

L'évolution de la Médecine Générale*

M. Schetgen

D.M.G.-U.L.B.

Ceux qui choisissent un métier par vocation le font souvent par référence à un "modèle" qui leur sert de base à une recherche plus approfondie des véritables racines de leur profession.

La médecine générale, souvent choisie par nos prédécesseurs par vocation, trouve ses racines lointaines dans les fondements de la médecine prônée par Hippocrate au 4^{ème} siècle avant J.C. Il est en effet le premier à proclamer que la base de la médecine se situait dans l'anamnèse et l'examen physique qui, aujourd'hui encore, sont les composants essentiels et parfois uniques de la médecine de première ligne. C'est également Hippocrate qui conseillait au praticien d'être l'ami de son patient. Ce lien empathique caractérise encore aujourd'hui la médecine de famille qui amène l'omnipraticien à connaître diverses facettes, parfois intimes, de ses patients, lui permettant de les prendre en charge dans leurs globalités.

Jusqu'au 16^{ème} siècle, ce que l'on appelle aujourd'hui la médecine générale se confondra avec la médecine tout court. Le médecin est, à cette époque, considéré comme l'auxiliaire de Dieu, ne semblant posséder aucun pouvoir sur la vie ou la mort. Au 17^{ème}, on voit de plus en plus apparaître une différenciation entre le médecin des villes, lié le plus souvent aux Facultés et donc à l'enseignement de l'Art de Guérir, et le médecin des campagnes assumant, loin de toute structure organisée, une fonction polyvalente allant de la chirurgie à l'obstétrique en passant par l'apothicairerie. Ce médecin par son côté "omnipraticien" peut être considéré comme le précurseur du généraliste d'aujourd'hui. Le 18^{ème} siècle sera marqué en particulier par la fusion de la médecine et de la chirurgie, qui jusque-là était considérée comme un "art" mineur. A la même époque, on voit apparaître les premiers actes organisés de médecine préventive. Celle-ci, on le sait, deviendra plus tard un des piliers de la médecine générale.

Si des hospices existaient depuis plusieurs siècles, c'est au 19^{ème} siècle que l'on verra apparaître des hôpitaux véritablement orientés dans telle ou telle spécialisation. C'est essentiellement la ségrégation des sexes, des âges ou des états mentaux qui va être le moteur de cette diversification vers par exemple la gynécologie, la pédiatrie ou encore la psychiatrie. D'autres médecins garderont une formation et une pratique plus globale et représenteront l'avant-garde de

ce qui deviendra plus tard, selon le lieu de pratique, la médecine interne ou la médecine générale. Dans les villes, on voit apparaître des activités mixtes, les médecins travaillant partiellement à l'hôpital, partiellement en privé. Cette manière de travailler marquera une partie de la médecine générale urbaine jusque dans les années 60, au 20^{ème} siècle. Au 19^{ème}, on prend également de plus en plus conscience de l'importance d'une médecine de première ligne bien organisée, couvrant l'ensemble de la population. Le manque de médecins de famille dans les campagnes va par exemple amener les autorités françaises à créer la fonction d'"officiers de santé". Ces agents de santé seront formés sur le terrain selon le mode du compagnonnage en dehors des écoles de médecine. Il faudra attendre la fin du 20^{ème} siècle pour voir les Universités reprendre cette méthode d'enseignement, comprenant l'importance de la formation au contact de maîtres de stages transmettant leur expérience. A la même époque, une découverte scientifique fondamentale va changer les mentalités concernant le rôle de la première ligne en matière de prévention. En effet, les responsables de l'Institut Pasteur en France, après avoir mis au point le sérum antidiphtérique, se sont rapidement rendu compte que cette découverte extraordinaire n'aurait aucun effet sur la santé de la population si elle n'était pas relayée par les "généralistes" dans les villes et les campagnes. Relayant également auprès de la population le développement de l'hygiénisme, le médecin de famille deviendra ainsi le pilier incontournable de la prévention, qui révolutionnera l'espérance de vie au cours du 20^{ème} siècle.

La littérature du 19^{ème} fait régulièrement référence à cette nouvelle image du médecin traitant, proche de son patient et qualifié souvent d'"ami de la famille". Au début du 20^{ème}, on retrouve ainsi un médecin généraliste polyvalent et humaniste, ancré dans le tissu social, répartissant son temps entre des consultations, des visites à domicile, des accouchements, de la petite chirurgie, de la dentisterie, de la pharmacie ou encore du travail apparenté à la biologie clinique. Le nombre de patients par jour varie entre 5 et 10, les interventions étant longues et les trajets pour se rendre à domicile souvent difficiles. Les progrès remarquables de la

* Discours prononcé au cours de la cérémonie de prestation du Serment d'Hippocrate, organisée par l'Ordre des Médecins le 18 novembre 2005.

médecine et de la technologie, de même que le développement des spécialités et des hôpitaux vont moduler le travail de l'omnipraticien tout au long du siècle.

Le généraliste, tel qu'on le retrouvera au milieu de ce 20^{ème} siècle, est assez proche de celui qui est encore aujourd'hui dans l'inconscient collectif, une véritable "image d'Epinal". La vocation était alors au cœur même du métier. Le médecin de famille couvre souvent seul une zone géographique large, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Il reste très polyvalent, surtout dans les campagnes, en continuant à assurer des actes tels que des accouchements ou de la petite chirurgie. Dans les grandes villes, la limite entre le travail des spécialistes et celui des généralistes est plus floue. En effet, les généralistes assurent une partie des visites à domicile, les spécialistes ont souvent une activité mixte alternant le privé et l'hôpital. Les médecins de famille sont quasi exclusivement du sexe masculin et travaillent en étroite collaboration avec leurs épouses aidantes. La vocation est ainsi ancrée dans le tissu familial du médecin lui-même. Ils assurent souvent les soins de tous les membres des familles, ce qui valorise leur position auprès de celles-ci. Ils ont de plus une position de notable à côté du curé ou du notaire et s'impliquent régulièrement dans la vie communale. Le respect de la population pour le généraliste est très grand, considéré par les patients à la fois comme un proche et parfois comme un "magicien" détenteur du savoir. La relation médecin-patient est encore essentiellement paternaliste, ce qui était sans doute plus facile, voire plus valorisant. Malgré la particularité de son travail dans ses dimensions polyvalentes et relationnelles, il n'y a à l'époque aucune formation spécifique pour les généralistes qui acquièrent simplement le *curriculum* de base commun à tous les médecins.

Un premier phénomène sociologique va bouleverser le travail du médecin traitant, à savoir l'éclatement du concept familial. D'un côté, les grandes familles se séparent géographiquement, les jeunes générations immigrant vers les villes ou vers l'étranger, et d'autre part on voit se multiplier les séparations aboutissant à un nombre important de familles monoparentales ou recomposées. Le médecin, qui jusque-là était fort ancré dans le milieu familial, devra chercher de nouveaux repères et intégrer ces nouvelles données en particulier dans les aspects épidémiologiques et psychologiques de sa patientèle. Parallèlement, les jeunes généralistes souhaitent une autre vie. Leurs épouses sont de plus en plus souvent engagées dans d'autres professions et ils aspirent à une véritable vie privée. L'épouse aidante sera souvent remplacée par un secrétariat, un "répondeur" ou une équipe soignante assurant les soins à domicile. Les omnipraticiens se regroupent pour assurer les gardes de week-end ou de nuit ou encore pour se remplacer mutuellement au cours des périodes de vacances. La relation avec le patient devient moins paternaliste, ce dernier développant davantage un esprit "critique" face à celui qu'on commence à appeler le "petit docteur".

C'est également dans les années 60 que le système de soins de santé est réorganisé en Belgique, réservant les visites à domicile aux généralistes et progressivement le travail hospitalier aux spécialistes. Si le médecin de famille semble à cette époque gagner en qualité de vie, il perd par contre inévitablement, suite à ces bouleversements sociologiques, une partie de son "aura". Cette tendance s'amplifiera encore, suite à l'augmentation considérable du nombre de médecins, en particulier des spécialistes. De nombreux patients finissent par considérer le généraliste comme un "dispatcheur" ou se rendent en première ligne directement chez le spécialiste. Celui-ci devient le détenteur des actes techniques de plus en plus nombreux et sophistiqués.

Suite à ces diverses "révolutions" sociologiques et organisationnelles, on constate logiquement une diminution des vocations pour la médecine générale et une augmentation pour la médecine spécialisée présentant l'image du savoir suprême et de la technologie assurant l'ensemble des diagnostics et des traitements. Cette image sera relayée plus tard par les médias à travers des feuilletons télévisés tels que "Urgence".

Cette évolution amènera certains à prédire la fin du médecin de famille comme pivot central du système de soins de santé. Certains pays, comme les Etats-Unis abandonneront même à cette époque la visite à domicile.

Il faudra attendre les années 70 pour voir se mettre en place, dans de nombreux pays occidentaux, un mouvement de revalorisation de la médecine générale. Plusieurs groupes internationaux de réflexion voient le jour, en particulier le groupe de Leeuwenhorst redéfinissant le rôle de l'omnipraticien ou encore la WONCA, association internationale des médecins de famille. Ceux-ci sont redéfinis comme des médecins de premier recours, travaillant dans la continuité avec des individus, des familles ou des groupes de population sans considération d'âge, de sexe ou de pathologies. On souhaite également leur donner un rôle de coordinateur et de pilier de la santé communautaire dans le cadre d'une prise en charge globale. Un enseignement spécifique verra peu à peu le jour en commençant par l'organisation sur le terrain de stages chez des généralistes. La directive européenne de 1986 va accélérer ce mouvement en amenant progressivement les études à 9 ans avec un tronc commun de 6 ans et 3 années de formations spécifiques, comprenant des cours, des séminaires et des stages orientés en médecine générale. Des départements de médecine générale sont créés dans les Universités, prenant en charge l'enseignement spécifique et développant des projets de recherche, en utilisant la richesse des informations de la première ligne.

Les dernières décennies du 20^{ème} siècle verront d'autres transformations importantes de la médecine générale. Tout d'abord, sous l'influence du mouvement

de mai 68, on voit se développer le travail en groupe, tantôt sous forme de maisons médicales, tantôt sous forme de travail en réseau. On constate également une nette féminisation de la profession. Celle-ci influencera l'approche humaine du médecin de famille et développera davantage les pratiques à temps partiel en duo ou en groupes plus larges.

Deux autres évolutions plus technologiques influenceront la pratique. D'une part la simplification et la miniaturisation de certaines technologies ramèneront certains actes techniques vers le cabinet du généraliste. On peut épingler de manière non exhaustive l'électrocardiographe portable, le doppler ou le spiromètre. D'autre part l'informatisation envahira les cabinets médicaux, révolutionnant le traitement et la transmission de l'information.

La vocation du généraliste : mythe ou réalité ?

Malgré ces progrès, la vocation pour la médecine générale reste faible. Alors que les règles en matière de *numerus clausus* prônent 43 % de généralistes, seuls 25 % des étudiants de la plupart des Universités choisissent spontanément cette spécialité. Les chiffres récents montrent en plus que 3 omnipraticiens sur 10 abandonnent la profession au cours des 5 premières années de pratique. On constate également chez nombre de jeunes confrères une volonté de diversification de leurs activités : consultations ONE, centres de planning familial, urgences, etc.

Face à ces constatations, deux questions se posent à nous. Tout d'abord, est-il concevable d'exercer la médecine de famille sans réelle vocation ? Ensuite, comment redonner force et vigueur à cette vocation au cours des prochaines années ?

Il me semble difficile d'exercer un métier centré sur l'aide et le dialogue sans un minimum de vocation. La relation humaine est au cœur même de la profession de généraliste. Certes les capacités d'empathie peuvent s'améliorer au cours des études ou à travers la pratique. Mais si elles ne sont pas un minimum présentes au moment du choix, il sera difficile d'assurer de manière optimale une partie importante des rôles du médecin de famille. De plus, même avec une bonne organisation, la disponibilité, non seulement de corps mais aussi et surtout d'esprit et de cœur, restera toujours une qualité indispensable, difficile à acquérir pour ceux qui auront choisi ce métier par défaut.

Certains pensent que le manque de vocation est par ailleurs partiellement dû à la pléthore de généralistes belges. Si une certaine pléthore s'est effectivement installée dans les années 70, rappelons qu'elle a surtout été effective dans les grandes villes et dans certaines provinces comme le Brabant wallon. Toutefois, si on souhaite préserver une première ligne de qualité, il faudra maintenir entre 10 et 12.000 généralistes plein temps en veillant à une meilleure répartition géographique. Compte tenu de la pyramide des âges, de la féminisation de la profession

et du *numerus clausus*, la pléthore pourrait bien faire place à une pénurie dans quelques années !

Dès lors que faire pour susciter davantage de vocations ? Tout d'abord, améliorer l'image de l'omnipraticien auprès des patients. 90 % des Belges ont un médecin de famille et, selon plusieurs sondages, 85 % en sont fort satisfaits. Toutefois, nombre de patients associent le généraliste uniquement à la "bobologie" et les médias mettent davantage en avant le savoir et le prestige des spécialistes et du monde hospitalier. Ne serait-il pas utile, par ailleurs, à une époque où la relation patient-médecin est en profonde mutation, de définir, parallèlement aux droits du patient, les devoirs de celui-ci. Une telle réflexion sociétale contribuerait certainement à l'amélioration de l'image des généralistes situés en première ligne dans cette relation. Il faut ensuite revaloriser la profession au sein même du *cursus* universitaire. Assurer un premier contact avec la médecine de famille très tôt dans les études, organiser des cours transversaux associant généralistes et spécialistes, rendre obligatoire pour tous les étudiants les cours et les stages de médecine générale, augmenter au cours des stages hospitaliers les activités de type consultation ou encore intégrer les étudiants aux recherches en soins primaires sont une série de mesures nécessaires à cette revalorisation. Il faut également un travail en profondeur au sein même de la profession : améliorer l'accueil des généralistes en milieu hospitalier, intégrer davantage les médecins traitant dans les décisions thérapeutiques, mettre en place des lieux de concertation permanente entre omnipraticiens, spécialistes et pharmaciens, optimiser l'échange d'informations par la généralisation du dossier médical global informatisé. L'ensemble de ces mesures devront s'accompagner d'une adaptation des conditions de travail aux aspirations de nos futurs consœurs et confrères : intensifier le travail en réseau, adapter les horaires aux contraintes de la vie moderne, diminuer la part administrative du travail ou encore diversifier les activités tout en maintenant les fonctions de la première ligne.

Les maîtres de stage et enseignants généralistes assumeront leur rôle de "modèle" en montrant en permanence aux plus jeunes que leur métier est imprégné de force par la puissance du message humain, de sagesse par la modestie nécessaire à une première ligne des soins et de beauté par le miroir quotidien des patients. La meilleure manière de susciter des vocations n'est-elle pas de montrer à nos futurs collègues le sourire d'un enfant guéri, de leur faire sentir la main serrée d'une personne âgée qu'on aide à vivre dignement la fin de sa vie ou encore de faire percevoir la confiance souvent renouvelée des patients fidèles.

Cette confiance devient alors en soi un élément central de l'observance thérapeutique, voire de la guérison.

* * *