

# Crise ou catharsis ?

Marc Vanmeerbeek

*exercer* 2014;113:99.

[marc.vanmeerbeek@ulg.ac.be](mailto:marc.vanmeerbeek@ulg.ac.be)

L'article de M. Hedelius *et al.* dans ce numéro d'*exercer* commente l'image de la médecine générale dans la presse écrite française. L'analyse du traitement médiatique montre qu'il est en général superficiel et sensationnaliste, et l'image qui en résulte est peu flatteuse. Bien sûr, la presse grand public a ses exigences : monter en épingle un événement particulier permet de lancer un débat intéressant ou de satisfaire l'attente du lectorat, selon les règles éditoriales en cours. Dans le cas de la médecine générale, peut-on faire le reproche à la presse de ne regarder que par le petit bout de la lorgnette alors que la crise de la profession est bien réelle ? Les articles étudiés relayent d'ailleurs des opinions de tous les acteurs du pentagone du partenariat décrit par C. Boelen pour le soutien au développement d'une discipline<sup>1</sup> : politiques, patients, universitaires, syndicats professionnels, assureurs, et l'unanimité est quasi parfaite. Ce métier est-il donc condamné aux soins palliatifs ? Et dans le cas contraire quel traitement lui appliquer ?

La transition épidémiologique largement dépassée, le coût des soins à une population vieillissante rendent les soins ambulatoires incontournables dans nos pays post-industriels. Dans ce contexte, la médecine générale a toute sa place, pour autant qu'elle réussisse sa mutation vers une organisation de soins globaux, continus et intégrés : trois directions, et autant de défis à relever. Ces trois défis ne sont nullement nouveaux : ils ne font que rappeler l'essence même des soins primaires, auxquels la médecine générale appartient.

La globalité des soins nous impose de rester performants au niveau scientifique, tout en restant conscients que, pour les patients, la santé n'est pas un objectif mais un moyen nécessaire à la réalisation de leur plan de vie. Le premier défi est d'intégrer les concepts de la promotion de la santé qui fait des patients des partenaires éclairés du processus de soins. Ceci implique de renforcer les aptitudes communicationnelles des médecins généralistes et de repenser le sens de la relation de pouvoir qui peut exister entre soignant et soigné. Dans un contexte général où on tend à responsabiliser davantage les individus, il importe de garder à l'esprit que les déterminants de la santé sont plus sociaux qu'individuels<sup>2</sup>.

La continuité des soins pose le défi de la gestion de l'information clinique. Pour être utilisable – autant pour soi-même que dans une équipe de soins – l'information doit être structurée. Pour être utilisée dans nos logiciels, elle doit être codifiée. À ces deux conditions, elle peut être partagée de façon pertinente et efficace entre soignants (généralistes et spécialistes d'organes, paramédicaux) de façon à assurer la qualité des soins et la sécurité des patients dans un environnement médico-technique complexe. Enfin, l'information clinique structurée et codifiée peut être facilement agrégée pour une utilisation de recherche spécifique en médecine générale. Cette dernière permet de produire des informations scientifiques basées sur l'expérience des patients ambulatoires que soignent les médecins généralistes<sup>3</sup> ; de plus, elle permet d'asseoir la légitimité scientifique de la discipline et ainsi contribuer à résorber le déficit d'image dont elle souffre dans maintes facultés de médecine.

L'intégration des soins entre les différentes disciplines de la première ligne pose le défi de la co-professionnalité. Diverses formes d'associations voient le jour, mono- ou pluridisciplinaires, avec ou sans paramédicaux, avec ou sans mission de santé publique. Les raisons de cette tendance sont probablement multiples : optimisation des coûts d'installation et de fonctionnement, gestion des horaires de travail, diversification de l'offre de services, implication de collectivités locales, etc. Or, peu de choses préparent les professionnels de santé à travailler ensemble ; leurs études restent cloisonnées entre disciplines, entre niveaux de diplômes, et personne n'apprend vraiment à travailler avec les autres. Une actualisation des référentiels métiers de chaque discipline devra indiquer clairement où se situe l'interface avec les autres et comment doit se passer la transmission d'informations et la délégation de tâches à cet endroit. Il est possible que, dans ce processus, les généralistes perdent quelques activités routinières de suivi des patients, mais qu'en revanche les tâches qui leur seront réservées soient plus valorisantes au plan intellectuel.

Ces trois défis impliquent des aménagements de la formation des généralistes, et une redéfinition de leurs tâches et compétences propres. Ce travail implique de réunir les cinq composantes du pentagone du partenariat cité plus haut autour d'un projet élaboré en commun. Tout changement est difficile, mais ne rien tenter dans la situation actuelle de crise n'est probablement pas mieux. Il reste à espérer qu'une telle conférence, forcément longue et difficile, attirerait des commentaires journalistiques plus positifs pour le métier de généraliste !

**Marc Vanmeerbeek**  
Professeur  
de médecine  
générale,  
Université de  
Liège, Belgique.



Photo : DR

## Références

1. Boelen C. Vers l'unité pour la santé. Défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2001.
2. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion. Paper 2 (Policy and Practice). Geneva : World Health Organization, 2010.
3. Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevallier P *et al.* Research agenda for general practice, family medicine and primary health care in Europe. Maastricht : EGPRN, 2009.