

Les grands défis à relever en médecine générale

par le Dr Didier Giet*

* DUMG
Université de Liège
4000 Liège

Il est difficile de nier que la médecine générale est en pleine évolution. Une réflexion de temps en temps n'est pas inutile et profitons de certains événements pour relancer le débat. Il est vrai que, la médecine générale étant une discipline particulièrement plurielle, il est difficile de s'exprimer au nom des praticiens qui la composent. Malgré tout, certains postes d'observation privilégiés comme celui d'un enseignant universitaire au contact des générations montantes, doublé de celle d'un médecin généraliste en activité depuis une vingtaine d'années favorisent ces réflexions.

D'après les exposés faits au Colloque des Ardennes en octobre 2007 et à la Convention des Animateurs de la SSMG en janvier 2008. Rapportés par le Dr Luc Pineux, médecin généraliste à 6850 Offagne

Les réflexions qui suivent émanent d'un médecin généraliste en activité depuis une vingtaine d'années qui bénéficie d'un poste d'observation privilégié: celui d'un enseignant universitaire au contact des générations montantes. Celles-ci l'ont amené à proposer aux médecins généralistes plusieurs défis pour les années qui viennent:

- améliorer l'image que nous avons de nous-mêmes;
- prendre conscience que les générations futures sont occupées à modifier grandement les caractéristiques sociologiques de notre discipline;
- prise en charge pluridisciplinaire des très nombreuses affections chroniques;
- contribuer en pluridisciplinarité aux actions préventives et d'éducation à la santé;
- accepter une modification du mode de financement de notre discipline qui prenne mieux en compte nos missions spécifiques.

Cela demande des explications que nous allons développer ci-après.

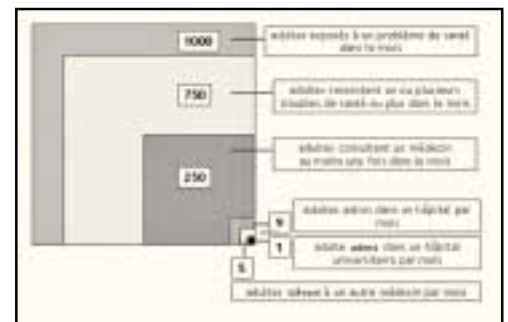
PRISE DE CONSCIENCE DES RÔLES SPÉCIFIQUES DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Les médecins généralistes n'ont pas pleinement conscience des fonctions professionnelles primordiales qu'ils assument dans notre système de santé. Probablement aveuglés par leur charge de travail et son lot de vicissitudes, perdent-ils une certaine capacité d'analyse. Probablement aussi se départissent-ils difficilement d'une vision inculquée à l'université, selon laquelle la

médecine extra-hospitalière est «de facto» une médecine de seconde zone. Pourtant, la WONCA (fig. 1) a passé en revue toutes ces tâches qui fondent la médecine générale pour démontrer combien le médecin généraliste fournit des soins de santé spécifiques et incontournables, parfaitement complémentaires de ceux dispensés dans les hôpitaux.

Pour démontrer, par exemple, la première caractéristique de cet arbre de la WONCA (gestion des soins de santé primaires), il suffit de se référer au carré dessiné en 1961 par Kerr White. Ce carré (fig. 2) est une représentation gra-

Figure 2: Carré de White (selon White KL, Williams TF, Greenberg BG. - The ecology of medical care. N Engl J Med, 1961, 265, 885-892)



phique de l'écologie des soins de santé, tirée d'études statistiques anglaises et américaines et publiée dans le prestigieux New England Journal of Medicine qui en a confirmé les grandes proportions encore en 2001.

Ce schéma suggère que dans une population de 1000 adultes, durant un mois «moyen», 750 d'entre eux rapportent un trouble de santé, 250 consultent un médecin, 9 sont hospitalisés, 5 sont adressés à un autre médecin, et 1 seul est référé à un centre médical universitaire.

En un coup d'œil, on comprend une des fonctions premières de la médecine générale: la gestion des soins en première ligne. Le Carré de White met remarquablement bien en évidence qu'une écrasante majorité des plaintes de la population trouve une solution au sein de la première ligne de soins. Il est ainsi très simple d'imaginer les conséquences d'une disparition de la médecine générale sur le fonctionnement

ABSTRACT

An university lecturer in contact with the rising generations, but also general practitioner in activity since a score of years, think about the current evolution of the occupation of general practitioner (GP). He proposes several challenges to the GP for the years to come.

Key words: profession, general practice, family medicine, reflexion.

RÉSUMÉ

Un enseignant universitaire au contact des générations montantes, mais aussi médecin généraliste en activité depuis une vingtaine d'années, réfléchit sur l'évolution actuelle de la profession de médecin généraliste. Il propose aux médecins généralistes plusieurs défis pour les années qui viennent.

Mots clefs: Profession, médecine générale, médecine de famille, réflexion.

Figure 1: L'arbre de la WONCA (avec l'aimable autorisation du Collège suisse de médecine de premier recours)



des 2^{es} et 3^{es} lignes de soins. Il est facile de comprendre la parfaite complémentarité de la première ligne de soins — soigner le plus grand nombre, pour des affections médicalement moins complexes avec un plateau technique et des coûts réduits — et les activités hospitalières — soigner une population sélectionnée et moins nombreuse en utilisant des moyens techniques sophistiqués nettement plus onéreux. J'arrêterai là cet examen tout à fait incomplet des enseignements apportés par le Carré de White... L'analyse détaillée des autres caractéristiques décrites par la WONCA serait également éclairante mais cet article ne le permet pas...

Je pense que les médecins généralistes ont tout à gagner à prendre pleinement conscience des caractéristiques de leur discipline, des fonctions essentielles et irremplaçables qu'elle détient dans le système de santé.

Premier défi : améliorer l'image que nous avons de nous-mêmes, de l'estime que nous portons à notre propre discipline et aux fonctions essentielles qu'elle assure.

ÉVOLUTION DU MODÈLE SOCIOLOGIQUE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Le profil-type du médecin généraliste est en passe de se modifier radicalement.

Nous observons une féminisation grandissante de la discipline : les étudiantes en médecine sont majoritaires dans les amphithéâtres depuis plusieurs années, environ 75 % des assistants en médecine générale sont des filles. Les conséquences de cette féminisation sont évidentes : la médecine générale se pratiquera à l'avenir de plus en plus à temps partiel, le métier de médecin de famille constituera probablement plus souvent un revenu d'appoint du foyer.

Lorsque nous effectuons un sondage dans nos auditoires sur les intentions des étudiants qui se destinent à la médecine générale, plus de 95 % d'entre eux envisagent une pratique associative, essentiellement pour partager le fardeau de la continuité des soins.

L'ancien modèle du médecin de famille peut se résumer comme suit : « un homme, qui pratique en solo selon un horaire hebdomadaire très lourd et qui nourrit toute sa famille du fruit de son travail ». Ce modèle est en passe de disparaître pour laisser place à « une femme, travaillant à temps partiel dans une pratique associative et menant de front une vie de famille ». Nous avons la conviction que tant nos décideurs politiques que nos représentants syndicaux n'ont pas une vision suffisamment lucide de cette évolution sociologique galopante.

Elle a pourtant des conséquences majeures en termes de planification de l'offre médicale (numerus clausus, man power médicale), d'organisation de la première ligne de soins (soutien aux pratiques associatives, organisation de la garde...). On ne peut continuer à défendre la « médecine générale de Papa » car, dans dix ou

quinze ans, ce modèle de pratique sera révolu... On doit activer les mesures et les projets pilotes qui privilégient les pratiques associatives et allègent la charge de la garde médicale : sans avancées consistantes dans ces domaines, les jeunes médecins ne trouveront pas leur épanouissement en médecine générale et ils (et majoritairement elles) continueront à désertir la profession.

Second défi : prendre conscience que les générations futures sont occupées à modifier grandement les caractéristiques sociologiques de notre discipline.

ÉVOLUTIONS LIÉES À LA DÉMOGRAPHIE

Les pays européens préparent à un vieillissement important de leur population. Dans le même temps, le nombre de personnes atteintes d'affections chroniques va s'accroître grandement. À titre d'exemple, la prévalence globale et mondiale du diabète passera de 2,8 % en 2000 à 4,4 % en 2030. Le diabète n'est pas la seule affection en cause : la maladie d'Alzheimer, la BPCO, les affections cardio-vasculaires ont un bel avenir devant elles. Le suivi des pathologies chroniques deviendra à très court terme « le » défi majeur pour la médecine générale. Les enjeux économiques et humains seront de taille : il reviendra effectivement à la première ligne de soins de gérer la prise en charge globale, curative et préventive, de ces nombreux patients ainsi que d'assurer leur maintien dans un contexte de soins ambulatoires. La médecine générale deviendra de plus en plus une discipline dont une des expertises spécifiques sera de rencontrer la complexité bio-psycho-sociale. L'action multidisciplinaire deviendra la règle : le médecin généraliste ne pourra plus prétendre pouvoir assurer seul l'ensemble des tâches curatives, préventives et d'éducation à la santé.

Troisième défi : mesurer combien la prise en charge des très nombreuses affections chroniques s'appuiera à l'avenir sur des médecins généralistes qui auront à coordonner des réseaux pluridisciplinaires.

ÉVOLUTIONS LIÉES AUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Fin des années septante, Dever s'est penché sur les 10 principales causes de mortalité dans le monde industrialisé. Il a ainsi calculé la part respective de 4 déterminants de la santé : 43 % des décès pourraient être évités par l'amélioration du style de vie et 11 % par une amélioration des soins. 27 % des décès sont liés à des causes biologiques et 19 % à des causes environnementales. La figure 3 montre la répartition des efforts financiers consentis aux USA entre ces 4 grands déterminants de la santé.

L'hypertrophie des budgets consacrés aux soins curatifs saute aux yeux. Les investissements visant à réduire certains comportements à

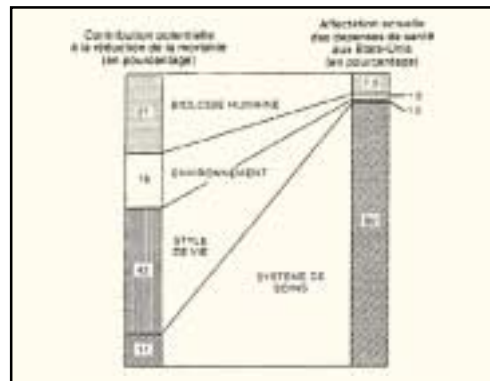


Figure 3: Déterminants de la santé et dépenses de santé selon Dever G. « An epidemiological Model for Health Policy Analysis ». Soc. Ind. Res., 19: 2, p. 465.

risques ou des habitudes de vie néfastes sont ridiculement bas, comparativement aux bénéfices que l'on peut attendre d'actions menées dans le domaine de l'éducation à la santé.

Dans une moindre mesure, le même raisonnement peut être tenu pour les faibles montants réservés à une action sur l'environnement ou encore à la recherche en biologie humaine.

Alors que les générations futures sont susceptibles de payer un lourd tribut lié aux maladies chroniques, il ne sera plus possible de continuer à concentrer la majorité des investissements en santé dans le domaine des soins curatifs. Les actions préventives et d'éducation à la santé devront indubitablement être favorisées pour réussir à maintenir en équilibre les budgets de la santé.

Le médecin généraliste interagit grandement avec la population générale: son influence en matière de prévention et d'éducation à la santé peut être considérable.

Les spécialistes hospitaliers ne peuvent prétendre à une telle action, leur population cible étant nettement plus réduite et sélectionnée.

Infléchir de mauvaises habitudes alimentaires, susciter un sevrage tabagique ou encore favoriser l'autocontrôle chez un patient diabétique: autant de fonctions qui figureront au tableau des rôles dévolus au médecin généraliste.

Il faut avoir conscience que les médecins généralistes auront donc à développer à l'avenir des compétences en prévention primaire et en éducation à la santé. Il faut également admettre qu'ils ne peuvent et surtout ne pourront pas assurer seuls toutes ces tâches. Des infirmières en santé communautaire, des diététiciennes, des psychologues devront indéniablement les seconder.

Quatrième défi: contribuer en pluridisciplinarité aux actions préventives et d'éducation à la santé qui doivent obligatoirement trouver un développement majeur dans les prochaines décades.

ÉVOLUTION DU MODE DE FINANCEMENT DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Notre système de santé vit des moments difficiles. D'un côté, s'expriment de nombreux médecins qui défendent une vision libérale de la pratique

médicale: liberté diagnostique et de prescription, statut indépendant du praticien payé à l'acte pour les prestations intellectuelles comme pour les actes techniques.

D'un autre côté, les gestionnaires des ressources de santé se voient contraints de gérer une explosion exponentielle des coûts et un financement de la sécurité sociale toujours plus étreint. De cette situation découlent une multiplication des barrières administratives qui cherchent à limiter les dépenses mais aussi des mesures qui visent à responsabiliser les médecins (profils...). Tôt ou tard, pour des raisons déjà évoquées plus haut, les gestionnaires de santé auront à faire face à important afflux de patients chroniques (voir troisième défi); ils souhaiteront déplacer une partie des budgets vers des mesures préventives et d'éducation à la santé (voir quatrième défi).

D'un troisième côté, les analyses budgétaires belges montrent que les prestations en médecine générale (le nombre d'actes tarifés par an) diminuent alors que les coûts liés aux hospitalisations et aux actes techniques spécialisés pèsent toujours plus lourdement sur le budget de l'INAMI.

D'un quatrième côté, la littérature scientifique foisonne d'études qui démontrent que, pour de nombreuses pathologies ne nécessitant pas des explorations complexes, la première ligne de soins apporte des solutions à une écrasante majorité des demandes pour un coût nettement inférieur à celui enregistré lorsque les patients s'adressent directement à l'hôpital.

Ces quatre constats font penser qu'il devient nécessaire de reconnaître l'action spécifique du médecin généraliste dans le système de soins. Il n'est plus possible de maintenir un financement de la médecine générale identique à celui réservé aux praticiens d'autres spécialités et lié aux seuls actes curatifs.

Le financement à l'acte ne permet effectivement pas de prendre en compte les activités que les généralistes devront développer en matière de prise en charge globale et pluridisciplinaire des patients chroniques ainsi que dans les domaines de la prévention et de l'éducation à la santé. Il est indispensable que nous prenions la direction d'un mode de financement mixte, alliant forfait et actes médicaux.

Cinquième défi: accepter une modification du mode de financement de notre discipline qui prenne mieux en compte nos missions spécifiques.

CONCLUSION

Cette réflexion, un avis parmi d'autres, contribue ainsi au débat qui anime sans cesse les représentants de notre profession. À un niveau plus individuel, elle peut permettre à chaque médecin de famille d'évaluer sa pratique. Elle participe dès lors à une remise en question pouvant déboucher sur des changements d'attitude. ■