

La médecine générale est malade... elle ne se sauvera pas toute seule ! (III)

Il s'agit moins de la guérir que de la faire renaître...

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

.....

Dans Santé conjugulée n°42, Bernard Vercauysse écrivait « La médecine générale est malade, que faire ? », ouvrant un dialogue sur l'état de santé de la médecine générale qui nous préoccupe professionnellement mais aussi pour l'avenir des dispositifs de santé dans ce pays et pour la qualité de l'offre de soins. Jacques Morel nous propose de poursuivre la réflexion de Bernard Vercauysse dans une série de trois articles, dont voici le dernier volet. Le premier abordait la question du constat et de l'analyse, le second traitait des stratégies professionnelles, syndicales et politiques. Après avoir constaté ces difficultés et exploré l'existence de quelques paradigmes qui viendraient au secours de la crise identitaire de la médecine générale, il y a lieu de dresser quelques hypothèses pour la sortir de la maladie, voir lui donner une nouvelle vie.

.....

Mots clefs : politique de santé, soins de santé primaires, médecine générale, maison médicale, système de santé.

L'exercice ne consiste évidemment pas à plaquer quelques recettes et quelques modèles de pratiques pour imaginer réformer ce secteur ; il reste fondamental, et l'exercice est trop rare, de s'interroger sur le projet de

santé que peut prendre en charge la médecine générale au sein d'un système dont la finalité est bien l'amélioration de la santé de la population, équitablement de toute la population et dans des conditions d'investissement qui soient compatibles avec les moyens de la société.

La déclaration d'Alma Ata ne dit rien d'autre, si on y ajoute que ce bénéfice sanitaire ne sera obtenu qu'avec la participation de chacun (et de divers secteurs de la société comme un levier actif) et que l'efficacité du système sera renforcée par un principe de subsidiarité qui permet d'envisager que la plus grande part (75-80 %) des problèmes de santé soient pris en charge par le secteur ambulatoire.

Le diagramme classique présente l'offre optimale de service au carrefour de la demande et des besoins ; elle sera maximisée si la zone de recouvrement inclut un maximum de l'un et de l'autre. Elle sera acceptable si elle corrige les attentes des praticiens telles que Bernard Vercauysse les décrivait et si elle apporte une vision prospective. Elle sera praticable si elle est construite avec les protagonistes de sa mise en œuvre et si les ressources sont dégagées pour son exécution.

.....

La santé ne se voit pas au scanner

Si on examine la demande actuelle en première ligne, on constatera qu'elle est faite, avec des nuances régionales, des nuances d'interprétation suivant les codifications, de trois champs qui se recoupent : des plaintes essentiellement somatiques à l'initial, des difficultés psychologiques et/ou

relationnelles éventuellement à traduction somatique, des souffrances sociales à traductions multiples. L'absence de maladie ne suffit d'évidence pas à conclure à la bonne santé !

Sur ce panel de demandes se greffent des besoins liés à l'évolution des standards de la vie sociale et de la qualité de la vie, au développement des technologies, à une culture consumériste à laquelle n'échappe pas la santé, à l'entretien d'une (toute -) puissance, à des attentes indues de la société vis-à-vis de la médecine...

L'ennui de la première ligne, c'est que le contact avec le public porte le plus souvent sur des difficultés qui ne relèvent pas ou mal des avancées technologiques pointues de la science médicale. Le patient vient avec un bagage dont une large part n'est pas détectée par le scanner et autres explorations.

Déstabilisant pour le généraliste ! Plus il offre le flanc au déballement du contenu du bagage, moins il se sent en mesure d'y apporter une contribution salvatrice ; plus il ferme l'angle moins il sera mis en porte à faux : « pour tout ça vous devriez aller voir une assistante sociale », « voilà je vous invite à essayer un peu de X pour voir si vous supportez mieux cette situation », « je repasse la semaine prochaine pour votre tension artérielle »...

Et pourtant, il n'est pas dupe : il sait bien qu'un patient « envoyé » est rarement un patient arrivé, que la rustinothérapie du neuroleptique est potentiellement addictive et peu mobilisatrice, que le contrôle tensionnel hebdomadaire de la personne âgée n'a

• **La médecine générale est malade... elle ne se sauvera pas toute seule ! (III)**
• **Il s'agit moins de la guérir que de la faire renaître...**
• **(suite)**
•
•
•
•
•
•
•
•

guère de base scientifique (sauf exception) et sert avant tout à combler un besoin de convivialité sociale et à rompre l'isolement. Et peut-être à se faire un salaire garanti.

Le patient, comme la société d'ailleurs, attend d'être en bonne santé ; c'est avec cet espoir, cette illusion (?) qu'il frappe à la porte du système. Pour la médecine spécialisée, hospitalière, la réponse est claire : on vise le diagnostic et le traitement de la maladie. L'ambition est pointue et s'arrête à l'épisode. On est dans le soin et hors l'évènement à guérir si possible, il n'y a pas d'ambition de santé au sens holistique.

On connaît tous un patient « succès chirurgical » qui ne reconnaît pas les mérites de son nouvel état et entre dans un état dépressif et de marginalisation sociale alors qu'il est « guéri » !

La conscience des généralistes de cet état des choses paraît acquise ; elle est au cœur de leur malaise. Le savoir n'a cependant pas encore déclenché d'action radicale pour en tirer les conséquences ; le malaise inhibe plus qu'il ne constitue une force constructive.

• • • •
**Vers des pratiques plus
interdisciplinaires et
intersectorielles**

Quelques moyens intéressants et pistes nouvelles ont été mis en œuvre ces dernières années : la revalorisation des prestations, dont la visite de nuit, reconnaît rôle et qualité mais aussi pénibilité du métier ; le Dossier médical global (DMG) souligne la place des généralistes dans le trajet de

soins ; les subventions Impulseo I et bientôt Impulseo II incitent à des modalités de pratiques plus associatives voire plus pluridisciplinaires qui ouvrent à des aménagements des conditions de travail et des collaborations plus étroites pour rencontrer l'actualité des besoins.

La médecine solo, même si aujourd'hui elle reste majoritaire, est sans doute vouée à s'orienter vers des pratiques plus interdisciplinaires et au delà sans doute plus intersectorielles.

Associer dans un même projet divers professionnels de première ligne permet à coup sûr d'apporter des réponses qualitativement supérieures à des interventions éparpillées même si elles sont coordonnées ; cette démonstration relève tant des expériences pratiques que des évaluations scientifiques. Cette modalité paraît pouvoir apporter de surcroît un renforcement mutuel des compétences, des espaces pour des activités de formation, pour des activités de santé publique, pour la gestion administrative.

Les capacités de coordination des soins sont améliorées et dans ce cadre le glissement des compétences des travailleurs s'observe le plus souvent dans le sens d'une revalorisation de leur champ d'intervention ; les infirmières sont amenées à prendre en charge plus largement que ce que la nomenclature leur assigne, les kinésithérapeutes trouvent une liberté d'action qui transcende le prescrit.

Dans ce cadre, le médecin généraliste est en mesure de trouver lui aussi une requalification de son activité « vers le haut ».

Il gagne également en environnement professionnel, en dés-isolement, en

possibilité d'échanges et de co-construction de stratégies de prise en charges.

• • • •
Pour un projet de santé

Tout ceci n'acquiert ces vertus que dans la mesure où l'équipe s'appuie sur un projet qui lui donne sens, qui en fixe les principes et les méthodes ; la juxtaposition de travailleurs fussent-ils associés juridiquement ou économiquement ne traduit pas nécessairement un projet d'équipe.

L'interdisciplinarité autour d'un projet de soins n'est cependant pas un absolu et à défaut de l'articuler plus largement aux systèmes, elle continue à laisser un goût de trop peu eu égard à la demande de la population en matière de santé.

On le signalait plus haut, la santé n'est pas l'absence de maladie seulement, et cette aspiration ne peut pas être rencontrée ni par le médecin généraliste ni même l'équipe interdisciplinaire.

Il ne s'agit pas de vouloir redéployer un impérialisme médical susceptible de tout prendre en charge, de répondre à tout, au risque de tout médicaliser (ce qui est déjà une tendance lourde justement par défaut d'élargissement de l'angle de vue) au contraire ; il me semble que le secteur ambulatoire particulièrement est victime de la confusion entre soins et santé, entre système de soins et système de santé (quasi inexistant dans notre pays).

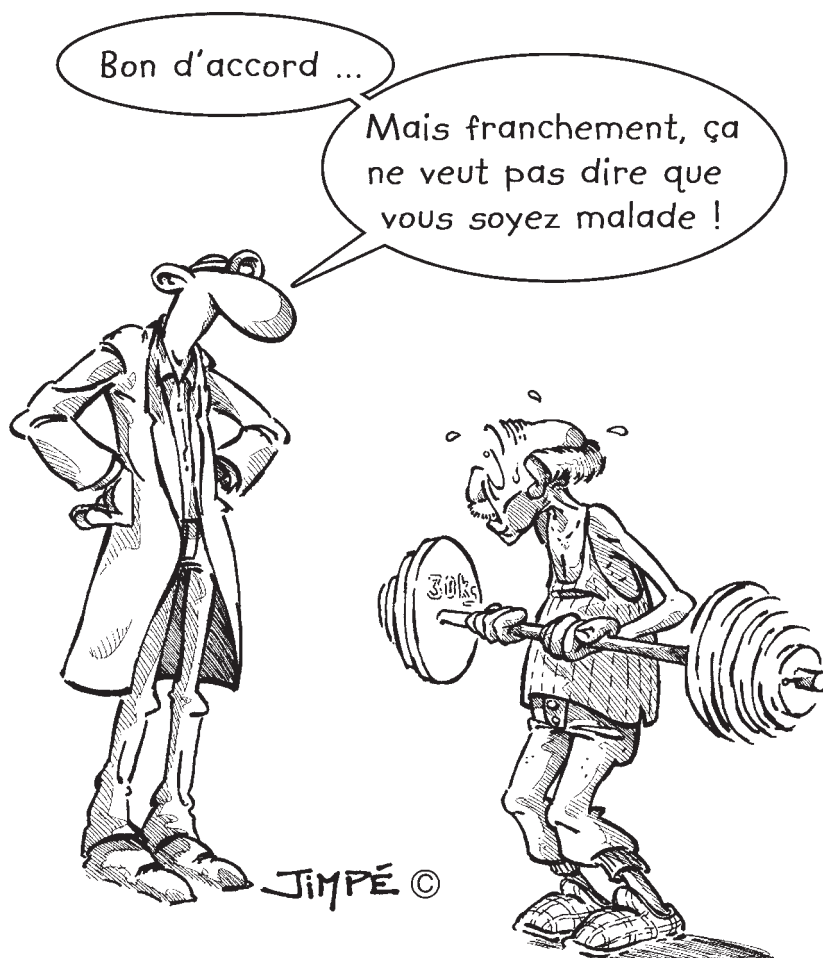
La politique de santé est de fait une politique de soins de santé et aucune forme de projet politique n'est formulée pour répondre aux attentes

et besoins en matière de santé de proximité.

La médecine générale, qui ne peut plus se réfléchir isolément de l'interdisciplinarité, s'inscrit dès lors aussi dans une dynamique intersectorielle où les professionnels de santé s'articulent aux acteurs des autres secteurs pour améliorer la santé des populations ; les joints avec le secteur social sont sans doute les plus forts à structurer, mais aussi avec les milieux de l'éducation et de la culture, du travail, de l'environnement.

Structurer suppose bien que le rapport ne se limite pas à se renvoyer des patients mais à construire un projet commun de prise en charge des individus mais aussi de prise en compte des déterminants de la problématique collective qui est soulevée : des exemples comme les situations de logement, de déficit en garderie, d'insécurité routière, d'alimentation dans certaines écoles, de harcèlement dans certains milieux de travail sont connus de nous tous.

La nouvelle alliance me paraît aller vers les acteurs de ces secteurs pour élargir la zone d'influence et surtout l'offre de services pertinente de futures « unités de santé de proximité ». A dessein je ne les nomme pas de désignation actuelle ; un récent séminaire à Mons a traité de ce thème sous la question « vous avez dit maison de santé, centres de santé, maisons médicales, groupes de médecins de famille, ? » (Synthèse en encart et communications sur le site www.sepsac.org). La crainte de cette démarche tient à la perte d'identité, d'image comme si on demandait au généraliste de devenir assistant social.



Mon hypothèse est que dans un certain nombre de cas, la situation actuelle est celle-là par défaut : un (mal) vécu de réaliser un travail social sans la vocation et sans les outils.

La proposition s'appuie sur une réalité : la dimension sociale comme la dimension relationnelle est inhérente à la dimension humaine et donc à l'expression de ses aspirations à une bonne santé. La période de triomphe des antibiothérapies contre les maladies infectieuses dans les années 60 a fait croire au modèle causaliste « à chaque problème, une cause ; on supprime la cause, le problème est résolu ».

On en a vu les limites en entrant dans le champ de la complexité et des déterminants multiples de santé et de la nécessité d'une approche psychosociale et intersectorielle.

L'offre de service pourrait retrouver une attractivité certaine si elle ne se faisait plus par défaut mais comme un projet mettant en synergie interdisciplinarité professionnelle et intersectorialité dans une communauté locale de santé de proximité.

Les associations professionnelles et syndicales des travailleurs de la santé sont en ordre prioritaire pour construire des propositions qui les concernent ; elles ne sont évidemment pas les seules et une invitation large serait opportune tant en direction des acteurs sociaux que dans celle des usagers et que celle des milieux académiques et des pouvoirs publics.

Sans quoi il restera à faire du soin quand on nous réclame de la santé, c'est frustrant.

Un séminaire de deux jours sur les pratiques de santé de proximité.

Une première en Belgique depuis longtemps, en Europe sans doute.

C'était à Mons, les 2 et 3 avril dernier, dans le cadre du troisième Colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé.

Le contexte actuel de développement des systèmes de santé et plusieurs demandes expresses ont conduit la Fédération des maisons médicales à coordonner - avec le Conseil régional du Nord pas de Calais, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'Union régionale des caisses d'assurance maladie -URCAM de Franche comté, la Société espagnole de médecine générale et communautaire et le Secrétariat européen des pratiques de santé communautaires - la mise sur pied d'un séminaire sur le développement des soins de santé de proximité au travers des expériences dans différents pays d'Europe et au Québec.

Sous l'intitulé « Vous avez dit maisons de santé, maisons médicales, centres de santé, groupes de médecine de famille... ! », les travaux ont tenté d'appréhender ces différentes initiatives pour donner sens et corps à un secteur qui est en difficulté depuis plusieurs années, difficulté à restaurer son identité, difficulté à se crédibiliser sur des bases différentes que la médecine de pointe, inscrire sa pratique dans une évolution sociale qui l'impacte davantage.

Sans prosélytisme surfait pour leur chapelle, les intervenants ont brossé diverses facettes de la question dans un partage harmonieux entre concepts et applications, entre projets et pratiques. La soixantaine de participants chacun des deux jours a en tous cas validé la qualité des contributions et le découpage de la thématique.

Quatre temps ont balayé un aperçu comparatif de la situation dans quatre pays - Belgique, France, Québec, Espagne - représentatifs d'un développement différent d'une même problématique : comment répondre avec efficience aux besoins primaires de santé de la population ?

Après un premier aperçu général, les différenciations sur le contenu des missions et donc des pratiques ont ouvert les débats. Jusqu'où l'offre de service doit-elle être pluridisciplinaire ? Le noyau est-il indéfectiblement le médecin, voire l'infirmière associée ?

Ces modèles sont-ils la réponse à la pénurie ? La

réalité de leur développement est un étonnement pour beaucoup. La pluridisciplinarité active comme une ouverture à des approches plus globales mieux en lien avec la demande était au centre du consensus.

Seconde journée avec des temps forts : la question de la participation et celle, « sensible », du financement.

Une intervention du vice-président de la Région Nord-Pas-de-Calais qui posait la participation des associations et au-delà des usagers, comme un choix politique pour le développement de nouvelles structures publiques de santé de proximité.

En écho, le Réseau des associations locales de santé (REALS) et des usagers des maisons médicales du Namurois (Ligue des usagers en soins de santé) ont apporté des témoignages forts comme interfaces aux professionnels de santé.

Enfin, les questions de financement ont pu être abordées, trop brièvement sans doute, dans leur dimension technique (le forfait à la capitation mais d'autres formules qui permettent de rencontrer les objectifs), leur impact transférentiel, leur impact vers la santé publique.

La pratique pluridisciplinaire de proximité a trouvé dans ces deux jours un aspirateur fort pour réunir dans une réflexion convergente ceux qui sont en recherche depuis très longtemps et ceux qui envisagent aujourd'hui une solution dans ce sens. Ces journées ont aussi fait apparaître des clivages et dualités à partir de la notion de projet : des structures pour quoi faire ? Pour quel projet de santé ? Dans le cadre de quel projet politique ?

Dualité entre forme et fond, entre soins et santé, entre médecine et social, entre professionnels et non professionnels de santé... autant de chantiers pour poursuivre la réflexion. Le Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire se chargera de relayer les documents et événements sur le sujet.

Jacques Morel
Membre du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire.

Textes et documents sur le site www.sepsac.org.