



## Albert Hercek

*Médecin généraliste de la banlieue parisienne, Albert Hercek a été en France à la base du renouveau pédagogique de la formation médicale. Il a œuvré pour la reconnaissance de la formation médicale continue, pour son organisation et son financement. Fondateur avec Pierre Gallois de l'Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue (UNAFORMEC), il a ensuite été, aux côtés de Jean de Butler, à l'origine du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) pour faire reconnaître la médecine générale au sein des universités françaises. Il a créé en 1985 une école pédagogique pour les enseignants de médecine générale et a organisé pour la Société européenne de médecine générale/médecine de famille, née les 6 et 7 octobre 1995 au Parlement européen à Strasbourg, la Conférence européenne de médecine générale. Tout en continuant sa pratique, il a enseigné pendant trente ans la médecine générale à Paris et, de 1991 à 1998, il a été coordonnateur du Département de médecine générale de la Faculté de médecine Xavier Bichat.*

***Médecin généraliste, vous avez été à l'origine de l'essor en France de la formation médicale continue et de la reconnaissance de la médecine générale. Au moment où la première semble redémarrer et où la seconde accède au statut de discipline universitaire à part entière, quel regard portez-vous sur votre cheminement ?***

Loin est le temps où le médecin prétendait tout connaître, tout savoir. Léopold Senghor écrivait naguère : « *Le médecin du 17<sup>ème</sup> siècle pouvait prétendre tout connaître des sciences de la médecine, de l'art et des lettres. Il savait même tailler la barbe. Celui du 18<sup>ème</sup> siècle pouvait prétendre tout connaître de la médecine dans sa totalité. Celui de 1950 le pouvait pour une branche de la médecine et celui de 1980 ne prétend tout connaître que d'un seul chapitre d'une branche.*

Le rôle des professionnels de santé a donc évolué. La médecine, en cinquante ans, s'est profondément modifiée. De clinique, elle est devenue de plus en plus technique. Les thérapeutiques sont devenues de plus en plus efficaces. Des pathologies ont disparu, d'autres se sont modifiées, d'autres apparaissent ».

La pratique médicale s'est transformée. À côté de la médecine générale, de l'omni-pratique, les spécialités d'organe se sont développées. Elles se sont individualisées à l'hôpital d'abord, en ville ensuite avec la création des disciplines cliniques spécialisées (cardiologie, rhumatologie, pédiatrie...) et enfin à l'université avec la création de certificats d'études spécialisées.

La médecine générale s'est trouvée progressivement marginalisée, l'omnipraticien a disparu.

D'autres professions de santé sont apparues : kinésithé-

rapeutes, orthoptistes, psychomotriciens... Chacun agissant pour son propre compte, ne communiquant que trop rarement avec les autres intervenants de santé, le patient s'est trouvé bien souvent ballotté, « découpé », les coûts de santé se sont envolés. En outre, la demande de santé des patients s'est modifiée. De diagnostique et curative, elle est devenue centrée sur la prévention de la « bonne santé », voire prédictive.

***Devant ces évolutions, quels changements fallait-il mettre en place ?***

Il fallait donc essayer de reconstruire dans un contexte européen. La voie qui fut choisie par beaucoup de pays, fut une prise en charge globale du patient dans son environnement familial, socioprofessionnel et socio-économique bien défini. Il s'agissait d'une prise en charge par le médecin généraliste, médecin de famille, maillon essentiel des systèmes de santé, aidé certes par la technique, mais aussi et de plus en plus, dans le cadre d'une collaboration étroite avec les spécialistes des autres disciplines cliniques et avec les autres professionnels de santé.

C'est cette prise en charge collective de la santé des individus et de la population qui s'avèrerait la plus efficace pour un coût le mieux adapté, dans une démarche de recherche de qualité des soins. Le pari était pris.

En France, devant l'état de désagrégation de la médecine générale au début des années 1970, certains généralistes (dont j'étais) ont voulu réagir. Rappelons-nous, c'était l'époque où un médecin généraliste était considéré comme un praticien de seconde classe, voire un orienteur vers les spécialités plus nobles, plus scientifiques. « J'ai rendez-vous avec mon spécialiste... »

entendait-on ici ou là. La science pouvait tout expliquer, tout soigner, tout guérir, même le mal être. Et de façon caricaturale, la mort, à la limite, n'existerait plus. D'ailleurs n'était-elle pas de plus en plus cachée ?

Et pourtant, nous généralistes, continuions à voir des patients qui nous consultaient, parfois avec de lourds dossiers, et nous exprimaient leurs souffrances. Par ailleurs, les pathologies prises en charge en ambulatoire se différencient de plus en plus de celles nécessitant un environnement hospitalier utilisant un haut plateau technique. Le langage devenait différent.

Il existait alors trois types de réactions possibles : soit accepter de devenir ces « officiers de triage » comme disaient certains, soit descendre dans la rue (mais ce n'était guère dans nos mentalités), soit créer une contre-force. C'est cette troisième voie que nous avons choisie.

### ***Cela ne s'est pas fait tout seul ?***

Presque simultanément se sont créés un mouvement syndical catégoriel de médecins généralistes, une fédération d'amicales de formation continue, une société scientifique de médecine générale (la Société française de médecine générale). Parallèlement, quelques généralistes étudièrent les possibilités d'intégrer un enseignement expérimental de médecine générale dans des facultés de médecine. Le mouvement autonome syndical de médecins généralistes fût vite récupéré par les syndicats polycatégoriels, mais il participa à la prise de conscience collective. La Société française de médecine générale (SFMG) fut un creuset. Et c'est là que se rencontrèrent des hommes qui allaient s'investir, dès 1972, dans la formation continue, dans la formation initiale et dans la recherche en médecine générale.

Ils furent à l'origine des organismes nationaux qui se mirent en place pour promouvoir ces différents axes. C'est ainsi que naquit en 1978 l'Union nationale des associations de formation médicales continue (UNAFORMEC) et, en 1983, le Collège national des généralistes enseignants (CNGE).

Et c'est bien par la formation que la médecine générale a retrouvé son identité, dans un contexte de politique de santé, qui, progressivement, a pris conscience du rôle essentiel des médecins généralistes dans la prise en charge des soins primaires.

### ***Et trente ans plus tard ?***

La formation médicale continue associative s'est organisée non sans mal, pour devenir un des éléments régulateurs du système de soins. La démarche pédagogique proposée s'appuyait sur la démarche du médecin généraliste dans son exercice quotidien : analyse des tâches, identification des besoins et des objectifs de formation, tant cognitifs que techniques et comportementaux, action participative,

autoévaluation formative et non sanctionnante. Les principes de fonctionnement de cette formation continue sont : volontariat dans la participation, organisation par les professionnels concernés (donc responsabilisation de ces professionnels), décentralisation, continuité et crédibilité, personnalisation par des méthodes pédagogiques interactives. La formation initiale du futur généraliste, dans le cadre d'un troisième cycle spécifique de médecine générale de trois ans, puis, par la création de la filière universitaire d'enseignants généralistes, permet aux jeunes médecins qualifiés de mieux répondre aux besoins de santé des individus et de la collectivité.

La recherche en médecine générale se dote progressivement d'outils performants. Des congrès de recherche en médecine générale ont lieu régulièrement.

La médecine générale est redevenue une discipline clinique à part entière. Elle a retrouvé son identité. Le professeur Jean-François Girard, Directeur général de la santé en 1989, lors du premier colloque européen de recherche en médecine générale, que j'avais organisé à Paris avec Jean de Butler et André Cholal, a préféré le terme de « naissance de la médecine générale ». La formation, par l'intégration de méthodes et moyens pédagogiques modernes, en a été le moyen.

### ***Quels conseils donneriez-vous aux responsables actuels de la médecine générale ?***

Actuellement, il n'y a pas de jour où nous ne lisons, où nous n'entendons : « Le médecin généraliste est le mieux placé pour... », « c'est le rôle du médecin généraliste de... », « son rôle est irremplaçable dans la prise en charge du sida, des personnes âgées, des urgences, des toxicomanes... ». Le voilà devenu homme Protée capable de répondre aux préoccupations de chacun, des familles, de la société, résolvant les problèmes de santé des individus et de la collectivité, acteur social, responsable de santé publique, responsable économique... La liste est longue.

Seulement voilà, si le médecin généraliste est le maillon essentiel de la qualité de soins, notamment primaires, il faut non seulement le dire mais également le reconnaître. Et le reconnaître, c'est lui donner les moyens d'exercer son art dans un espace de liberté préservant la relation privilégiée qu'il a avec ses patients, et prendre garde que des décisions réglementaires par trop restrictives ne l'obligent, pour des raisons économiques, réelles certes, à des choix limités.

Les décisions politiques à venir devront être en conformité avec les choix d'une politique de santé permettant de maintenir le nécessaire équilibre entre les données biomédicales, techniques, humaines et les réalités économiques. Et ce, dans le respect absolu de la personne, du médecin et de la société.

# XVI<sup>e</sup> Journées Universitaires Francophones de Pédagogie Médicale de la Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF)

*Avec le partenariat de la Société Internationale Francophone d'Education Médicale (SIFEM)*

**5 au 8 avril 2005**

**Faculté des Sciences de la Santé  
Université d'Abomey-Calavi  
COTONOU (République du Bénin)**

*Co-Présidence des Journées*

Professeur A. BELMAHI, Rabat, Président de la CIDMEF  
Professeur M. TRAORÉ, Bamako, Président de la CADMEF  
Professeur C. AKPO, Doyen de la FSS de Cotonou

**5 avril – Session CIDMEF**

**REFORME PEDAGOGIQUE ET STRATEGIE DE CHANGEMENT  
En formation initiale et continue pour les professionnels de la santé.**

**6 avril – Session SIFEM**

**QUELLE FORMATION EN STAGES  
Pour les professionnels de la santé**

**Rapports et communications orales et affichées thématiques et libres**

**7 et 8 avril**

**Ateliers de formation pédagogique des formateurs  
et conférences de formation continue en éducation**

3 Prix de communication décerné par le Conseil Pédagogique de la CIDMEF, par la Conférence Africaine des Doyens et par les étudiants en Médecine de Cotonou.

*Comité local d'Organisation :*

*Président :* Professeur N. PADONOU (Cotonou)

*Comité Scientifique :*

Co-présidé par le Recteur A. HOUNTOUNDJI (Cotonou), J. BARRIER, *Président du Conseil Scientifique de la CIDMEF* (Nantes), B. CHARLIN, *Secrétaire Général de la SIFEM* (Montréal)