveaux, la SFMG se doit de réaffirmer son positionnement et son identité parmi les instances de la médecine générale.

Un enjeu majeur est celui des publications scientifiques. La SFMG n'échappe pas à l'aphorisme *Publier ou périr*. Sa production scientifique existe mais souffre d'un manque de visibilité et de reconnaissance par manque de publication dans des revues indexées, tout particulièrement au niveau international. Pour sortir de cet isolement relatif, la question d'une recherche en soins primaires en partenariat avec les facultés de médecine mérite d'être posée, même si l'essentiel des cadres de la SFMG sont eux-mêmes membres du CNGE.

Par ailleurs, le monde généraliste connaît aujourd'hui des transformations sociologiques parmi lesquelles la féminisation de la profession et l'essor des maisons de santé pluri professionnelles (MSP). Or la SFMG est à ce jour encore largement masculine. A titre d'exemple, sur les douze membres du bureau, seules deux sont des femmes. Comment féminiser la structure à l'avenir

pour continuer à représenter la profession ? Concernant les MSP, ce modèle occupe une place encore modeste dans l'offre de soins mais prend de l'ampleur. Dès lors, une réflexion centrée sur le médecin généraliste seul ne semble-t-elle pas restrictive puisqu'à l'avenir il faudrait étudier le médecin généraliste en relation avec les autres professionnels de santé ?

Toutes ces questions méritent d'être posées. Face à ces nouveaux défis et forte de plus de 40 ans d'existence, une nouvelle page de l'histoire de la SFMG s'ouvre aujourd'hui devant elle.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Ordonnance N°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale dite ordonnance Robert Debré (J.O. 31 décembre 1958).
- (2) Sous la direction de Bloy G, Schweyer FX. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. Chapitre 1 : La constitution paradoxale d'un groupe professionnel (Bloy G.). Rennes : Presses de l'EHESP ; 2010.
- (3) Halioua B. Histoire de la médecine. Chapitre 15 : Médecine du XX^e siècle. Issy-Les-Moulineaux : Masson ; 2009.
- (4) Coutant D, Tuffreau F. Médecine générale, une spécialité d'avenir. Chapitre 1 : Vers la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité médicale. Rennes : Presses de l'EHESP ; 2016.
- (5) Pinell P. Champ médical et processus de spécialisation. Actes de la recherche en sciences sociales, 2005/1 n° 156-157, p. 5-9.
- (6) Sous la direction de Galam E. Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain. Paris : Editions Autrement, 1996 : 202 p.
- (7) Arliaud M, Les Médecins. Paris : Editions La Découverte, 1987.
- (8) Loi N° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur dite loi Edgar Faure (J.O. du 13 novembre 1968).
- (9) Baszanger I, Bungener M, Paillet A. Quelle médecine voulons-nous ? Chapitre 1 : Médecine générale, le temps des redéfinitions. La Dispute. 2002 : 249 p.
- (10) Ordonnance n° 45/2454 du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles.

- (11) Bernstein S. Milza P. Histoire de la France au XXe siècle. Tome IV. 1945-1974. Editions Complexe 1992.
- (12) Sous la direction de Bloy G, Schweyer FX. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. Chapitre 22 : La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes (Hassenteufel P.). Rennes : Presses de l'EHESP ; 2010.
- (13) Becour L, Ghozi S, Goedert J, Rosowsky O. Livre Blanc sur le médecin de famille : avenir ou disparition, Comité Intersyndical de Liaison et d'Action des Médecins Omnipraticiens et Généralistes ; 1970.
- (14) Viel A, Historique de la Société Française de Médecine Générale, Relevé chronologique des faits et des évènements. Préface de Philippe Jacot. Archives SFMG ; 1993.
- (15) Bouton R. Un toubib en colère. Paris : Hachette ; 2003.
- (16) Jacot P. InterJournal n°10 : Editorial. Juin 1976. Archives SFMG.
- (17) De Couliboeuf J. InterJournal n°10 : Ses relations avec l'hôpital : l'attachat ? Juin 1976. Archives SFMG.
- (18) Roy P. Le mai « blanc » de 1968. Le Quotidien du médecin N° 1682, 1978.
- (19) Rosowsky O, Abramowitch JM. Recherches épistémologiques sur les conditions spécifiques de la recherche en médecine praticienne – corpus. Rapport INSERM-SFMG 243p. 1979.
- (20) Retranscription d'un entretien de Louis Velluet et Gérard Véry avec Pierre Cornillot enregistré le 12 septembre 1978. Archives SFMG.
- (21) De Butler J. Comment former des enseignants de médecine générale ? Documents de recherches en médecine générale - Société française de médecine générale. 1982 ; N° 1 : 17-27

- (22) La médecine à un tournant. Madame Veil nous répond. Revue Tonus N°293 du 28 septembre 1978. p 6-7.
- (23) Textes rassemblés et présentés par de Butler J. en octobre 1977. Le maître de stage : guide pratique. SFMG. Paris 1978.
- (24) Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot ; 1965 (1^{ère} édition 1960).
- (25) Balint M, Balint E. Techniques psychothérapeutiques en médecine, Petite bibliothèque Payot, 1976 (1^{ère} édition 1967)
- (26) Goedert J, Rosowsky O. Une guérison impossible. Dissection dans un groupe Balint. Editions Payot. 1976.
- (27) Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale. 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Collection Le plaisir de comprendre. GM santé. SFMG. 2015.
- (28) InterJournal n° 8. Editorial. Février 1976. Archives SFMG
- (29) Braun RN. Pratique, Critique et Enseignement de la Médecine Générale. Ouvrage publié sous les auspices de la SFMG. Paris : Payot ; 1979 (version originale 1970).
- (30) Braun RN. La médecine générale, sa position et son rôle dans la médecine. Documents de recherche en médecine générale, numéro spécial 7-8. SFMG ; 1983.
- (31) Groupe IMAGE-ENSP. L'observation de la pathologie en médecine générale : La casugraphie selon R.N. Braun. Le concept de cas dans la gestion du risque en situation diagnostique ouverte. Adaptation à la CIM 10^{ème} révision. 1996.
- (32) Maisonneuve H, Moreau N, Steudler F et al. Typologie des sociétés savantes médicales françaises. Enquête auprès de 129 organisations. Presse Med 2004 ; 33 :784-90

(33) Griscelli C. L'INSERM et la recherche en médecine générale. La Revue du Praticien. Tome 14 N°506 du 11 septembre 2000.

(34) Pouvourville G. (de). Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : proposition. Rapport au ministre de la santé et au ministre délégué à la recherche ; 31 mai 2006.

(35) Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales

Guide d'entretien individuel auprès des compagnons de route/membres fondateurs de la SFMG

(L'origine personnelle) :

Qu'est-ce qui vous a amené à devenir médecin généraliste ?

Pouvez-vous me décrire comment se sont déroulées vos études médicales ?

(L'identité professionnelle)

Comment se sont passées vos premières années d'installation ?

Qu'est-ce qui a motivé ce choix (de l'exercice solitaire, de groupe, en milieu urbain, rural etc...) ?

Comment votre pratique a-t-elle évoluée au cours du temps ?

(SFMG) :

En quelle année avez-vous adhéré à la SFMG et expliquez-nous quelles étaient vos motivations pour être adhérent à l'origine ? / Pourriez-vous nous raconter comment vous est née l'idée de la création de la SFMG ?

Pourriez-vous nous décrire la situation de la médecine générale à l'époque de votre adhésion ?

Pourriez-vous nous expliquer les principes fondateurs de la SFMG ?

Avez-vous connu personnellement certains membres fondateurs de la SFMG ? Quel était leur état d'esprit ? (Relance nominative possible : O. ROSOWSKY ? J. de COULIBOEUF ? etc.)

A quels travaux avez-vous personnellement participé au sein de la SFMG ? (Relance possible : publications ? DRC ? Observatoire de la MG ? groupes de pairs ? etc.). Les avez-vous gardés ?

(Vision de la médecine générale) :

Rétrospectivement, quel impact la SFMG a-t-elle eu dans le mouvement de création de la médecine générale comme discipline et spécialité médicale ?

Quelles relations la SFMG entretient-elle avec les autres sociétés savantes telles que la SFTG, le CNGE, etc. ?

Doctrine de la SFMG (1973)

- 1) La médecine générale est une discipline spécifique. Ses fonctions ne sont pas réductibles à une fraction des autres disciplines médicales.
- 2) Le développement de la médecine générale sur des bases scientifiques ne peut être le fait que des généralistes eux-mêmes.
- 3) L'utilisation de concepts spécifiques et d'un langage propre à la discipline sont deux conditions indispensables.
- 4) La formation médicale continue du médecin généraliste repose avant tout sur l'observation méthodique de sa propre activité, jointe à une information sélective et critique.
- 5) L'enseignement de la médecine générale s'enracine dans la recherche pratique et théorique. Il ne peut y avoir d'enseignement universitaire de qualité sans recherche préalable. Pour enseigner valablement, il faut avoir théorisé un ensemble de connaissances structurées. Dans ces conditions l'Université doit être ouverte à tout généraliste qui aura montré ses capacités grâce à ses titres et travaux préalables dans sa discipline.
- 6) Les travaux concernant la médecine générale ne peuvent être menés dans de bonnes conditions que si les règles de base de la recherche généraliste sont réunies. Il faut que les médecins généralistes soient présents à toutes les étapes de l'élaboration, du traitement et de l'analyse des données.

Statuts de la SFMG

Statuts modifiés en Assemblée Générale Extraordinaire au 1er septembre 2007

Chapitre 1 : de l'association et de son objet

Article I : Il est constitué une association qui prend le nom de : Société Française de Médecine Générale (SFMG). Cette association est régie par la loi du 1er juillet 1901. Son siège social est fixé par le conseil d'administration.

Article II : de son objet. Cette association a pour but de promouvoir la médecine générale. A cet effet, l'association favorisera la recherche et l'action dans les domaines scientifique, sociologique et économique, propres à assurer la promotion et la qualification des médecins de famille et des soins primaires.

Considérant que la médecine moderne nécessite un nombre élevé de médecins généralistes de haut niveau, l'association s'engage à apporter tout son concours à la formation universitaire et postuniversitaire des médecins, l'évaluation des pratiques professionnelles, l'amélioration du système de soins.

Elle contribuera à assurer le niveau scientifique, moral et social, nécessaire à l'exercice de la médecine de famille. Elle s'attachera à développer, par tous les moyens, la recherche fondamentale en matière de médecine praticienne.

Chapitre 2 : des membres

Article III : des membres. L'association se compose de membres associés, membres titulaires, membres fondateurs, membres d'honneur, membres bienfaiteurs et de membres correspondants.

Les qualités de membre d'honneur, bienfaiteur ou fondateur peuvent être cumulées entre elles. Elles peuvent aussi l'être avec celles de membre associé ou titulaire.

Article IV : des membres associés. Les membres associés sont des médecins généralistes. Ils peuvent être en exercice, étudiants dans la filière de médecine générale, remplaçants en médecine générale ou retraités.

Article V : des membres titulaires. Les membres associés peuvent devenir membres titulaires. Pour cela ils doivent être présentés par deux membres titulaires. Ils doivent être membres de la Société depuis deux ans.

Ils doivent exercer une fonction active à l'intérieur ou à l'extérieur de l'association, afin de promouvoir les buts de celle-ci. Ils doivent être agréés selon les modalités fixées au règlement intérieur.

Article VI : des membres fondateurs. Les membres fondateurs sont les rédacteurs des premiers statuts qui, de plus, ont été sans discontinuer membres de la Société depuis sa création.

Article VII : des membres d'honneur. Les membres d'honneur, médecins ou non, sont nommés par le conseil d'administration, en reconnaissance des services rendus à l'association. Ils sont dispensés de payer une cotisation.

Article VIII : des membres bienfaiteurs. Les membres bienfaiteurs sont ceux qui veulent soutenir l'action de l'association par leurs dons. Ils sont nommés par le conseil d'administration.

Article IX : des membres correspondants. Les membres correspondants sont ceux dont les besoins, les activités ou les travaux en France ou à l'étranger se rapprochent de ceux de l'association. Ils ne sont pas obligatoirement membres associés, ni médecins généralistes. Ils sont nommés dans les mêmes conditions que les membres titulaires.

Article X : de la perte de la qualité de membre. La qualité de membre fondateur, titulaire, associé, d'honneur, correspondant ou bienfaiteur peut se perdre par décès, par démission, par non-paiement de cotisation pendant deux années consécutives. Ceci peut entraîner leur radiation sur simple décision du bureau. Il n'y a pas de recours sauf payer les cotisations dues, par radiation pour faute grave contraire aux buts de l'association. La radiation doit être prononcée par les membres du conseil d'administration, à la majorité des deux tiers, après avoir entendu le membre, s'il le souhaite.

Chapitre 3 : de l'assemblée générale ordinaire

Article XI : de la convocation de l'Assemblée Ordinaire. L'assemblée générale ordinaire réunit tous les membres de la Société une fois par an. Les membres sont convoqués par lettre simple au moins quinze jours avant la date de la réunion.

Article XII : de l'ordre du jour et de la présidence de l'assemblée. L'ordre du jour est proposé par le conseil d'administration et adopté en début d'assemblée générale.

L'assemblée est dirigée par un président et deux assesseurs élus en début de séance sur proposition du conseil d'administration.

L'assemblée discute les orientations de la Société et les problèmes mis à l'ordre du jour.

Article XIII : du vote et du quorum. Seuls les membres à jour de leur cotisation peuvent voter. Les décisions de l'assemblée générale ordinaire sont prises à la majorité absolue des membres présents ou représentés. Pour être valide un cinquième des membres à jour de leur cotisation doivent être présents ou représentés. Chaque membre peut avoir dix pouvoirs au plus. Les votes ont lieu à main levée sauf demande expresse d'un cinquième des membres présents. Les votes nominatifs se font à bulletin secret. Si le quorum n'est pas atteint, l'assemblée est convoquée à nouveau dans un délai minimum de quinze jours. Aucun quorum n'est alors nécessaire.

Article XIV : des rapports. L'assemblée générale ordinaire entend le rapport moral du président, le rapport financier du trésorier et le rapport d'activité du secrétaire général. Il est donné quitus par un vote au secrétaire général et au trésorier. Les commissaires aux comptes font leur rapport avant le vote du rapport financier. L'assemblée générale ordinaire élit le conseil d'administration et les commissaires aux comptes.

Chapitre 4 : du conseil d'administration

Article XV : de l'éligibilité. Seuls sont éligibles au conseil d'administration les membres titulaires.

Article XVI : de la durée du mandat. Les membres du conseil d'administration sont élus pour trois ans. Il est renouvelé par tiers tous les ans.

Article XVII : du nombre de membres. Le nombre de membres du conseil d'administration est de vingt-cinq. Il peut être modifié par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration. La modification ne peut excéder quinze pour cent du nombre précédent (en plus ou en moins).

Lorsqu'il y a des nouveaux postes créés, des postes supprimés, des démissions, le conseil d'administration suivant l'assemblée générale fixe par tirage au sort la durée des mandats des nouveaux élus, afin de rester au plus proche du renouvellement par tiers tous les ans du conseil d'administration. Les modalités précises sont fixées par le règlement intérieur.

Article XVIII : de la réunion du conseil d'administration. Le conseil d'administration se réunit au moins trois fois par an. Il est convoqué par simple lettre quinze jours avant la réunion, par le

président ou un quart des membres du conseil d'administration. Le quorum permettant la tenue d'une réunion du conseil d'administration est de la moitié des membres présents plus un. Chaque membre présent peut être porteur d'un pouvoir et un seul. Si le quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion doit avoir lieu après un délai minimum de quinze jours. Aucun quorum n'est requis lors de cette deuxième réunion.

Le conseil d'administration prend ses décisions à la majorité absolue des membres présents ou représentés. Les votes se font à main levée, sauf si l'un des membres demande le vote à bulletin secret.

Article XIX : de l'ordre du jour du conseil d'administration. Le conseil d'administration étudie et discute : les questions posées par l'assemblée générale, les questions posées par le bureau, toute question portée à l'ordre du jour par un de ses membres.

Il fixe les orientations pour le travail du bureau.

Chapitre 5 : du bureau

Article XX : de l'élection du bureau. Après chaque assemblée générale ordinaire, le conseil d'administration élit en son sein à la majorité simple un bureau.

Il élit en premier lieu un président. Ce vote se fait après avoir entendu le programme du (ou des) candidat(s).

Le président élu propose une composition du bureau : d'un ou plusieurs vice-présidents, d'un secrétaire général et si besoin d'un ou plusieurs secrétaires généraux adjoints, d'un trésorier et si besoin d'un ou plusieurs trésoriers adjoints, des membres simples.

La composition du bureau est adoptée. Chaque poste est pourvu par une élection à la majorité simple. Le président peut faire part avant le vote de son choix. L'ensemble des votes se fait à bulletin secret.

Article XXI : du rôle du bureau. Le président, aidé du bureau, administre la société selon les orientations fixées par l'assemblée générale et le conseil d'administration. Le président représente l'association dans tous les actes de la vie civile. Il peut ester en justice après accord du conseil d'administration.

Chapitre 6 : de l'assemblée générale extraordinaire

Article XXII : de la convocation. L'assemblée générale extraordinaire réunit tous les membres de l'association sur convocation du conseil d'administration ou un tiers des membres. Les membres sont convoqués par lettre simple au moins un mois avant la date de la réunion.

Article XXIII : de l'ordre du jour et présidence de l'assemblée. L'ordre du jour est proposé par le conseil d'administration et adopté en début d'assemblée générale extraordinaire. L'assemblée est dirigée par un président et deux assesseurs élus en début de séance sur proposition du conseil d'administration. L'assemblée discute les problèmes mis à l'ordre du jour.

Article XXIV : du vote et du quorum de l'assemblée générale extraordinaire. Les décisions de l'assemblée générale extraordinaire sont prises à la majorité absolue des membres à jour de leur cotisation présents ou représentés. Seuls les membres à jour de cotisation peuvent prendre part au vote. Pour être valide un cinquième des membres à jour de leur cotisation doivent être présents ou représentés. Chaque membre peut avoir dix procurations au plus. Si le quorum n'est pas atteint, une nouvelle assemblée extraordinaire est convoquée dans un délai minimum de quinze jours. Aucun quorum n'est alors nécessaire.

Les votes ont lieu à main levée sauf demande expresse de l'un cinquième des membres présents. Les votes nominatifs se font à bulletin secret.

Article XXV : de l'élection. L'assemblée générale extraordinaire élit les membres du conseil d'administration si nécessaire (postes vacants ou démission).

Chapitre 7 : du fonctionnement de l'association

Article XXVI : du règlement intérieur. Le règlement intérieur fixe les règles de fonctionnement de l'association. Il est adopté par le conseil d'administration sur proposition du bureau. Toute modification est portée à la connaissance des adhérents lors des Assemblées Générales Ordinaires.

Article XXVII : du conseil scientifique. La Société Française de Médecine Générale se dote d'un conseil scientifique. Son directeur, membre titulaire de la société française de médecine générale est nommé par conseil d'administration. Les membres du conseil scientifique sont nommés par le conseil d'administration sur proposition du directeur du conseil scientifique

Article XXVIII : des contrôleurs aux comptes. L'assemblée générale peut élire des contrôleurs aux comptes qui contrôlent la gestion financière de la Société. Le trésorier met à leur disposition les livres de comptes au siège social.

Ils sont élus pour un an par l'assemblée générale ordinaire à laquelle ils doivent faire leur rapport. Ils ne sont pas membres du conseil d'administration.

Chapitre 8 : des modifications des statuts et dissolution

Article XXIX : des modifications des statuts. Les statuts peuvent être modifiés par une assemblée générale extraordinaire. Le quorum requis dans ce cas est la moitié des membres présents ou représentés. Si ce quorum n'est pas atteint, l'assemblée est convoquée à nouveau dans les conditions spécifiées à l'article XXIV.

Article XXX : de la dissolution. La dissolution est prononcée par une Assemblée Générale Extraordinaire dûment convoquée par lettre recommandée deux mois à l'avance. Cette décision doit être prise à la majorité des deux tiers des membres présents ou représentés.

En cas de dissolution un ou plusieurs liquidateurs sont nommés par l'assemblée générale extraordinaire à la majorité simple et l'actif, s'il y a lieu, est dévolu conformément à l'article 9 de la loi du 1er juillet 1901 et au décret du 16 août 1901.

Chapitre 9 : mesure transitoire

Article XXXI : Quorum de l'assemblée générale ordinaire de l'année 2007. A titre exceptionnel, le quorum pour l'assemblée générale ordinaire 2007 est fixé à un cinquième des membres présents ou représentés à jour de leur cotisation. Chaque membre peut avoir vingt pouvoirs au plus.

SUMMARY

What is the role of the French Society of General Medicine (SFMG) in the making of general practice in France between 1973 and 2010?

The hospital reform of 1958 creates hospital-university centers by bringing together medical schools and hospitals. General practice is reduced to primary care without dedicated research or specific teaching. Moreover, a movement of specialization of medicine has gradually deprived general practice of some of its traditional missions. It is in this unfavorable context that the SFMG was created in 1973. As the oldest French scientific society in the area of general practice, the SFMG's path is inseparable from the history of the specialty.

The aim of this work was to describe the conditions of the creation of the SFMG as well as its evolution until 2010 to account for the history of general practice as a discipline.

A review of the literature and archival documents was undertaken. Qualitative semi-directed individual interviews with general practitioners, either founding members or fellow members of the SFMG were conducted between January and June 2016. The testimonies of general practitioners were studied through thematic and descriptive analysis.

The SFMG is originally a laboratory of ideas that encompasses or rallies around it different influences such as militant syndicalism, university education, psychological medicine, professional training. However, the core activity of the SFMG remains research in general practice.

The SFMG is acknowledged as the only learned society of general practice by the Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) in 1993. The contribution of the SFMG to the development of a scientific corpus of general practice is major.

Many of the main emblematic figures of this professional area are originally from the SFMG and deserve to be acknowledged by the profession. Practice tools such as the consultation results dictionary and peer groups are also SFMG's contribution.

However, due to internal and external competition, the SFMG did not manage to gather around it all general practitioners in the long run. Since 2010, this mission has been entrusted to the College of General Practice.

KEY WORDS: SFMG, learned society, general practice, primary care, theoretical corpus, result of consultation, peer group

RESUME

Quelle est la place de la Société française de médecine générale (SFMG) dans la construction de la médecine générale en France entre 1973 et 2010 ?

La réforme hospitalière de 1958 crée les centres hospitalo-universitaires par rapprochement des facultés de médecine et des hôpitaux, réduisant la médecine générale à une activité de soins sans recherche ni enseignement spécifique. Par ailleurs, un mouvement de spécialisation de la médecine prive progressivement la médecine générale d'un certain nombre de ses missions traditionnelles. C'est dans ce contexte défavorable pour la médecine générale que la SFMG est créée en 1973. En tant que plus ancienne société scientifique de médecine générale française, le parcours de la SFMG est indissociable de l'histoire de la profession.

L'objectif de ce travail était de retracer les conditions de la création de la SFMG en 1973, ainsi que son évolution jusqu'en 2010, afin de faire un bilan du chemin parcouru par la médecine générale sur le plan académique, professionnel et disciplinaire.

Une consultation de documents d'archives complétée par une revue de la littérature a été entreprise. Puis des entretiens qualitatifs individuels semi-dirigés avec des médecins généralistes, membres fondateurs ou compagnons de route de la SFMG, ont été réalisés entre janvier et juin 2016. Le témoignage des médecins généralistes a été étudié en utilisant la méthode de l'analyse thématique descriptive.

La SFMG est à ses débuts un laboratoire d'idées qui englobe ou rallie autour d'elle différents courants : syndicalisme militant, enseignement universitaire, psycho médecine, formation médicale continue. Le cœur de métier de la SFMG est toutefois la recherche en médecine générale.

La SFMG est reconnue comme la société savante de la discipline par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en 1993. La contribution de la SFMG à l'élaboration d'un corpus scientifique de la médecine générale est majeure.

Beaucoup des principales figures emblématiques de la médecine générale sont issues de la SFMG et méritent d'être connues par la profession. On doit également à la SFMG des outils d'aide à la pratique tels que le dictionnaire des résultats de consultation et les groupes de pairs.

Mise à l'épreuve d'une difficile cohabitation en interne et aux morcellements de la profession en externe, la SFMG n'a toutefois qu'incomplètement fédéré la profession autour d'elle. Depuis 2010, cette mission est confiée au Collège de la médecine générale (CMG).

MOTS-CLES : SFMG, société savante, médecine générale, soins primaires, corpus théorique, résultat de consultation, groupe de pairs