



**LA DEFINITION EUROPEENNE
DE LA MEDECINE GENERALE - MEDECINE
DE FAMILLE**

**WONCA EUROPE
2002**

LES DEFINITIONS EUROPEENNES
des caractéristiques de la discipline de médecine générale,
du rôle du médecin généraliste

et

une description des compétences fondamentales
du médecin généraliste - médecin de famille.

préparé par la WONCA EUROPE
(Société Européenne
de médecine générale - médecine de famille)
2002

Dr Justin Allen
Directeur of Postgraduate General
Practice Education
Centre for Postgraduate Medical
Education, University of Leicester,
United Kingdom
Président of EURACT

Professeur Jan Heyrman
Catholic University of Leuven,
Belgique

Professeur Igor Svab,
Université de Ljubljana,
Slovénie

Professeur Bernard Gay
Président, CNGE, Paris, France
Université de Bordeaux, France

Dr Paul Ram
Université de Maastricht
Pays-Bas

Professeur Harry Crebolder
Université de Maastricht
Pays-Bas

Edité par :
Dr Philip Evans
Président WONCA Europe

Cette déclaration est publiée avec l'assistance et la coopération
du Bureau Européen de l'OMS, Barcelone, Espagne.

Groupe de travail pour la traduction en français :

Prof. Marie-Dominique Beaulieu	Université de Montréal
Dr Thomas Bischoff Dr Bruce Brinkley Dr Danièle Levebvre	Unité de Médecine Générale Faculté de Médecine Université de Lausanne et Genève - Suisse
Prof. Geneviève Bruwier	Département Universitaire de Médecine Générale Université de Liège, Belgique
Prof. Christian Cabut	Département Universitaire de Médecine Générale Université de Liège, Belgique
Docteur Rachid Choukri	Maroc
Prof. Pierre Firket	Département Universitaire de Médecine Générale Université de Liège, Belgique
Prof. Marquis Fortin	Département de médecine familiale Université de Montréal
Prof. Jacques Frenette	Département de médecine familiale Université Laval / Québec
Prof. Bernard Gay	Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) Université Bordeaux 2. France
Prof. Didier Giet	Département universitaire de médecine générale Université de Liège, Belgique
Prof. Dominique Huas	Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) Université Paris Bichat. France
Docteur Marc Jamouille	Médecin de famille Président du CISP-club francophone Charleroi-Jumet
Docteur Luc Lefèbvre	Belgique
Prof. Dominique Pestiaux.	<u>Coordination rédactionnelle</u> Centre Universitaire de Médecine Générale Université Catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique
Prof. Michel Roland	Département Universitaire de Médecine Générale Université Libre de Bruxelles, Belgique
Sykes Christophe	Traduction , BSc (Hons), MSc Bruxelles, Belgique

Version en ligne

CNGE <http://www.cnge.fr>
SSMG [http:// www.ssmg.ch](http://www.ssmg.ch)

CONTENU

1. INTRODUCTION	5
2. LES DEFINITIONS EUROPEENNES 2002	7
3. NOTES D'EXPLICATIONS – NOUVELLES DEFINITIONS	10
4. NOTES D'EXPLICATIONS – COMPETENCES DE BASE	16
5. REVUE ACADEMIQUE ET ANALYSE ; LES NOUVELLES DEFINITIONS :.....	19
6. REVUE ACADEMIQUE ET ANALYSE : LES COMPETENCES DE BASE:.....	39
7. ANNEXES.....	47
Annexe 1 – Les définitions de Leeuwenhorst, WONCA et Olesen	
Annexe 2 – Préparation et processus de consultation	
Annexe 3 – Remerciements	
Annexe 4 – Pays Membres de WONCA Europe	
Annexe 5 – Définitions en français	

1. INTRODUCTION

Cette déclaration consensuelle définit la discipline de médecine générale - médecine de famille ainsi que les tâches professionnelles et décrit les compétences essentielles requises pour un médecin généraliste. Ce document précise les éléments constituant cette discipline académique et fournit une représentation officielle sur les services que les médecins généralistes - médecins de famille devraient fournir aux patients en Europe afin que la prise en charge de ceux-ci soit efficiente et d'excellente qualité. Les définitions de ce document permettent le développement de programmes de formation, de recherche et d'assurance de qualité pour s'assurer que la médecine générale - médecine de famille se développera et couvrira les besoins en soins de santé de la population du 21^e siècle.

Il y a des différences significatives dans l'organisation des systèmes de soins de santé et la pratique de la médecine de famille en Europe. Pour les pays de l'Union Européenne et ceux qui aspirent à la rejoindre, la formation médicale est gouvernée par la Directive EU 93/16 dont l'objectif premier est de promouvoir la liberté de mouvement des médecins. Malheureusement, la Directive n'insiste pas assez sur le contenu et la qualité d'une formation post graduée. Il est donc évident et essentiel pour la protection des patients que les médecins généralistes – médecins de famille bénéficient d'une formation qui leur donne les compétences nécessaires pour pratiquer dans *tous* les pays membres.

Cette déclaration a été préparée sous l'égide de WONCA Europe (Société Européenne de Médecine générale-Médecine de famille), branche régionale de l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA).

WONCA Europe assure le leadership scientifique et académique et représente la discipline de médecine générale – médecine de famille pour le continent. Parmi ses membres figurent les organisations académiques nationales de médecine générale – médecine de famille de 30 pays européens ainsi que des souscriptions individuelles de médecins généralistes. Son rôle principal est de promouvoir et développer la discipline pour obtenir et maintenir un haut niveau d'éducation, de formation, de recherche et de pratique clinique au bénéfice individuel des patients et de la communauté.

La réforme des systèmes de santé nationaux est une observation fréquente en Europe comme partout ailleurs dans le monde. Etant donné les changements démographiques, les avancées médicales, l'économie de la santé, les besoins et les attentes des patients, de nouvelles solutions sont recherchées pour fournir et délivrer des soins de santé. La littérature¹ internationale démontre que les systèmes de santé basés sur des soins de santé primaires efficaces, avec des médecins généralistes (médecins de famille) qui ont un niveau de formation élevé et qui pratiquent au sein de la communauté, fournissent des soins plus rentables et plus efficaces au niveau clinique que les systèmes moins orientés vers des soins de santé primaires.

Il est vital que le rôle complexe et essentiel du médecin généraliste – médecin de famille au sein des systèmes de santé soit parfaitement compris par le corps médical, mais aussi par les professionnels associés à la médecine, les responsables de la santé, les économistes, les politiciens et le public. En Europe, un accroissement de l'investissement en médecine générale – médecine de famille est nécessaire pour permettre aux systèmes de santé d'atteindre leur potentiel en faveur des patients. Ces investissements ne concernent pas seulement les ressources humaines et l'infrastructure mais également la formation, la recherche et l'assurance de qualité.

Ces nouvelles définitions et la description des compétences principales sont publiées pour informer et contribuer au débat sur le rôle essentiel de la médecine générale – médecine de famille à l'intérieur des systèmes de santé, aux niveaux national et pan-européen.

REFERENCE

1. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University press, 1998.

2. LES DEFINITIONS EUROPEENNES 2002

DISCIPLINE ET LA SPECIALITE DE LA MEDECINE GENERALE - MEDECINE DE FAMILLE

La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

I. Les caractéristiques de la discipline de la médecine générale-médecine de famille

- A) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- B) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- C) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- D) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- E) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- F) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- G) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- H) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- I) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.

- J) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- K) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

II La Spécialité de la Médecine Générale - Médecine de famille :

Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.

III. Les compétences fondamentales de la Médecine Générale - Médecine de famille

La définition de la discipline comme de la spécialité doit mettre en évidence les compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. « Fondamental » signifie essentiel à la discipline, indépendamment du système de santé dans lequel ces définitions sont appliquées.

§ 1.

Les onze caractéristiques centrales qui définissent la discipline se rapportent à des capacités ou habiletés que chaque médecin de famille spécialisé doit maîtriser. Elles peuvent être rassemblées en six compétences fondamentales (en référence aux caractéristiques) :

1. La gestion des soins de santé primaires (a,b)
2. Les soins centrés sur la personne (c,d,e)
3. L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes (f,g)
4. L'approche globale (h,i)
5. L'orientation communautaire (j)
6. L'adoption d'un modèle holistique (k)

§ 2.

Le généraliste applique ces compétences dans trois champs d'activité :

- a) démarche clinique,
- b) communication avec les patients,
- c) gestion du cabinet médical.

§ 3.

Comme discipline scientifique centrée sur la personne, trois dimensions spécifiques doivent être considérées comme fondamentales :

- a) Contextuelle: utiliser le contexte de la personne, la famille, la communauté et la culture
- b) Comportementale: basée sur les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique

- c) Scientifique: adopter une approche critique basée sur la recherche et maintenir cette approche par une formation continue et une amélioration de la qualité.

L'interrelation entre les compétences fondamentales, les champs d'activité et les dimensions spécifiques caractérise la discipline et souligne la complexité de cette spécialisation.

C'est cette interrelation complexe des compétences fondamentales qui doit servir de guide et se retrouver dans le développement des programmes de formation, de recherche et d'amélioration de la qualité.

3. NOTES D'EXPLICATIONS – NOUVELLES DEFINITIONS

Discipline et la Spécialité de la médecine générale - médecine de famille

Il y a un vrai besoin de définir la discipline de médecine générale - médecine de famille, ainsi que le rôle du spécialiste en médecine de famille. Dans un premier temps, cette démarche doit servir à définir la base académique et le cadre qui la constitue, et ainsi informer des décisions relatives au développement de la formation, de la recherche et de l'amélioration de la qualité des soins. Dans un second temps, elle est nécessaire pour transformer cette définition académique en une réalité pour le spécialiste en médecine générale – médecine de famille qui a en charge des patients au sein des systèmes de soins de santé à travers l'Europe.

1. Les caractéristiques de la discipline de la médecine générale / médecine de famille :

- a) *Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.*

Le terme “habituellement” est utilisé pour indiquer que dans certaines circonstances, (ex. traumatisme majeur), ce n’est pas le premier point de contact. Cependant, ce devrait être le premier point de contact pour la plupart des situations. Il ne devrait pas y avoir de barrières qui empêchent l’accès. Les médecins généralistes – médecins de famille devraient prendre en charge tous types de patients, jeune ou vieux, homme ou femme, et tous types de problèmes de santé. La médecine générale est la ressource première et essentielle. Elle couvre un vaste champ d’activités déterminé par les besoins et les demandes des patients. Cette approche montre les nombreuses facettes de la discipline ainsi que l’opportunité de leur utilisation dans la gestion de problèmes individuels et communautaires.

b) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.

Ce rôle de coordination est un point clef de l’efficience des soins de santé de première ligne de bonne qualité. Il permet d’assurer que le patient consulte le professionnel de la santé le plus approprié à ses problèmes de santé. La synthèse des différents prestataires de soins, la circulation appropriée de l’information et les modalités de prescription des traitements, nécessitent l’existence d’une unité de coordination. La médecine générale peut remplir ce rôle de pivot si les conditions structurelles le permettent. Développer le travail d’équipe autour du patient avec des professionnels de la santé permet d’améliorer la qualité des soins. La gestion de l’interface avec d’autres spécialités permet à la discipline d’assurer un accès approprié à ceux qui ont besoin de services de haute technologie basés sur des soins de santé de seconde ligne. Un rôle central de la discipline est d’apporter une assistance aux patients et donc de les protéger des risques consécutifs aux dépistages, examens et traitements inutiles, et de les guider à travers la complexité du système des soins de santé.

c) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.

La médecine générale s’occupe des personnes et de leurs problèmes dans le cadre des différentes circonstances de leur vie, et non d’une pathologie impersonnelle ou d’un “cas”. Le patient est le point de départ du processus. Il est aussi important de comprendre comment le patient

fait face à la maladie et comment il l'envisage, que de s'occuper de la maladie elle-même. Le dénominateur commun est la personne avec ses croyances, ses peurs, ses attentes et ses besoins.

d) *Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.*

Chaque contact entre le patient et le médecin généraliste - médecin de famille contribue à l'histoire qui évolue, et chaque consultation individuelle peut s'appuyer sur cette expérience partagée. La valeur de cette relation personnelle est déterminée par les capacités de communication du médecin généraliste - médecin de famille et est en elle-même thérapeutique.

e) *Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.*

L'approche de la médecine générale doit être constante dès la naissance (et parfois même avant) jusqu'à la mort (et parfois après). En suivant les patients toute leur vie, la continuité des soins est assurée. Le dossier médical est la preuve explicite de cette constance. L'objectif est de conserver la mémoire des consultations, mais ceci n'est qu'une partie de l'histoire de la relation médecin-patient. Les médecins généralistes – médecins de famille peuvent fournir des soins durant une période substantielle de la vie de leurs patients, durant plusieurs épisodes de maladie. Ils assurent également l'accessibilité aux soins de santé durant les 24 heures de la journée, en déléguant et en coordonnant les soins nécessaires quand ils n'ont pas la possibilité de les donner personnellement.

f) *Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.*

Les problèmes qui se présentent aux médecins généralistes - médecins de famille dans la communauté sont très différents de ceux qui sont rencontrés dans les services de soins de seconde ligne. La prévalence et l'incidence des maladies sont différentes de celles observées dans les services hospitaliers et les maladies graves sont moins fréquemment rencontrées en médecine générale que dans les services hospitaliers car il n'y a pas de sélection préalable. Ceci requiert la mise en place d'un

processus de prise de décision spécifique, basé sur la probabilité qui est alimentée par la connaissance de la patientèle et de la communauté. La valeur prédictive, positive ou négative d'un signe clinique ou d'un test diagnostique est différente en médecine générale – médecine de famille par rapport au cadre hospitalier. Il est fréquent que le médecin généraliste - médecin de famille ait à rassurer des personnes anxieuses par rapport à une maladie après en avoir préalablement déterminé l'absence.

g) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.

La médecine générale – médecine de famille doit gérer tous les problèmes de santé de patients individuels. Elle ne peut se limiter uniquement à la prise en charge de la maladie présentée, mais souvent le médecin prend en charge des problèmes multiples. La plupart du temps, le patient consulte pour plusieurs affections, dont le nombre augmente avec l'âge. La réponse simultanée à plusieurs demandes implique nécessairement une gestion hiérarchisée des problèmes qui prend en compte les priorités du patient et celles du médecin.

h) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.

Souvent, le patient consulte dès l'apparition des symptômes, et il est difficile d'établir un diagnostic à ce stade initial de la maladie. Ce type de présentation signifie que d'importantes décisions pour le patient doivent être prises sur base d'information limitée et la valeur prédictive de l'examen clinique et des tests est alors moins élevée. Même si les signes cliniques d'une maladie spécifique sont généralement bien connus, la règle ne s'applique pas aux signes initiaux qui sont souvent non-spécifiques et communs à de nombreuses maladies. Dans de telles circonstances, la gestion des risques est un élément clef de la discipline. En excluant une conséquence immédiatement sérieuse, la décision peut être d'attendre de plus amples développements et de réexaminer la situation plus tard. Le résultat d'une consultation unique reste souvent au niveau d'un ou plusieurs symptômes, parfois à un tableau de maladie, et elle n'aboutit que rarement à un diagnostic complet.

i) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.

Les interventions doivent être appropriées et efficaces et pour autant que possible, basées sur des arguments solides. Intervenir quand cela n'est pas nécessaire peut être néfaste et causer le gaspillage de ressources précieuses du système de santé.

j) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.

La discipline reconnaît sa responsabilité envers le patient à titre individuel et de manière plus large envers la communauté pour la prise en charge soins de santé. Parfois, ceci peut causer des tensions et peut amener des conflits d'intérêts qui doivent être gérés de manière appropriée.

k) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle

La discipline doit reconnaître toutes ces dimensions simultanément et accorder à chacune une importance adéquate. Les comportements face à la maladie et les modes d'évolution des pathologies varient selon ces diverses dimensions. Les interventions qui ne s'attaquent pas à la racine du problème causent beaucoup d'insatisfaction au patient.

2. La spécialité de la médecine générale - médecine de famille

Les médecins généralistes-médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins de santé et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.

Cette définition du rôle du médecin généraliste – médecin de famille situe les caractéristiques de la discipline décrite ci-dessus dans le contexte du médecin praticien. C'est un idéal auquel tous les médecins généralistes – médecins de famille peuvent aspirer. Certains éléments de cette définition ne sont pas uniques aux médecins généralistes – médecins de famille mais sont généralement applicables à la profession dans son ensemble. La spécialisation en médecine générale - médecine de famille est néanmoins la seule qui peut appliquer toutes ces particularités. Un exemple de responsabilité courante est le maintien de ses compétences, ce qui peut être particulièrement difficile pour un médecin généraliste – médecin de famille qui est souvent isolé dans son travail.

4. NOTES D'EXPLICATIONS – COMPETENCES DE BASE

La définition de la discipline et de la spécialité doit mettre en évidence les compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille.

'Fondamental' signifie essentiel à la discipline, indépendamment du système de santé dans lequel ces compétences sont appliquées. Elles sont regroupées en trois volets, en relation avec la discipline (§1), avec la pratique de la spécialité (§2) et avec quelques particularités du contexte général (§3).

§ 1. Les onze caractéristiques centrales qui définissent la discipline se rapportent à des capacités ou habiletés que chaque médecin de famille spécialisé devrait maîtriser. Elles peuvent être regroupées en six compétences fondamentales :

1. La gestion des soins de santé primaire

- a) gérer le premier contact avec les patients ;
- b) coordonner les soins avec d'autres professionnels des soins primaires ou d'autres spécialistes afin de fournir des soins efficaces et appropriés, en assumant un rôle de défenseur du patient quand cela est nécessaire.

2. Les soins centrés sur la personne

- c) adopter une approche centrée sur la personne lors de la prise en charge des patients et de leurs problèmes ;
- d) utiliser la consultation pour créer une relation efficace entre le médecin et le patient ;
- e) assurer la continuité des soins selon les besoins du patient.

3. L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes

- f) utiliser le processus spécifique de prise de décision (analyse décisionnelle) déterminé par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires ;
- g) gérer des situations au stade précoce et indifférencié, et intervenir dans l'urgence quand cela est nécessaire.

4. L'approche globale

- h) gérer simultanément les problèmes aigus et chroniques du patient ;
- i) promouvoir l'éducation pour la santé en appliquant de manière appropriée des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies.

5. L'orientation communautaire

- j) réconcilier les besoins en soins médicaux des patients individuels avec les besoins en soins médicaux de la communauté dans laquelle ils vivent et cela en équilibre avec les ressources disponibles.

6. L'adoption d'un modèle holistique

- k) utiliser un modèle biopsychosocial qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles.

§ 2. Pour exercer la spécialité, le médecin applique ses compétences dans trois champs d'activité :

- a. la démarche clinique,
- b. la communication avec les patients,
- c. la gestion du cabinet médical.

§ 3. Comme discipline scientifique centrée sur la personne, trois dimensions spécifiques doivent donc être considérées comme fondamentales :

- a) Contextuelle: utiliser le contexte de la personne, la famille, la communauté et la culture.
- b) Comportementale: basée sur les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique.
- c) Scientifique: adopter une approche critique basée sur la recherche et maintenir cette approche par une formation continue et une amélioration de la qualité.

L'interrelation entre les compétences fondamentales, les champs d'activité et les dimensions spécifiques caractérise la discipline et souligne la complexité de cette spécialisation.

C'est cette interrelation complexe des compétences fondamentales qui doit servir de guide et se retrouver dans le développement des programmes de formation, de recherche et d'amélioration de la qualité.

5. REVUE ACADEMIQUE ET ANALYSE ; LES NOUVELLES DEFINITIONS :

Introduction

Le groupe Leeuwenhorst a publié sa déclaration “The General Practitioner in Europe” en 1974¹. A cette époque, la discipline de la médecine générale - médecine de famille était à ses débuts, plus particulièrement en ce qui concerne son enseignement et la recherche. Après près de 30 ans, le monde a évolué et ces changements sont plus apparents au niveau de la distribution des soins de santé. La médecine générale - médecine de famille est bien établie en Europe au sein des systèmes de soins de santé et les responsables des services de santé reconnaissent son importance grandissante. Ceci a été mis en évidence par l’OMS Europe dans son document cadre de 1998² et par le fait que dans la plupart des pays de l’ex-bloc soviétique, la médecine générale - médecine de famille est introduite comme base de leurs nouveaux systèmes de soins de santé.

Durant les 30 dernières années, la société a changé et le rôle du patient a pris plus d’importance comme facteur déterminant au niveau des soins de santé et de leur distribution. L’opinion du clinicien n’est plus tenue comme sacro-sainte et un nouveau dialogue apparaît entre les consommateurs et les fournisseurs de soins de santé. Le futur médecin généraliste – médecin de famille doit non seulement être au courant de ce changement mais doit aussi être capable d’évoluer dans un tel environnement. Il est important que la discipline de médecine générale - médecine de famille continue d’évoluer au sein d’un système de santé qui se modifie et qu’elle réponde aux besoins de santé des patients. Les médecins généralistes – médecin de famille doivent être impliqués dans le développement continu de leur système de santé, et en tant qu’individus, ils doivent être capables de changer pour rencontrer ces nouveaux défis.

Lors de sa présentation récente à la réunion d’été du RCGP (3), Van Weel a mis en évidence le besoin de développement académique pour assurer le transfert de connaissance, d’expertise et d’expérience, pour développer des techniques et des méthodes qui répondent aux besoins spécifiques de la médecine générale et pour explorer l’efficacité des soins fournis par la médecine générale. Il a également souligné l’importance de la valeur de base de la médecine générale – médecine de famille et du besoin d’une culture commune de l’enseignement, de la

recherche et de la formation. Il est donc temps de réexaminer les définitions du rôle du médecin généraliste – médecin de famille et de développer une déclaration claire au sujet des caractéristiques de la discipline de médecine générale/médecine de famille.

Il y a un besoin impératif supplémentaire auquel doivent se plier les pays de l'Union européenne et ceux qui aspirent à rejoindre l'Union. La Directive 93/16⁴ entend promouvoir la liberté de mouvement des médecins et donc en termes de protection des patients, il est évident que les médecins généralistes – médecins de famille devraient recevoir une formation leur donnant les capacités nécessaires pour pratiquer dans tous les pays membres. Leur qualification leur permet en effet de pratiquer n'importe où dans l'UE sans formation complémentaire. Il en découle qu'il est important d'avoir un consensus définissant les caractéristiques de la discipline et les tâches que le médecin généraliste – médecin de famille doit accomplir.

La Directive 93/16 définit seulement une période de formation de 2 ans minimum avec un minimum de 6 mois dans un cabinet de médecine générale ; dans certains pays, cette période a été rallongée à 3 ans ou plus. Le document de consensus de l'UEMO de 1994 concernant la formation spécifique de la médecine générale⁵ argumente le besoin de prolonger la période de formation à une durée minimum de 3 ans en incluant une partie pratique et théorique, dont un minimum de 50% de la formation clinique doit être suivie dans un environnement de médecine générale. Le *Advisory Committee on Medical Training (ACMT)*⁶ a accepté la proposition de l'UEMO et a conseillé à la Commission européenne de revoir la Directive en ces termes : établir une période de formation de 3 ans, dont 50% dans un cabinet médical, et une implication et une responsabilité des médecins généralistes à tous les niveaux de la formation en médecine générale. Malheureusement, ces conseils n'ont pas encore été acceptés par la Commission européenne.

Les problèmes qui entourent les changements du Titre 4 de la directive médicale concernant la médecine générale - médecine de famille et le besoin de développer sa place dans le curriculum des facultés de médecine ont amené la suggestion que de plus amples développements de la discipline pourraient être réalisés si "le spécialiste en médecine générale – médecine de famille" devenait une des spécialités listées sous le 3e intitulé - qui couvre toutes les autres spécialisations médicales. L'objectif de ce document n'est pas d'explorer cette possibilité ; l'objectif est d'élaborer les principes qui sous-tendent la discipline de médecine générale - médecine de famille.

ROLE, DISCIPLINE ET SYSTEME DE SOINS DE SANTE

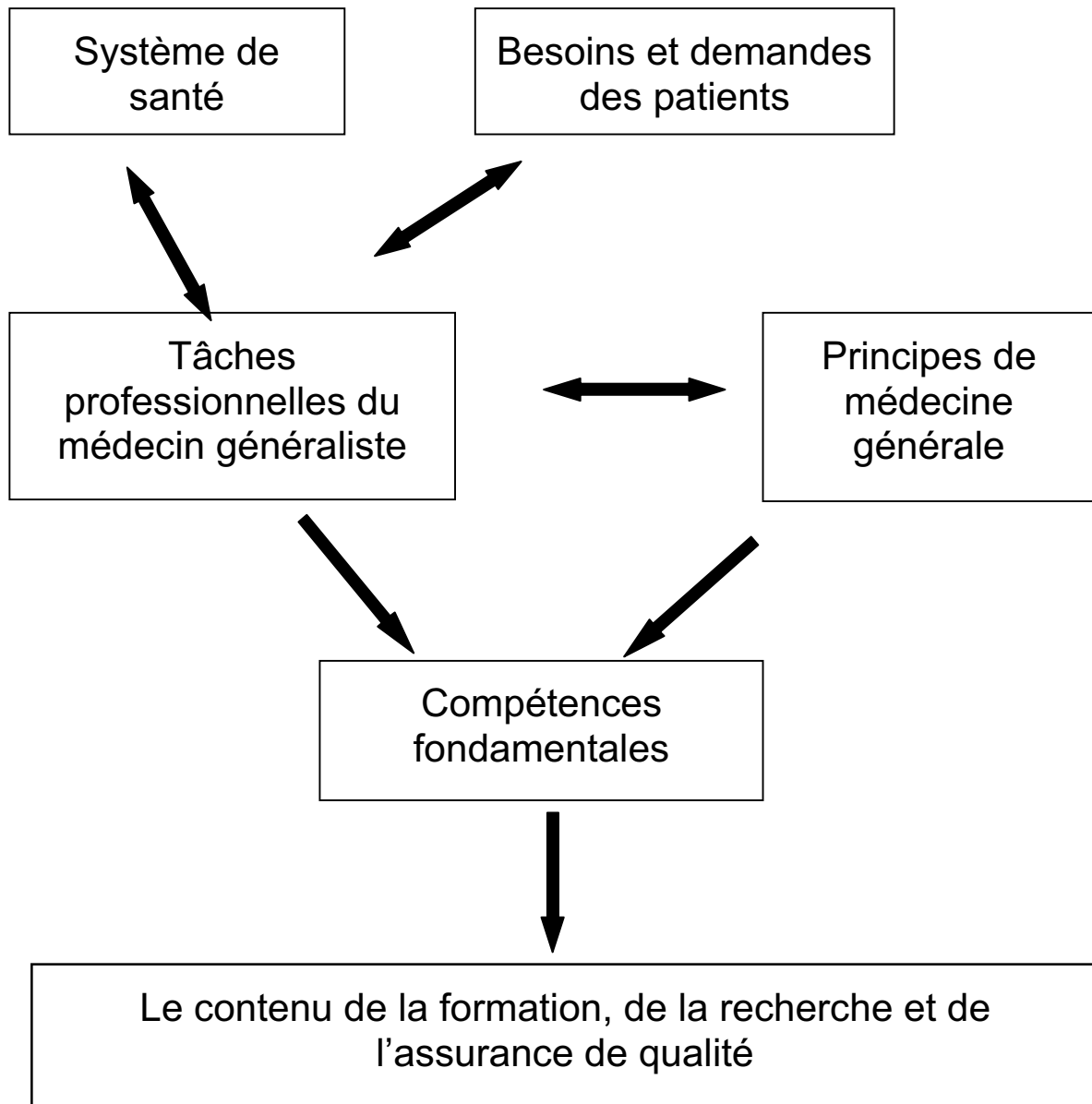
Il y a différentes approches conduisant à la production d'une nouvelle définition. La méthode utilisée par le groupe Leeuwenhorst, et plus récemment par Olesen et al⁷, était de définir les paramètres de la discipline en décrivant les types de tâches que doit accomplir un médecin généraliste – médecin de famille. Une approche alternative est d'essayer de définir les principes fondamentaux de la discipline de médecine générale - médecine de famille. Cette approche fut choisie par Gay pour une présentation faite lors de la réunion inaugurale de WONCA Europe à Strasbourg en 1995⁸ et elle fut aussi utilisée pour le développement du document cadre de l'OMS Europe.

Gay a suggéré qu'il existe une relation entre les principes et les tâches, avec quelques influences des patients et du système de santé sur les tâches requises. Cette approche conduit à la définition des compétences qui détermineront le contenu de la formation en médecine générale. Elle est représentée dans la figure 1.

Ceci indique la relation dynamique entre les principes sous-jacents de la discipline et les tâches que les médecins généralistes – médecins de famille doivent accomplir. Ces tâches sont déterminées jusqu'à un certain point par le système de soins de santé au sein duquel le médecin généraliste travaille et par les besoins changeants des patients.

Les caractéristiques décrites par l'OMS Europe peuvent aussi être considérées comme les objectifs de la médecine générale au sein du système de santé. Ces concepts introduisent des notions d'efficacité et si l'on accepte que le système de santé détermine, jusqu'à un certain point, la tâche que le médecin généraliste – médecin de famille est capable d'entreprendre, toute nouvelle définition doit prendre en considération le contexte dans lequel il travaille et doit refléter les besoins changeants des patients ainsi que les nouveautés dans les systèmes de santé.

Figure 1



Ces approches ne sont pas mutuellement exclusives et toute nouvelle définition devra prendre en compte les principes de base de la discipline, les tâches essentielles du médecin généraliste – médecin de famille au sein du système de santé et l'influence du système de santé sur l'accès à la médecine générale – médecine de famille.

Les principes de la discipline suggérés par Gay sont :

1. Une approche centrée sur le patient
2. Une orientation vers le contexte familial et communautaire
3. Un champ d'activités défini par les besoins et les demandes des patients
4. Une réponse à la majorité des problèmes de santé non-sélectionnés et complexes
5. Une démarche diagnostique orientée par la faible prévalence des maladies graves
6. Une intervention au stade précoce des maladies
7. La gestion simultanée de plaintes et pathologies multiples
8. La capacité de suivi au long cours
9. L'aptitude à la coordination des soins
10. L'efficience

Et sont en de nombreux points similaires aux caractéristiques de la médecine générale – médecine de famille décrites dans la déclaration cadre de l'OMS et qui sont :

- | | |
|--------------|--------------------------------|
| A. Générale | E. Collaboratrice |
| B. Continue | F. Orientée vers la famille |
| C. Globale | G. Orientée vers la communauté |
| D. Coordinée | |

La déclaration de l'OMS développe davantage ce que signifient ces 7 caractéristiques :

Générale :

- Pas de sélection de problèmes de santé au niveau de la population générale.
- Pas d'exclusion en fonction de l'âge, du sexe, de la race, de la religion ou d'autres catégories de problèmes de santé.
- Accès facile, sans limites géographiques, culturelles, administratives ou barrières financières.

Continue :

- Centrée sur la personne.
- Soins de santé longitudinaux, pendant une période substantielle de la vie, non-limités à un épisode de maladie.

Globale :

Des soins intégrés impliquant :

- la promotion de la santé, la prévention des maladies, les soins curatifs, de réhabilitation et de support,
- des aspects physiques, psychologiques et sociaux,
- les aspects cliniques, humains et éthiques de la relation médecin – patient.

Coordonnée :

- Gestion des soins dès le premier contact.
- Renvoi vers les services spécialisés.
- Information aux patients sur les services disponibles.
- Gestion et coordination des soins.

Collaboratrice :

- Travailler en équipes multidisciplinaires.
- Déléguer les soins quand cela est approprié.
- Assurer le leadership.

Orientée vers la famille :

S'adressant aux problèmes individuels dans le contexte :

- des circonstances familiales,
- des réseaux sociaux et culturels,
- des circonstances liées à l'emploi et au lieu de vie.

Orientée vers la communauté :

Considérant les problèmes individuels dans un contexte qui prend en compte :

- les besoins en soins de santé de la communauté,
- les autres professionnels et les organisations.

En 1991 dans sa déclaration sur le rôle du médecin généraliste - médecin de famille au sein des systèmes de soins de santé⁹, la WONCA a produit une définition du rôle du médecin généraliste - médecin de famille et l'a liée aux particularités de la médecine générale - médecine de famille qui y sont décrites par catégories d'engagements et de spécifications.

La déclaration de WONCA de 1991 inclut les items suivants :

- Des soins globaux
- Orientation vers le patient
- Centré sur la famille
- Relation médecin/patient
- Coordination avec d'autres services
- Fonction de défense du patient (advocacy)
- Gestion de l'accessibilité et des ressources

Le chevauchement est grand entre les caractéristiques décrites dans le document de l'OMS, les "spécifications" du document de la WONCA et les principes définis par Gay. Ceci peut être démontré en croisant les données dans le tableau ci-dessous :

OMS 1998	WONCA 1991	“Principes” décrits par Gay
Générale	Soins globaux	3. Champ d’activités déterminé par les besoins et les demandes du patient 4. Réponse à la majorité des problèmes de santé non-sélectionnés et complexes
Continue	Orienté vers le patient	1. Approche centrée sur le patient 8. Capacité de suivi au long cours
Globale	Soins globaux	3. Champ d’activités déterminé par les besoins et les demandes du patient 4. Réponse à la majorité des problèmes de santé non-sélectionnés et complexes
Coordonnée	Coordination avec d’autres services	9. Aptitude à la coordination des soins
Collaboratrice	Coordination avec d’autres services	9. Aptitude à la coordination des soins
Orientée vers la famille	Centré vers la famille	2. Orientation vers le contexte familial et communautaire
Orientée vers la communauté	Engagements dans la communauté	2. Orientation vers le contexte familial et communautaire

Toutefois, il existe des différences intéressantes. Les rubriques décrites par l’OMS et la WONCA se préoccupent d’activités professionnelles liées au système de santé et non pas de la discipline en tant qu’activité médicale avec un processus spécifique. En effet, les 3 caractéristiques suivantes concernent la discipline et ne sont pas vraiment intégrées aux caractéristiques décrites par l’OMS et WONCA.

“Une démarche diagnostique orientée par la faible prévalence des maladies graves”, “Une intervention au stade précoce des maladies”, et “la gestion simultanée de plaintes et de pathologies multiples” font partie de la présentation de Gay et sont inclus dans “les soins globaux” du document WONCA, mais ne sont pas couverts par les caractéristiques de l’OMS. Il s’agit d’un aspect crucial de la médecine générale – c’est une discipline qui s’intéresse aux personnes (contrairement à une approche basée sur les organes et/ou les

pathologies), et qui est orientée vers la normalité (contrairement à l'orientation vers l'anormal des soins de seconde ligne). Cependant, les médecins généralistes – médecins de famille rencontreront et devront aussi gérer les maladies graves et non-différenciées à un stade précoce. Les médecins généralistes assurent également le suivi de malades atteints d'affections graves jusqu'à la fin de la vie de ceux-ci. La déclaration de la WONCA insiste aussi sur le fait que l'incidence des maladies et les modes de présentation de celles-ci sont très différents dans le cadre des soins primaires par rapport au cadre hospitalier, où ils sont habituellement enseignés.

Le cadre de l'OMS ne se penche pas en détails sur ce qui doit être considéré comme la pierre angulaire de la médecine générale - médecine de famille, **la consultation individuelle** entre le patient et le médecin généraliste – médecin de famille. Gay a proposé un modèle théorique de la médecine générale : un **modèle global**, ouvert sur l'extérieur, qui considère la maladie comme la résultante de facteurs organiques, humains et environnementaux. Ce concept, dans lequel la santé est un phénomène complexe, est comparable au modèle biopsychosocial d'Engel : c'est un modèle holistique.

La consultation est incluse dans la déclaration de la WONCA qui décrit également le besoin d'exprimer la définition des problèmes des patients en termes biomédicaux et humains ; c'est-à-dire en termes physiques, psychologiques et sociaux. Cette réflexion trouve son origine dans le rapport d'un groupe de travail du *Royal College of General Practitioners* (RCGP)¹⁰, et le concept est tellement ancré dans la pensée de la discipline qu'il y a un risque qu'il soit pris pour acquis.

L'efficience est un autre élément qui figure dans la déclaration de Gay et qui ne figure pas spécifiquement parmi les caractéristiques reprises par l'OMS. Ceci fait sans doute référence au rapport coût/efficacité qui est accepté comme une particularité des systèmes de soins de santé bien développés. La déclaration de la WONCA développe plus largement cette idée en suggérant que le médecin généraliste – médecin de famille a un rôle dans la gestion des ressources des systèmes de soins de santé.

L'interrelation qui existe entre les principes qui définissent la discipline et qui furent décrits précédemment ainsi que les différentes descriptions des rôles, peuvent être analysés en détails (voir annexe 1). La définition originale de Leeuwenhorst semble avoir un avantage sur les autres car

elle a résisté au temps et est généralement acceptée. Elle s'inscrit dans un contexte temporel spécifique alors que la médecine générale était une nouvelle discipline avec des bases de recherche et de formation peu développées. Elle était considérée comme une branche de la profession médicale dont il fallait se contenter si l'on n'avait pas la capacité de faire mieux. La définition de Leeuwenhorst se base, tout au moins en partie, sur la définition produite en 1972¹⁰ par un groupe de travail du *Royal College of General Practitioners*, qui a aussi inspiré la définition de la WONCA. Cette définition couvre de nombreuses caractéristiques décrites plus tard dans le cadre de l'OMS mais elles sont placées dans le contexte du travail journalier en médecine générale. Toutefois, elle n'est pas suffisante en soi pour être la définition unique et n'est pas exhaustive. Par exemple, les soins curatifs, de réhabilitation et de support ne sont pas mentionnés spécifiquement.

Olesen et al. ont déclaré que la définition originale Leeuwenhorst était dépassée et qu'elle ne reflétait plus la réalité de la médecine générale actuelle. Toutefois, il semble que le mécontentement exprimé par Olesen et al. est dû au fait qu'un grand nombre de ceux qui se considèrent comme des médecins généralistes – médecins de famille travaillent au sein de systèmes de soins de santé qui ne permettent pas de se conformer à toutes les caractéristiques. Donc, ils perdent certaines particularités que beaucoup considèrent comme primordiales du travail du médecin généraliste – médecin de famille, plus particulièrement le concept du cadre communautaire de la discipline et la continuité des soins dans la durée. Pour confirmer leur point de vue, ils citent des exemples comme celui des médecins généralistes – médecins de famille qui travaillent dans des services d'urgence.

Les deux définitions produites successivement, celle de la WONCA en 1991 et d'Olesen en 2000, semblent avoir leurs racines dans la définition de Leeuwenhorst. La déclaration de la WONCA en 1991 semble donner plus de pertinence à différents systèmes de santé et incorpore, comme cela a été décrit, des descripteurs de la discipline. Dans la section concernant le processus de prise de décisions cliniques, elle décrit la présentation précoce de problèmes cliniques non différenciés, le grand nombre de problèmes qui ne s'accommodent pas d'un diagnostic biomédical standard et les prévalences différentes des maladies au sein de la pratique de la médecine générale en comparaison avec un cadre de médecine de seconde ligne.

Pour caractériser le système de santé, le modèle présenté dans la figure 2 est généralement accepté¹¹. En se référant à la définition de la

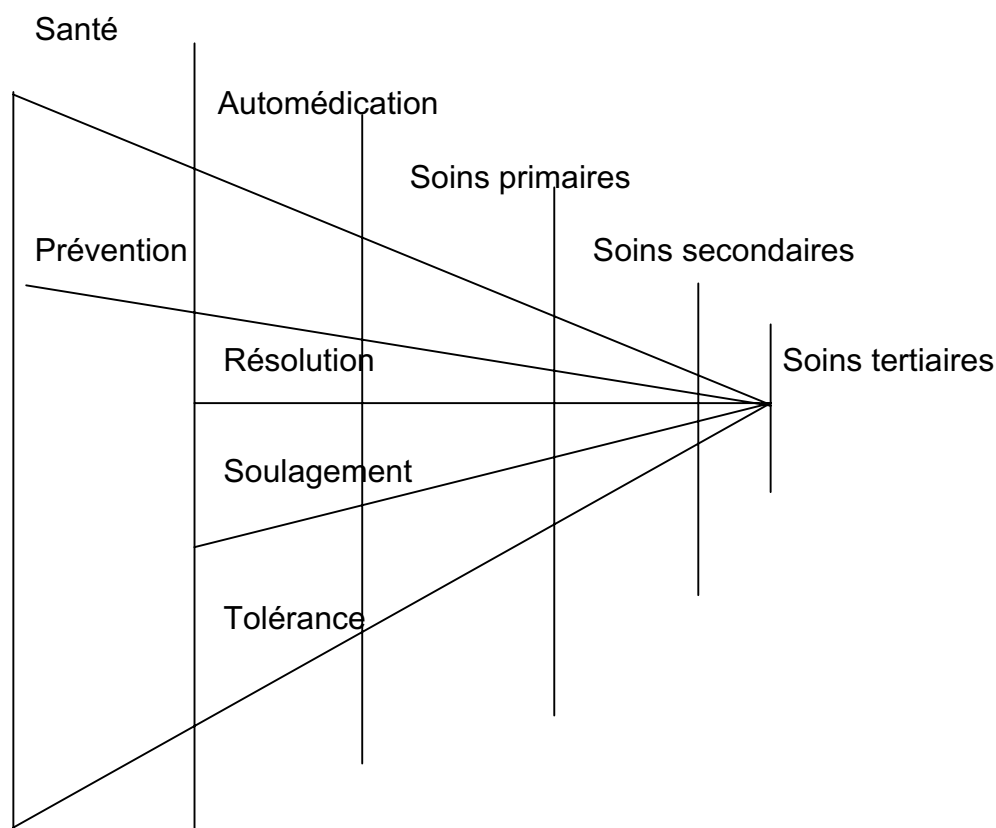
médecine de soins primaires utilisée dans l'introduction – “le cadre du système de santé qui est, généralement, la communauté à laquelle le patient appartient et où s'établit le premier contact avec un professionnel de la santé” – il faut considérer le contexte dans lequel travaille le médecin généraliste – médecin de famille. Les interfaces entre automédication, soins primaires, soins secondaires et soins tertiaires et les interactions entre les différents prestataires de soins de santé sont des points importants à prendre en considération.

Olesen et al. ont déclaré que la définition originale Leeuwenhorst est dépassée et qu'elle ne reflète plus la réalité de la médecine générale actuelle. Toutefois, il semble que le mécontentement exprimé par Olesen et al. est dû au fait qu'un grand nombre de ceux qui se considèrent comme des médecins de famille travaillent au sein de systèmes de soins de santé qui ne permettent pas de se conformer à toutes les caractéristiques. Donc, ils perdent certaines particularités que beaucoup considèrent comme primordiales du travail du médecin de famille, plus particulièrement la perte du concept du cadre communautaire de la discipline et la continuité des soins dans la durée. Pour confirmer leur point de vue, ils citent des exemples comme celui des médecins de famille qui travaillent dans des services d'urgence.

Les deux définitions produites successivement, celle de la WONCA en 1991 et d'Olesen en 2000, semblent avoir leurs racines dans la définition de Leeuwenhorst. La déclaration de la WONCA en 1991 semble donner plus de pertinence à différents systèmes de santé et incorpore, comme cela a été décrit, des descripteurs de la discipline. Dans la section concernant le processus de prise de décisions cliniques, elle décrit la présentation précoce de problèmes cliniques non-différenciés, le grand nombre de problèmes qui ne s'accommodent pas d'un diagnostic biomédical standard et des différentes prévalences de maladies au sein de la pratique de la médecine générale en comparaison avec un cadre de médecine de seconde ligne.

Pour caractériser le système de santé, le modèle présenté dans la figure 2 est généralement accepté¹¹. En se référant à la définition de la médecine de première ligne utilisée dans l'introduction – “le cadre du système de santé qui est, généralement, la communauté à laquelle le patient appartient et où s'établit le premier contact avec un professionnel de la santé” – il faut considérer le contexte dans lequel travaille le médecin de famille. Les interfaces entre auto-traitement, la médecine de première, de seconde et de troisième ligne et les interactions entre les différents fournisseurs de soins de santé sont des points importants à prendre en considération.

Figure 2



Il existe un certain nombre de modèles de systèmes de santé en Europe, avec certaines différences au niveau de la patientèle des médecins généralistes – médecins de famille. Un nombre croissant de professionnels de la santé travaillent au niveau des soins primaires. Les contextes dans lesquels travaillent ces médecins sont très différents, mais les principes sous-jacents de la discipline devraient demeurer. Evidemment, certains systèmes de santé ne sont peut-être pas les plus favorables à la bonne pratique de la médecine générale – médecine de famille, et, malgré le fait que ces systèmes ne soient pas très sensibles aux changements, il ne faut pas avoir peur d'exprimer des propositions de modèles idéaux de systèmes de santé qui soient susceptibles de fournir les meilleurs résultats à moindre coût. Il s'agit de systèmes basés sur une médecine générale – médecine de famille de haute qualité. C'était une des principales avancées du document cadre de l'OMS.

La tâche est de définir ce qui est l'activité unique des médecins généralistes – médecins de famille cliniciens. Au travers de leurs activités en médecine préventive et en éducation pour la santé, ils ont une influence sur l'automédication. Dans certains systèmes de santé, ils

influencent la distribution des soins secondaires et tertiaires et leur rôle de coordinateur peut faciliter l'accès approprié à ces services. Dans d'autres cas, des spécialités pointues peuvent aussi être disponibles dans un cadre de soins primaires, souvent en s'occupant de problèmes qui, dans d'autres pays, seraient pris en charge par la médecine générale – médecine de famille. Dans certains systèmes de santé, les médecins généralistes – médecins de famille travaillant avant tout au niveau des soins primaires auront un rôle limité au niveau des soins secondaires.

DISCUSSION

Est-il possible de combiner toutes ces déclarations et définitions différentes? Est-il besoin d'une nouvelle définition ? Devrait-elle être une description de la tâche/du rôle du médecin généraliste - médecin de famille ou des caractéristiques de la discipline? Ceci fut débattu lors d'un atelier organisé dans le cadre de la Conférence de WONCA Europe qui s'est tenue en 2001 à Tampere en Finlande. Une majorité substantielle a exprimé le souhait de l'élaboration d'une nouvelle définition qui donnerait à la fois une description des tâches et des principes de la discipline.

De nombreuses similitudes existent entre les déclarations des principes qui définissent la discipline médecine générale, et les descriptions des tâches du médecin généraliste, mais il existe aussi des différences significatives. Comme cela a été démontré, les définitions existantes ne sont pas exhaustives et ceci est peut-être dû aux différentes interprétations. Aucune de ces définitions en tant que telles n'englobe toutes les particularités de la discipline de la médecine générale. Il y a donc un besoin de synthèse des différentes déclarations prises en considération jusqu'ici afin d'examiner les différences, de combler les lacunes et d'assurer l'exhaustivité.

La plupart des inquiétudes concernant la définition de Leeuwenhorst exprimées dans leur publication par Olesen et al semblent dues à son interprétation en termes absolus. Par exemple, que signifie « soins personnels » ? S'agit-il des soins prodigués par le même médecin à chaque consultation ? Si ce n'est pas le cas, quelles sont les conditions qui rendent acceptable l'intervention d'un assistant – par exemple en dehors des heures de consultation ? Est-il question de soigner des personnes plutôt que des pathologies – ou de soins centrés sur le patient dont parlent Gay et l'OMS ? L'atelier de Tampere a également donné un avis à ce sujet ; très peu de participants soutenaient l'idée que

le médecin généraliste - médecin de famille doit fournir des soins personnels 24 heures sur 24, mais une majorité substantielle a exprimé son accord sur la continuité des soins personnels.

Dans la définition proposée ici, un certain nombre de points doivent être développés. L'interaction unique qui lie le médecin de famille et le patient au moment de la consultation mérite une analyse complémentaire. McWhinney¹² l'a décrite comme un pacte qui a ses propres effets thérapeutiques. La relation qui existe en médecine générale entre le médecin et le patient a poussé Balint¹³ à utiliser l'expression « **le médecin médicament** ». Utiliser l'interaction de la consultation comme outil thérapeutique doit être considéré comme une particularité spécifique à la médecine générale et doit être développé dans le cadre de la formation. Pereira-Gray¹⁴ a développé le sujet de **la continuité et l'utilisation du temps** en considérant que les consultations séparées entre le médecin généraliste - médecin de famille et le patient au fil du temps forment un continuum. Il déclarait qu'en moyenne un citoyen britannique consulte son médecin généraliste - médecin de famille cinq fois par an, ce qui équivaut à 47 minutes par an de temps cumulé.

Un domaine qui a vu son importance s'accroître ces dernières années est le concept de **l'autonomie** du patient et, lié à celui-ci, le rôle du médecin généraliste – médecin de famille dans le développement de l'expertise du patient à gérer ses maladies et donc à contribuer au traitement en changeant son comportement. Il est probable que son importance va augmenter car les patients sont mieux informés grâce à des systèmes d'information variés et accessibles, comme l'Internet.

Le rôle d'assistance, de défense du patient figure uniquement dans la déclaration de WONCA, mais il apparaissait également dans les documents préparatoires de l'OMS. Ce rôle est décrit comme une aide au patient pour l'encourager à prendre une part active dans le processus de prise de décisions cliniques et à travailler avec le gouvernement et d'autres autorités compétentes afin de maximaliser une distribution équitable des services à tous les membres de la société. Il semble qu'il y ait une fonction supplémentaire pour le médecin généraliste – médecin de famille qui consiste à aider les patients à s'y retrouver dans le dédale des systèmes de santé pour accéder aux soins secondaires ou tertiaires.

L'épidémiologie en médecine générale est essentiellement différente de celle des soins secondaires. Les maladies courantes se découvrent tôt et de manière indifférenciée. Plusieurs problèmes mineurs et auto-limités ne sont observés seulement ou de façon prédominante que dans le cadre de soins primaires. La médecine générale – médecine de famille gère la plupart des soins continus associés aux maladies chroniques. De nombreuses consultations servent à calmer l'anxiété liée aux maladies possibles du patient qui ne présente aucune pathologie : c'est l'orientation vers la **normalité en soins primaires**. Ce concept est complexe et couvre un grand nombre de sujets. Il englobe la promotion et l'éducation pour la santé, ainsi que la probabilité qu'un grand nombre de problèmes présentés soient sans fondement pathologique. En même temps, les médecins généralistes doivent diagnostiquer et gérer des maladies graves dont l'incidence est différente de celles des soins secondaires ou tertiaires. Ils doivent utiliser leurs capacités à résoudre des problèmes pour sortir de ce dilemme. C'est une tâche extrêmement complexe qui demande un processus spécifique de prise de décisions, basé sur la faible incidence de maladies graves et sur le fait que la valeur prédictive positive des symptômes, des signes et des tests diagnostiques est différente en soins primaires. **Pour un grand nombre de conditions, cette valeur est inférieure à celle obtenue dans un cadre hospitalier.** L'angoisse ressentie par le patient est souvent liée à une cause non biomédicale et il est important de savoir arrêter les investigations, tout en continuant les soins. Il faut également protéger le patient contre une médicalisation excessive, en **évitant, si nécessaire, des tests, des dépistages, et des traitements superflus.**

McWhinney¹⁵ insistait sur le **modèle des processus biologiques**, centré sur les organes, qui décrit le comportement particulier de l'organisme influencé par l'histoire, le contexte et l'environnement. Cette approche demande de la part du médecin généraliste - médecin de famille une recherche de la **complexité** et une acceptation de **l'incertitude**. McWhinney soulignait le fait que de toutes les disciplines cliniques, la médecine générale opère au plus haut niveau de complexité et donc d'incertitude. Dans sa présentation, il accentuait certains sujets déjà abordés – les relations, l'orientation vers l'individu, et le dualisme entre le corps et l'esprit (physique, psychologique et social).

A une époque caractérisée par le consumérisme et la gestion des performances, il y a une attente pour que les médecins généralistes – médecins de famille maintiennent leurs compétences grâce à **une formation continue**, et que celles-ci soient démontrées au travers d'une assurance de qualité. Certains systèmes de santé imposent la

recertification périodique. D'autres changements sociétaux modifieront l'opinion des consommateurs concernant les prestations de soins de santé et le médecin généraliste devra s'adapter pour pouvoir répondre à ces changements. Cette flexibilité devra s'accommoder des changements rapides du domaine bio-médical, qui couvre pour le généraliste clinicien tout le spectre de la gestion des maladies.

Une augmentation des voyages et de l'immigration peut être la source de changements rapides au niveau de la répartition de la santé et des maladies. Ceci comporte de nouveaux défis pour les médecins généralistes – médecins de famille et entraîne un changement au niveau de l'épidémiologie de la médecine générale. Le médecin généraliste a besoin d'une plus grande compréhension des différences culturelles, ethniques et religieuses, de leurs impacts sur les maladies et la santé ainsi que de leurs implications au niveau du traitement.

Il y a également le développement d'une nouvelle fonction liée à **la gestion des ressources**. Avec les coûts croissants des soins de santé, le généraliste clinicien en relation avec son patient détient une position unique dans la détermination des priorités des allocations en soins de santé. Les médecins généralistes – médecins de famille doivent aussi être conscients de leur rôle dans la promotion de la pratique efficiente de la médecine, non seulement dans leurs activités mais également dans celles de leurs collègues. Un certain conflit peut exister entre les besoins d'un patient et ceux de la communauté. Le médecin doit en être conscient, effectuer un choix approprié et le communiquer à son patient.

Un domaine qui n'est pas spécifiquement abordé dans les autres définitions, est le concept des **aptitudes à haut risque ou à utilisation fréquente**. Les aptitudes à utilisation fréquente sont celles qui sont utilisées couramment en médecine générale car elles sont requises régulièrement, comme par exemple l'examen d'un enfant, la connaissance de l'histoire du patient dans un temps limité, l'examen ORL, etc. Les aptitudes à haut risque sont requises lors de situations que le médecin généraliste rencontre peu fréquemment et où il existe un risque majeur pour le patient, tel que la réanimation cardio-vasculaire, un patient convulsant ou un patient agressif ou dangereux.

Enfin, il doit être clair que le processus de formation doit préparer le médecin généraliste – médecin de famille à une démarche clinique très différente qui n'est pas essentiellement de nature mécaniciste ou technique, ce qui est la voie prédominante dans les écoles de médecine à travers le monde.

Une déclaration qui fasse autorité est nécessaire pour définir la discipline de médecine générale - médecine de famille, les tâches du médecin généraliste, et lié à celles-ci, au moins au sens large, le contexte du système de santé.

La déclaration doit définir :

- 1) Les éléments essentiels de la discipline qui la définissent et qui ne dépendent pas du système de santé.
- 2) Les tâches professionnelles qui sont généralement applicables mais qui peuvent varier selon le contexte. Un exemple est le recours aux soins secondaires, ce qui est un élément essentiel pour lequel le rôle d'intermédiaire obligatoire du médecin généraliste est variable.
- 3) Les tâches professionnelles qui, en raison de différences contextuelles, ne sont généralement pas applicables, cette situation étant jugée insatisfaisante (par exemple, la charge des patients de tous âges, y compris les enfants par le médecin généraliste, qui n'est pas possible dans des systèmes de santé particuliers). Il faut alors suggérer que le système de santé opère des changements afin de maximiser les bénéfices au niveau des résultats de santé pour le patient, et au niveau de la rentabilité des soins pour la société.

Ceci amène à de nouvelles définitions, ou tout au moins, à des définitions révisées : une définition des caractéristiques, ou des principes de la discipline de la médecine de famille **ET** une définition du rôle des médecins généralistes – médecins de famille, référée au système de santé dans lequel ils travaillent.

LA DÉFINITION EUROPÉENNE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE EN 2002

LA DISCIPLINE MÉDECINE GÉNÉRALE – MÉDECINE DE FAMILLE

La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

1. Les caractéristiques de la discipline médecine générale – médecine de famille sont les suivantes :

- a) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- b) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- c) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelle, familiale, et communautaire.
- d) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- e) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- f) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- g) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.

- h) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- i) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- j) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- k) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

2. La spécialité médecine générale – médecine de famille :

Les médecins généralistes-médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou fait appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.

REFERENCES

1. The General Practitioner In Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice, Leeuwenhorst, Netherlands 1974
2. Framework for Professional and Administrative Development of General Practice / Médecine de famille in Europe, WHO Europe, Copenhagen, 1998
3. Van Weel C. The Impact of Science on the Future of Medicine :RCGP Spring Meeting, 2001
4. Council Directive 93/16/EEC to facilitate the free movement of médecins and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications; Official Journal of the European Communauté, 165: 7/7/93
5. Proceedings UEMO Consensus Conference on Specific Training for General Practice. UEMO. Published by The Danish Medical Association. Copenhagen 1995
6. Report and Recommendations on the Review of Specific Training in General Medical Practice: Advisory Committee on Medical Training (to the European Commission), XV/E/8433/95-EN October 1995
7. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice-time for a new definition BMJ 2000; 320,354-357
8. Gay Bernard, What are the basic principles to define general practice, Presentation to Inaugural Meeting of European Society of General Practice/Médecine de famille, Strasbourg, 1995
9. The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems: a statement from WONCA, 1991
10. The Future General Practitioner – Learning and Teaching: London; RCGP, 1972
11. The Nature of General Medical Practice – Report from General Practice 27: London; RCGP 1996
12. McWhinney Ian R, Primary care core values: core values in a changing world, BMJ, 1998, 317 (7147), 1807-1809
13. Balint M. The Médecin, his Patient and the Illness: Pitman Medical; London, 1964
14. Pereira-Gray D, Forty-seven minutes a year for the patient, British Journal of General Practice 1998; 48 (437): 1816-1817
15. McWhinney Ian R The importance of being different. British Journal of General Practice, 1996, 46, 433-436

6. REVUE ACADEMIQUE ET ANALYSE : LES COMPETENCES DE BASE:

§ 1 Préambule

1.1 La description des compétences est le résultat d'un processus hiérarchique. Les tâches professionnelles du spécialiste en médecine générale découlent des principes de la discipline de médecine générale, et de ces tâches sont extraites les compétences principales.

1.2 Définir les tâches et les compétences professionnelles principales implique qu'il y ait également des éléments non-essentiels. La plupart du temps, ceux-ci sont liés aux différences observées entre les systèmes de santé et la société dans laquelle le médecin généraliste pratique la médecine. L'Europe a plusieurs types de systèmes de santé ainsi que diverses situations professionnelles dans lesquelles des médecins travaillent. Il existe des différences fondamentales au niveau culturel (y compris au niveau religieux) et politique entre les sociétés et les populations au sein desquelles se retrouvent des médecins généralistes. Ceci peut amener une variation dans la description du travail. La médecine générale est une discipline clinique qui, plus que tout autre, dépend des différences sociétales. Le médecin généraliste est le médiateur entre la société et la médecine.

1.3 Les compétences peuvent être définies comme étant les capacités du médecin généraliste à accomplir avec succès une série de tâches observables, indépendamment du travail¹ habituel. Donc, la compétence peut être assimilée à la capacité d'un individu à réagir au niveau requis dans toutes situations. Dans la pyramide de Miller, le niveau "savoir" (information de base), le niveau "savoir comment" (capacité d'appliquer les connaissances) et "montrer" (capacité à démontrer) sont liés au concept de la compétence.

La performance peut être décrite comme étant ce que le médecin réalise au niveau clinique et au niveau de la communication avec les patients de manière journalière ; la performance est liée au niveau "faire" de Miller. Ceci est considéré comme extrêmement dépendant des conditions et des besoins en soins de santé existants, des possibilités structurelles et financières, des possibilités de soutien à la pratique médicale.

L'application large au niveau européen oblige à limiter ce document aux compétences principales de la médecine générale/médecine de famille. Les compétences forment donc un modèle théorique ou un cadre. Les compétences de terrain peuvent différer de celles-ci.

§ 2 Des principes de base de la médecine générale / médecine de famille aux compétences fondamentales

Les onze caractéristiques de la discipline correspondent à onze capacités ou habiletés que chaque spécialiste de la médecine de famille devrait maîtriser. Elles peuvent être regroupées en six catégories de compétences fondamentales indépendantes. Chaque catégorie est décrite par ses aspects principaux :

1. Les soins de première ligne comportent la capacité à :
 - gérer le premier contact avec les patients, la prise en charge de problèmes non-sélectionnés ;
 - couvrir un large éventail de problèmes de santé;
 - coordonner les soins avec d'autres professionnels des soins primaires ou d'autres spécialistes ;
 - maîtriser l'aspect efficace et approprié de la prestation des soins et de l'utilisation des services de santé ;
 - rendre accessible aux patients les services adéquats du système de santé ;
 - se placer en défenseur du patient.

2. Les soins centrés sur la personne comportent la capacité à :
 - adopter une approche centrée sur la personne lors de la prise en charge des patients et de leurs problèmes en tenant compte du contexte personnel du patient ;
 - utiliser la consultation pour obtenir une bonne relation médecin-patient, tout en respectant l'autonomie du patient ;
 - communiquer, définir des priorités et travailler en partenariat ;
 - fournir des soins continus dans la durée selon les besoins du patient, en se référant à une gestion coordonnée et continue des soins.

3. Le processus décisionnel pour résoudre des problèmes comporte la capacité à :
 - associer les processus décisionnels spécifiques à l'incidence et la prévalence des maladies en soins primaires ;
 - recueillir sélectivement et interpréter les informations acquises par l'anamnèse, l'examen physique et les investigations et les impliquer dans les stratégies élaborées avec le patient ;
 - adopter des principes de travail appropriés, comme par exemple une approche par étapes, qui utilise le temps comme outil et qui tolère l'incertitude ;
 - intervenir dans l'urgence en cas de nécessité ;
 - gérer des situations au stade précoce et indifférencié ;
 - faire un usage efficace et efficient des interventions diagnostiques et thérapeutiques .

4. L'approche globale comporte la capacité à :
 - gérer simultanément des plaintes et des pathologies multiples, des problèmes de santé aigus et chroniques chez un patient donné ;
 - promouvoir l'éducation pour la santé en utilisant des stratégies appropriées de promotion de la santé et de prévention des maladies ;
 - gérer et coordonner la promotion de la santé, la prévention, les traitements, y compris les soins palliatifs et de réhabilitation.

5. L'orientation communautaire comporte la capacité à :
 - réconcilier les besoins en soins médicaux des patients individuels avec les besoins en soins médicaux de la communauté dans laquelle ils vivent et cela en équilibre avec les ressources disponibles.

6. L'adoption d'un modèle holistique comporte la capacité à :
 - utiliser un modèle biopsychosocial qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles.

§ 3 Trois domaines d'application

Pour exercer la spécialisation, le médecin compétent applique les compétences suivantes dans trois champs d'activité¹⁻³ :

a. La démarche clinique :

- gérer un large éventail de plaintes, de problèmes et de maladies selon leur mode de présentation ;
- maîtriser la gestion à long-terme et le suivi ;
- équilibrer efficacement les preuves scientifiques et l'expérience clinique.

b. La communication avec le patient:

- structurer la consultation ;
- fournir des informations qui seront aisément comprises et expliquer les investigations et leurs résultats ;
- comprendre et gérer différentes émotions de façon adéquate.

c. La gestion du cabinet médical :

- assurer une accessibilité et une disponibilité appropriées aux patients ;
- organiser, équiper et gérer les finances du cabinet efficacement et collaborer avec l'équipe du cabinet ;
- coopérer avec d'autres professionnels en soins primaires ainsi qu'avec d'autres spécialistes.

§ 4 Dimensions spécifiques de la discipline

Trois dimensions sont essentielles à une discipline scientifique centrée sur la personne : le contexte, le comportement et la science.⁴⁻⁸

ASPECTS CONTEXTUELS

- Utiliser les aspects contextuels du patient, son histoire, sa situation, son origine sociale pour établir un diagnostic, pour prendre des décisions et pour établir une stratégie de soins.
- Montrer un intérêt personnel envers le patient et son environnement et être conscient des conséquences possibles de la maladie du patient sur les membres de sa famille et sur son environnement, y compris professionnel.

ASPECTS COMPORTEMENTAUX

- Être conscient de ses propres capacités et valeurs.
- Identifier les aspects éthiques de la pratique clinique (prévention, diagnostic, traitement, facteurs influençant le style de vie).
- Justifier et clarifier l'éthique personnelle.
- Être conscient de l'interaction mutuelle entre le travail et la vie privée et s'efforcer de garder un bon équilibre entre les deux.

ASPECTS SCIENTIFIQUES

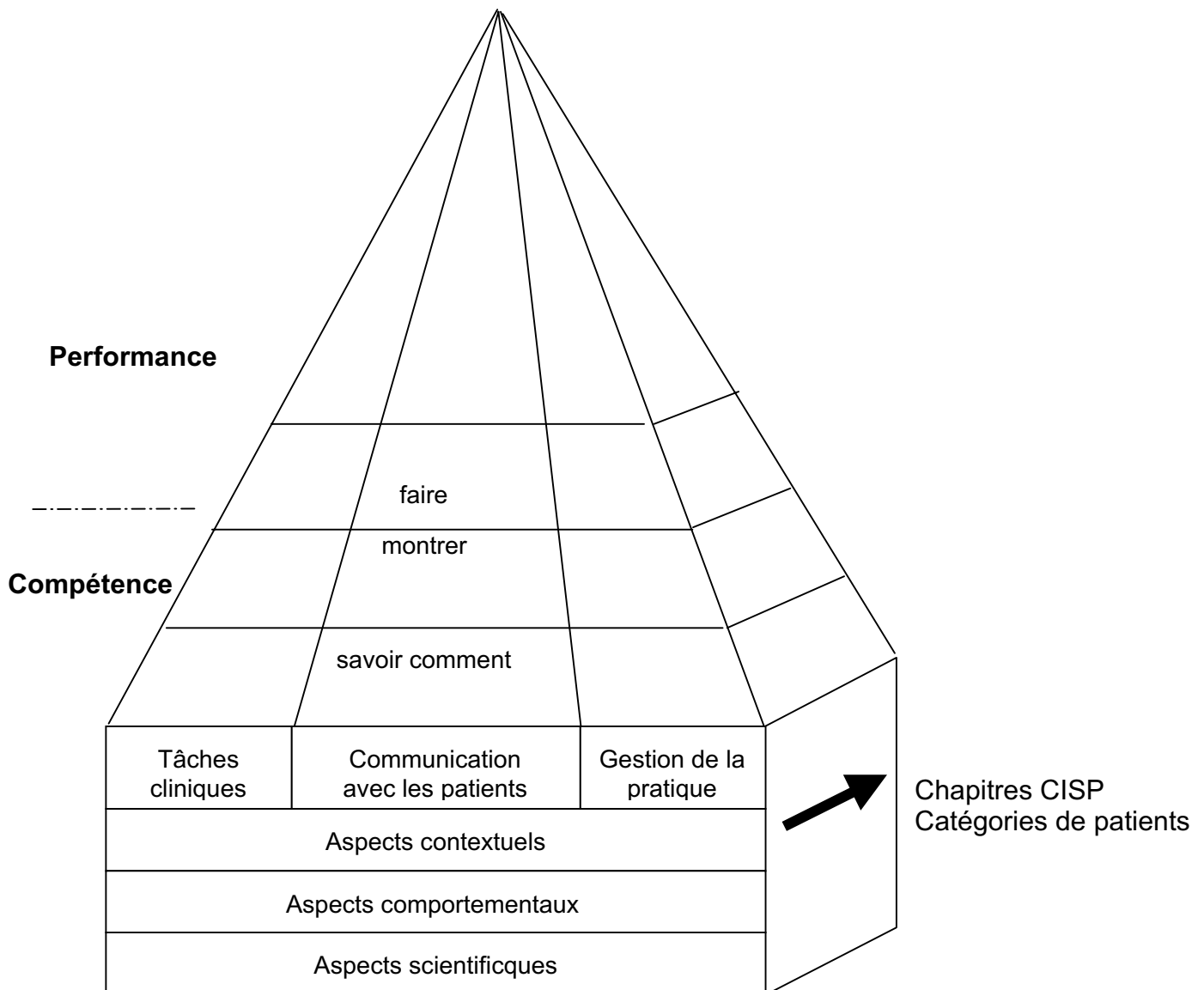
- Avoir connaissance des principes généraux, des méthodes, des concepts de la recherche scientifique, des principes fondamentaux de la statistique (incidence, prévalence, valeurs prédictives, etc.).
- Avoir une connaissance approfondie des bases scientifiques de la pathologie, des symptômes et des diagnostics, des traitements et des soins préventifs, des pronostics, de l'épidémiologie, de l'analyse décisionnelle, des théories de formulation d'hypothèses et de résolution de problèmes.
- Avoir accès à la littérature médicale, avoir la capacité de la lire et de l'évaluer d'une façon critique.
- Développer la formation continue et l'amélioration de la qualité de manière durable.

§ 5 L'interrelation entre les compétences : une représentation graphique

L'interrelation entre les compétences, les domaines de mise en œuvre, et les particularités fondamentales caractérise la discipline et souligne la complexité de la spécialité.

Plusieurs modèles ont été utilisés pour visualiser les interrelations entre les compétences fondamentales : le triangle de Miller, le cube de Fabb et le modèle structure-processus-résultat de Donabedian. Les recherches de Ram et al. se penchent sur ces concepts^{2,3} (voir figure 1).

Figure 1 : l'interrelation entre les compétences.



Le vaste domaine que représente la médecine générale est subdivisé en trois champs d'activités principaux qui figurent sur un seul axe : les tâches cliniques, la communication avec le patient et la gestion du cabinet médical (voir §3).

La Classification Internationale des Soins Primaires (CISP)⁹ peut-être utilisée pour les maladies et les plaintes des patients. Ces aspects et les catégories de patients sont représentés sur le deuxième axe.

Le troisième axe du modèle reflète les développements actuels, tant au niveau théorique que de l'expertise médicale, de la compétence (CONNAIT / SAIT FAIRE / MONTRE) à la performance (FAIT). La pointe de la pyramide, le niveau de performance, représente la performance clinique et de communication, ainsi que la gestion quotidienne du cabinet médical.

Le modèle de Donabedian est également représenté dans cette pyramide. Les structures (organisation et gestion du cabinet) et les processus (communication avec les patients et réalisation clinique) sont inclus dans l'axe horizontal. Les résultats au niveau des patients (les paramètres associés aux maladies et la qualité de vie) peuvent être interprétés comme étant les résultats de l'interaction dynamique entre les trois axes.

La médecine générale étant une discipline scientifique centrée sur la personne, trois dimensions spécifiques forment la base de la pyramide : les aspects contextuels, comportementaux et scientifiques (voir §4). Le professionnel centré sur l'individu utilise le contexte du patient dans le processus décisionnel. Bien que la communication avec les patients inclut la dimension comportementale, spécifier le comportement comme compétence à part entière de la discipline permet d'y intégrer les aspects comportementaux du professionnel. La formation en médecine générale requiert un effort académique qui comprend une approche implicitement basée sur des preuves, ainsi qu'un esprit scientifique qui doit imprégner toutes les tâches professionnelles.

La figure illustre ces interférences complexes qui existent entre les compétences fondamentales. C'est cette complexité qui doit guider le développement de plans de formation, de recherche et de l'amélioration de la qualité.

REFERENCES

1. Ram P, van der Vleuten CPM, Rethans JJ, Grol R, Aretz K. Assessment of practicing family physicians in a multiple-station examination using standardised patients with observation of consultation in daily practice. *Acad Med* 1999;74:62-9.
2. Ram P. Comprehensive assessment of general practitioners. A study on validity, reliability and feasibility. Thesis 1998, Maastricht University.
3. Van den Hombergh P, Grol R, van den Hoogen HJM, van den Bosch WJHM. Assessment of management in general practices: validation of a practice visit method. *Br J Gen Pract* 1998;48:1743-50.
4. Heath I, Evans P, van Weel C. The specialist of the discipline of general practice. *Br Med J* 2000;320:326-7.
5. Van Weel C. Examination of context of medicine. *Lancet* 2001;357:733-4.
6. Stephenson A, Higgs R, Sugarman J. Teaching professional development in medical schools. *Lancet* 2001;357:867-70.
7. Metz JCM, Stoelinga GBA et al. Blueprint 1994: training of médecins in the Netherlands. Objectives of undergraduate medical education. Nijmegen University, 1994.
8. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Gray JA, Haynes RB. Evidence based medicine: how to practice and teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997.
9. Lamberts H, Wood M, eds. International Classification of Primary Care (ICPC). Oxford: Oxford University Press, 1987.

7. ANNEXES

ANNEXE 1

La définition de Leeuwenhorst 1974

« Le médecin généraliste est un diplômé en médecine qui fournit des soins primaires, personnalisés et continus, aux personnes, aux familles et à la population, indépendamment de l'âge, du sexe et de la maladie. C'est la synthèse de ces fonctions qui est unique. Il prend en charge ses patients au sein de son cabinet médical, à domicile, ou parfois même en clinique ou à l'hôpital. Il tente d'établir un diagnostic précoce. Il inclut et intègre des facteurs physiques, psychologiques et sociaux dans la gestion de la santé et des maladies. Cela se ressentira dans les soins fournis aux patients. Il prendra une décision initiale pour chaque problème qui se présentera à lui en tant que médecin. Il assurera la continuité des soins pour ses patients atteints d'affections chroniques, récurrentes ou terminales. Des contacts prolongés lui permettent de rassembler l'information selon un rythme adapté au patient, et de construire une relation basée sur la confiance, qui peut être utilisée à des fins professionnelles. Il pratiquera la médecine en collaboration avec d'autres collègues médicaux et non-médicaux. Il saura quand et comment intervenir pour traiter, prévenir, éduquer et promouvoir la santé de ses patients et de leurs familles. Il reconnaîtra sa responsabilité professionnelle envers la communauté. »

La définition WONCA 1991

« Le médecin généraliste/médecin de famille est responsable de fournir des soins complets à toute personne qui en fait la demande, et d'organiser l'accès aux services d'autres professionnels si nécessaire. Le médecin généraliste/médecin de famille accepte tous ceux qui cherchent à obtenir des soins, alors que d'autres fournisseurs de soins limitent l'accès à leurs services en fonction de l'âge, du sexe ou du diagnostic. Le médecin généraliste/médecin de famille prend en charge la personne dans le contexte de sa famille, la famille dans le contexte de sa communauté, indépendamment de la race, de la religion, de la culture, ou de la classe sociale. Il possède les compétences cliniques pour fournir la majorité des soins requis, prenant en compte les facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques. En plus de cela, il assume personnellement la responsabilité de la continuité et de la globalité des soins à ses patients.

Le médecin généraliste/médecin de famille exerce sa profession en fournissant des soins lui-même, ou au travers des services de tierces personnes, selon les besoins du patients et des ressources disponibles au sein de la communauté qu'il sert. »

La définition Olesen 2000

« Le médecin généraliste - médecin de famille est un spécialiste formé pour le travail de soins primaires d'un système de santé et formé à prendre les mesures initiales pour fournir des soins aux patients indépendamment du type de problème(s) de santé présenté(s). Le médecin généraliste - médecin de famille prend soin des personnes au sein d'une société, indépendamment du type de maladie ou d'autres caractéristiques personnelles ou sociales. Il organise les ressources disponibles du système de santé à l'avantage de ses patients. Le médecin généraliste parcourt avec des individus autonomes les domaines de la prévention, du diagnostic, des soins, de l'accompagnement et de la guérison, en utilisant et en intégrant les sciences biomédicales, la psychologie et la sociologie médicale. »

Annexe 2

Préparation et Processus de Consultation

Ce document a été préparé initialement par un groupe de travail du Council of the European Academy of Teachers in General Practice (EURACT). Il a ensuite été modifié lors des réunions de WONCA Europe qui se sont tenues à Barcelone (Espagne) en octobre 2001 et à Noordwijk (Pays-Bas) en mars 2002. Il s'agit d'un premier pas vers un processus qui vise à obtenir un consensus européen. Les compétences principales peuvent être déduites de ces définitions, ainsi que le développement d'objectifs de formation, de recherche et de l'amélioration de la qualité, afin de satisfaire les besoins de la médecine générale – médecine de famille au 21^e siècle.

C'est la publication par Olesen et al. de leur projet de révision de la définition du rôle du médecin de famille qui a initié le travail au sein du conseil de l'EURACT. Ils débattent du besoin d'une nouvelle définition basée sur "le contenu idéal de la spécialisation". Ils suggèrent que cette définition devrait être universelle et non nationale, qu'elle devrait fournir

un cadre pour l'enseignement et la formation, et ils ont donc proposé une nouvelle définition. Malgré leurs intentions constructives, il semble que leur définition ne réponde pas à toutes leurs attentes.

Les questions suivantes ont été posées au groupe de travail du conseil de l'EURACT:

Qu'est-ce qu'un médecin généraliste ? Que fait-il actuellement, que devrait-il faire ?

Avons-nous besoin de définir la discipline en définissant les tâches du médecin de famille, les principes sous-jacents ou les deux ?

De nombreuses personnes travaillent dans la discipline de façon limitée (par leur système de santé); doivent-ils être considérés comme des médecins généralistes ? Existe-t-il une différence entre un médecin généraliste et un spécialiste en médecine de famille ?

Le processus utilisé fut de débattre de ces idées pendant une période définie, d'explorer certaines des principales publications internationales sur le sujet, plutôt qu'une revue exhaustive de la littérature existante sur ces sujets. Un processus de classification a été instauré afin d'identifier des similitudes et d'expliquer les différences entre les différentes approches décrites précédemment. Ensuite, des versions successives du document ont été produites et elles ont été plus largement discutées. Une consultation limitée sur la version provisoire a été organisée lors d'un atelier international à Tampere qui s'est déroulé en mai 2001 et qui a rassemblé plus de 90 médecins généralistes européens.

WONCA Europe, en collaboration avec l'EURACT, la SEMFYC, l'OMS Barcelone, l'EGPRW, EQUiP et EUROPREV, a organisé en octobre 2001 une conférence de consensus à laquelle les principales organisations concernées ont été invitées. Un accord a été obtenu pour une plus large consultation du projet de déclaration. La WONCA Europe s'est chargé de ce travail, les documents ont été envoyés pour commentaires à tous les collèges européens, aux associations nationales, ainsi qu'aux organisations impliquées en médecine générale – médecine de famille en Europe. Les réactions ont été rassemblées et présentées lors de la conférence de ces organisations à Noordwijk, en mars 2002, et suite à cela le document a été finalisé.

Annexe 3

Remerciements

WONCA EUROPE remercie toutes les organisations et les personnes qui ont contribué à la rédaction de ce document par des commentaires écrits ou qui ont participé au processus de consultation :

La Société autrichienne de la médecine générale/médecine de famille
Le Collège des médecins de famille du Canada
Le Collège National de Généralistes Enseignants, France
Le Collège danois des médecins généralistes
Le Collège néerlandais des médecins généralistes
L'Académie européenne des enseignants de médecine générale (EURACT)
Organisation européenne de recherche en médecine générale (EGPRW)
Réseau européen pour la Prévention et la Promotion de la santé en Médecine de famille et médecine générale (EUROPREV)
Union Européenne des Médecins Omnipraticiens (UEMO) (European Union of General Practitioners)
Organisation européenne pour l'assurance de qualité en médecine générale (EQuIP)
Le Collège islandais des Médecins de famille
Le Collège maltais de Médecine de famille
Le Collège norvégien des médecins généralistes
Royal College of General Practitioners, United Kingdom
La société slovaque de médecine générale /médecine de famille
La société espagnole de la médecine de famille et communautaire
L'Association suédoise de médecine générale
La société suisse de médecine générale
OMS, bureau de Barcelone
Organisation mondiale de la médecine de famille (WONCA)

Dr M Boland
Dr J Horder

Dr G Buckley
Prof. C Lionis

ANNEXE 4

WONCA EUROPE - PAYS MEMBRES ANDORRE

ALLEMAGNE

AUTRICHE

BELGIQUE

CHYPRE

CROATIE

DANEMARK

ESPAGNE

ESTONIE

FINLANDE

FRANCE

GRECE

IRLANDE

ISLANDE

ISRAEL

ITALIE

LITHUANIE

MALTE

NORVEGE

PAYS-BAS

POLOGNE

PORTUGAL

REPUBLIQUE

TCHÈQUE

ROUMANIE

ROYAUME-UNI

SLOVAQUIE

SLOVENIE

SUEDE

SUISSE

UKRAINE

ANNEXE 5

Définitions en langue française

Il y a beaucoup de confusion en ce qui concerne les termes utilisés en médecine générale/médecine de famille^{8,9} et leurs interprétations. Afin d'éviter tout malentendu au sein de ce document, les termes suivants ont été définis comme suit :

Médecin généraliste Médecin de famille	Synonymes, utilisé pour décrire les médecins qui ont suivi une période de formation spécifique postgraduée en médecine générale au moins jusqu'au niveau défini dans la section 4 de la Directive Européenne concernant les Médecins.
Médecin de soins primaires	Un médecin d'une discipline qui travaille dans un cadre des soins primaires
Médecin de soins secondaires	Un médecin qui a suivi une période de formation postgraduée dans une discipline basée sur un organe/une maladie et qui travaille principalement dans un milieu spécialisé.
Spécialiste	Un médecin qui a suivi une période de formation postgraduée dans une discipline spécifique.
Soins de santé primaires	La partie d'un système de santé, habituellement dans la communauté du patient, où a lieu le premier contact avec un professionnel de la santé (en excluant les traumatismes et affections médicales majeures).