

La médecine générale est malade... Elle ne s'en sortira pas toute seule

Jacques Morel, médecin généraliste, secrétaire général de la Fédération de maisons médicales.

L'article de Bernard Vercausse « La médecine générale et malade, que faire ? » publié dans le dernier numéro de Santé conjuguee nous parait être une opportunité non pas pour y répondre mais pour ouvrir un dialogue sur l'état de santé de la médecine générale qui nous occupe professionnellement mais nous préoccupe aussi pour l'avenir des dispositifs de santé dans ce pays, et quoiqu'en pensent certains, pour la qualité de l'offre de soins.

Ce premier article abordera la question du constat et de l'analyse, un second dans le prochain numéro traitera des stratégies professionnelles, syndicales et politiques qui sont également évoquées dans le texte de Bernard Vercausse.

Mots clefs : politique de santé, soins de santé primaires.

*Il s'agit moins de la guérir
que de la faire renaitre...*

Du constat

Les constats de Bernard Vercausse ont la validité et la légitimité des années d'expérience au service de la médecine de famille et de militance au service de cette cause. Beaucoup sont de plus objectivés par une exploration quantitative et parfois qualitative : contextes financiers, conditions de la pratique, l'inadaptation des normes à la nature du travail, évolution de la société. L'*Evidence Based Medicine* (EBM) qui « norme » la profession et fournit les indicateurs de son évaluation est le plus souvent celle de l'*Evidence Based Medicine Hospitalière* ; formation et recherche de et sur la profession des généralistes ont du mal à acquérir des lettres de noblesse et une légitimité « scientifique » ; l'autodépréciation du secteur complète ce dénigrement.

Ces constats sont hélas récurrents ; depuis mon arrivée à l'université, fin des années 60, le sort de la médecine de famille est en question. Sa réorganisation et sa revalorisation sont dans les discours et les intentions. J'ai retrouvé il y a peu une affiche de 1969 annonçant une conférence facultaire à Louvain à laquelle, étudiants, nous avons invité les confrères Cleempoel (Groupe d'étude pour une réforme de la médecine), Boulaert (katholiek universiteit van Leuven), Vanden Haute (Société scientifique de médecine générale) et Moreau (Balint) pour un débat sur « la formation et l'organisation du médecin généraliste ». Nous évoquons l'intérêt d'un travail en équipe et la construction d'un curriculum particulier pour lequel nous revendiquons des stages sur le terrain auprès de généralistes. Notre

perception - moins élaborée qu'aujourd'hui - était que les avancées technologiques et le cadre sectorisé de l'hôpital, en particulier universitaire, écraseraient l'idée, la pratique, la philosophie de la médecine de famille, du respect des personnes et de la proximité entre les professionnels et les gens, de leur prise en considération comme des sujets sociaux et non comme des objets segmentés, des numéros de chambre ou des systèmes d'organes. Depuis cette période, le modèle culturel « sanitaire » est resté fixé sur une médecine de pointe, de haute technologie et donc fortement segmentée : les séries télévisées « Urgences » et autres caricatures à peine, médiatisent largement et imprègnent fortement de ce modèle.

Les constats actuels s'ancrent donc dans une récurrence - on peut parler de maladie chronique - même s'il n'est pas question de faire l'impasse sur des avancées importantes : la détermination d'un cadre académique (Centre universitaire de médecine générale), une formation terminale plus spécifique accompagnée de terrains de stage, une formation continue et permanente potentiellement plus adaptée. Plus spécifique, plus adaptée, certes mais on est loin encore d'une reconnaissance de la médecine générale pour ce qu'elle est ou devrait être, du rôle qu'une politique de santé pourrait lui attribuer au XXI^{ème} siècle.

Malade ? De quel manque de santé ?

La maladie n'existe que par référence à un état de santé et du fait d'un diagnostiqueur qui pose l'étiquette « malade » sur le plaignant ; par

● La médecine générale est malade... Elle ne s'en sortira pas toute seule ● (suite)

ailleurs, la santé n'est pas que l'absence de maladie.

La revitalisation du secteur a fait l'objet de quêtes successives ; la perspective, le modèle à atteindre ont longtemps été mis du côté de la médecine interne, - en même temps que celle ci sombrait ! - c'est-à-dire d'une revalorisation du côté « compétences techniques et encyclopédiques » de la médecine générale. Le « renforcement » de son rôle de gare de triage sous tutelle a aussi ses adeptes, que ce soit pour la prescription de médicaments, les explorations biologiques, endoscopiques et autres avis spécialisés, pour l'orientation des patients dans les services d'urgences ou leur suivi dans les salles.

On vante la qualité de l'écoute et de la relation interpersonnelle, dimensions qui n'ont cependant jamais pu être valorisées.

Qui définit et qui *promeut la santé de la médecine générale* ? Qui en pose le diagnostic ? Qui envisage un traitement ?

L'autodiagnostic est souvent insuffisant et biaisé ; il gagne à être posé par une équipe pluridisciplinaire capable d'éclairer les multiples facettes du problème (toutes les pathologies lourdes et chroniques bénéficient de cette approche, la médecine générale, malade depuis si longtemps, mériterait bien cet accompagnement !). Voilà une première raison pour penser qu'elle ne se sauvera pas toute seule.

La question existentielle se pose en amont : faut-il maintenir la médecine générale ? Que gagne-t-on à investir dans un secteur ambulatoire ? La mise

au point de nombreux problèmes de santé implique la médecine spécialisée, donc à quoi bon perdre son temps par ce passage ? Cette question ne relève pas que de la provocation : elle s'entend dans les couloirs des cliniques de décision pour des raisons d'efficacité, de sécurité, de réduction des circuits de soins ... de désinvestissement et de perte de disponibilité réelle de la médecine générale. Certains systèmes de santé valorisent d'ailleurs le tout à l'hôpital.

● ● ● ● Des existants...

Dès 1978, l'Organisation mondiale de la santé proposait le concept de soins de santé primaires mettant en avant l'importance d'une offre de services de proximité, capable de rencontrer l'essentiel des problèmes de santé des populations et de solliciter leur participation comme acteurs de leur santé et de la santé. Nous aurons l'occasion de célébrer le trentième anniversaire de la déclaration d'Alma Ata en octobre 2008.

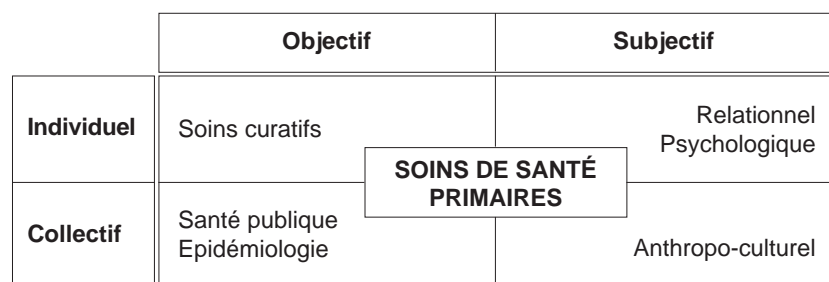
Dans les mêmes périodes, les maisons médicales mettaient en place des équipes pluridisciplinaires, avec une

forte insertion locale – comme le médecin de famille – et un souci de prise en compte globale de la situation des individus dans leur environnement.

Dans les années 90, Monique Van Dormael publiait à l'institut de sociologie de l'université libre de Bruxelles une thèse sur « la modernité des soins de santé primaires » dont l'intérêt majeur pour ce qui nous préoccupe ici est la modélisation du champ de la médecine générale.

Au centre du schéma, qui modélise une double tension entre d'une part l'approche individuelle et l'approche collective et populationnelle, et d'autre part entre le subjectif et la démarche d'objectivation, la zone d'influence de la médecine générale s'étale sur quatre espaces qui en constituent les champs de compétence pour l'approche de la santé : celui du diagnostic et du soin somatique, celui de la relation et du psy, celui de l'épidémiologie et l'inscription des plaintes dans la santé publique, enfin celui de l'anthropologie et de la culture qui alimente les représentations réciproques des soignants et soignés quand à la santé et aux besoins de santé.

L'intérêt majeur me paraît être d'offrir une modélisation qui n'enferme pas le



Médecine générale / structure de soins de santé primaires (Van Dormael M.)

profil mais au contraire lui confrère une mobilité suffisante pour se reformuler en regard de nouveaux enjeux, de nouvelles problématiques, de nouveaux contextes.

Plus récemment, en 2001, dans le cadre académique du centre universitaire de médecine générale à l'université catholique de Louvain était publié un fascicule sur les fonctions du médecin généraliste définis par la profession ; la Société scientifique de médecine générale et le Forum des médecins généralistes ont diffusé un livre blanc sur la médecine générale. Enfin, en 2006, le travail de thèse de Michel Roland (université libre de Bruxelles) a fait une compilation des concepts et outils disponibles en médecine générale, somme considérable mais surtout formulation d'un paradigme : les soins de santé primaires et la médecine générale sont un espace où se formule des *problèmes* de santé, où l'on travaille dans la *durée et la continuité*, où les dimensions sociales, biologiques et psychologiques sont inexorablement *intriquées* (à vouloir les délier ou les ignorer, on fait fausse route...), où se prend le risque des *basses prévalences*...

En trente ans, à en lire Bernard Vercruyse, on pourrait conclure que rien n'a changé ; et pourtant loin d'avoir été exhaustif, on voit que si la problématique de la médecine générale reste récurrente, des formulations nouvelles de la fonction sont apparues. On voit apparaître un champ de missions différencié, des préoccupations pour la prévention ou la santé publique, de l'intérêt pour des pratiques moins individuelles, plus

associées... dont on n'aurait pas parié il y a quelques années qu'ils soient promus par leurs auteurs actuels.

Il y a donc des contenus identitaires sans doute épars, sans doute mal reconnus, insuffisamment partagés. On reprendra à notre compte la réflexion de Claude Got, préventologue des accidents, auteur de *La Santé*, qui s'interrogeait sur les conditions qui font que les connaissances (*evidence*) de la santé publique ne se muent pas en décisions politiques et législatives (un article prochain nous ouvrira à cette réflexion).

La question est donc loin d'être immobile, elle se formate sur/dans une société qui change. Dans ses constats, Bernard Vercruyse évoque l'évolution de la société pour mettre en avant combien les jeunes souhaitent un confort et un cadre de vie de meilleure qualité et n'acceptent plus de considérer leur profession comme un engagement à tout crin. C'est sans doute un des aspects qui me pousse à franchir un pas supplémentaire dans l'analyse : on ne peut pas limiter l'évolution sociale à des transformations des exigences des prestataires. Quelle médecine générale pour répondre à quels besoins dans la société ? reste la question centrale. A défaut de franchir ce pas, les réponses aux difficultés de la profession risquent de ne pas trouver de cohérence, d'apparaître comme des appendices techniques et non comme des leviers au service d'un projet. Cela est vrai pour le calcul d'un *numerus clausus*, d'une planification des installations, de l'identification des missions de la médecine générale par rapport aux spécialistes, de l'organisation des services intégrés de

soins à domicile, etc.

••••

Pas général, pas global sans social...

Un des facteurs qui émerge de façon importante ces dernières années est la question sociale, dont la place était fort différente dans les *golden sixties*. D'évidence la santé était un secteur de la vie sociale comme aujourd'hui mais à l'époque la société acceptait des investissements inflationnistes dans la santé et dans le même temps la misère du monde paraissait plus supportable qu'aujourd'hui. Toute la décennie 80 aura été l'occasion d'imposer la clause économique et sociale : reconnaissance de l'exclusion sociale pour cause de non emploi récurrent, confrontation du système de santé à l'impact des situations sociales sur la santé et à la contrainte d'une maîtrise des coûts économiques de l'assurance. En quarante ans, on a bien démontré l'impact des réalités sociales sur la santé tant au plan individuel qu'au plan collectif. C'est une dynamique essentielle qui interfère dans le travail du généraliste à travers deux dimensions, elle implique d'une part la recherche des étiologies sociales de la maladie et d'autre part, elle rend compte du rôle social que la société fait jouer à la médecine, dans un double sens : il s'agit de certifier la maladie pour la rendre socialement acceptée et assurée et aussi de médicaliser une problématique sociale. La prescription de psychotropes est largement conditionnée par cette réalité.

Cette question nous met au carrefour d'une double globalité, qui est au

• La médecine générale est malade... Elle ne s'en sortira pas toute seule • (suite) • • • • • • • • •

centre de la spécificité de ce(s) métier(s) et qui confirme que le sort de la médecine générale tient aussi à sa capacité d'être avec d'autres.

Une première dimension de cette globalité tient à son sujet même, le fait de travailler avec des Hommes, avec des individus qui pensent, qui s'émeuvent et ont une vie sociale et relationnelle. C'est hélas complexe et l'humanité toute entière s'en excuse pour ceux que ça énerve !

La seconde dimension tient au fait que ces personnes si elles sont uniques, ne sont pas isolées, indépendantes d'un contexte et que leur environnement social et culturel est déterminant sur leur qualité de vie.

Aujourd'hui, en Belgique francophone, ce sont au moins 15 % de personnes sans emploi, plus de 10 % de gens qui ne savent ni lire ni écrire (bonjour les notices !), plus de 10 % en dessous du seuil de pauvreté économique (bonjour la compliance à la prescription !), 25 à 30 % qui ont des références culturelles hétérochtones (bonjour le recours à l'extrahospitalier !), etc.

Et sur un registre complémentaire, les situations de famille monoparentale, de violences conjugales, de harcèlement au travail, etc. sont autant de facteurs déterminants.

Aucune « maladie » dans tout ça et pourtant c'est largement « ça » qui détermine le recours à la médecine de

proximité. C'est avec « ça » que les gens vivent « mal ».

Et, « ça » n'est pas idéologique mais scientifique ! Ce qui n'empêche d'en faire une lecture politique. Cette double globalité est ébauchée par l'algorithme de Van Dormael.

Dès lors que le projet de la médecine générale aborde les problèmes des gens à partir de ce diagnostic (et pas à partir de sa propre souffrance) et que l'offre du système de santé est d'apporter une réponse aux besoins, alors on voit que le paradigme doit encore évoluer. Les professionnels doivent s'équiper pour rencontrer ces problématiques : équipement en termes de formation de base et continuée, équipement en terme de pratiques.

Le généraliste ne peut plus être isolé ; malade, ce secteur ne se sauvera pas tout seul. Il impliquera de nouveaux partenaires sans doute dans le champ des professionnels de santé et d'un travail pluridisciplinaire mais peut être aussi au-delà de ce champ pour un travail plurisectoriel.

L'intérêt mobilisateur, celui qui donne sens à tous les outils qu'on pourra mettre en œuvre, celui qui est susceptible d'attirer des jeunes par son côté novateur, celui qui permet de partir à la rencontre des autres acteurs de santé et du social, c'est le **projet**. Celui qui requalifie les métiers de l'ambulatoire et la médecine générale pour être en phase avec les réalités de santé de la société actuelle : une grille de lecture des réalités sociales qui contraignent la santé, une formation et une pratique qui rendent leur abord confortable, des objectifs qui leur donnent un sens.



Alors, le Dossier médical global devient un Dossier Santé Obligatoire, les procédures de qualité tiennent aux critères du projet (approche globale, continuum de prise en charge...), la coordination horizontale et verticale des filières d'accompagnement devient outil d'*Evidence Based Pratique*...

Alors, si on veut que la première ligne de soins soit de fait la porte d'entrée du système et optimalise le nombre et la qualité de ses prises en charges, (pour atteindre les 80 % potentiellement possibles) il faudra en maximiser la disponibilité et l'accessibilité et donc la rendre gratuite ou quasi et en financer davantage les moyens.

Alors si on veut que la dimension sociale, les dimensions relationnelles cessent d'apparaître comme les éléments perturbateurs du soin mais une part intégrée, on accordera une place à des formations utiles en la matière et on collaborera positivement avec les disciplines complémentaires. Etc.

Le paradigme, dont les contours apparaissent progressivement au décours du texte, sera enrichi me semble-t-il, de partenaires aujourd'hui encore peu reconnus comme crédibles pour « penser le système de santé » et construire la réponse aux problèmes de santé.

On le voit bien, les professionnels de santé de l'ambulatoire ne sont pas professionnels pour tous les aspects qui la déterminent. Leur intégration aux stratégies de promotion de la santé doit pouvoir s'envisager dans des synergies avec les acteurs du social, de la culture, de la communication, bien davantage qu'aujourd'hui.

On évoquera les alliances plus stratégiques et politiques dans le prochain article. Mais même la nature du projet, du champ d'intervention, des méthodes de travail et des critères de qualité est tellement aux antipodes de la médecine spécialisée et hospitalière qu'une énergie comparable me paraît devoir être mise à des synergies avec des acteurs d'autres secteurs qu'avec le monde médical spécialisé.

Il ne s'agit pas de dissocier l'ambulatoire et l'hospitalier d'un système de santé, au contraire, mais acceptons que leurs finalités ne seront jamais complémentaires que pour le système

de soins et sans doute toujours insuffisantes pour une politique de santé. Acceptons aussi que leurs logiques répondent à des critères de qualité différents voire opposés.

Le tableau extrait du livre de Roland et Jamouille « Approche taxinomique en médecine de famille » vol 1. résume bien le partage de ces spécificités sous le titre « un couple agoniste / antagoniste ».

Il y a un nouveau profil de la profession qui se dessine depuis plusieurs années mais dont les pièces du puzzle ne font pas encore un tableau har-

Med. Spécialisée	Méd.générale
Soins spécialisés, secondaires et tertiaires, surtout technologiques	Soins de santé primaires, surtout communicationnels
Connaissance parcellaire, ciblée	Connaissance globale
Modèle biomédical, positiviste	Modèle bio psycho social, holistique, probabiliste
Avis et traitements ponctuels	Approche longitudinale, prise en charge globale et synthèse
Problèmes présélectionnés	Problèmes de prévalence basse
Terrain hospitalier	Terrain communautaire
Activités curatives surtout	Activités intégrées (cur+prev+promo santé)
Coordination médicale	Coordination multidisciplinaire
Orientation maladie	Orientation problèmes de santé

Tableau extrait du livre de Michel Roland et Marc Jamouille « Approche taxinomique en médecine de famille » vol 1.

• **La médecine générale est malade... Elle ne s'en sortira pas toute seule**
• **(suite)**
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•

monieux et enthousiasmant.

Le paradigme se décline comme un projet politique ; celui ci reste a écrire, à construire avec des plumes de la profession pour en faire leur dynamique et avec celles d'acteurs de santé, non médicalisés, capables de faire lien entre la médecine générale et la société, non seulement entre la plainte et la réponse à la plainte mais entre les besoins de santé et les ressources mobilisables.

Il reste un beau projet à promouvoir et à défendre...

Une société où la médecine générale est faible est une société de soins sans santé...

C'est l'objet de la suite dans le prochain numéro...