

# Sauver la médecine de famille ?

**Malmenée depuis les années 60, la médecine de famille ne pourra s'épanouir que par les conclusions de sa pensée scientifique qui envisage l'avenir en privilégiant l'humain et non les machines.**

**Louis Velluet,** ancien médecin de famille, psychanalyste  
Lorsqu'ils parcourent la marelle du pouvoir, patientant quelques jours sur la case « ministère de la Santé » avant de repartir vers le ciel des postes valorisants, les hommes (femmes) politiques manquent rarement de souligner au passage l'importance du médecin généraliste, « pivot du système de santé », « pièce essentielle », « référent incontournable ». Un peu plus au fait de l'actualité, il peut même leur arriver de se féliciter de la reconnaissance récente de la médecine de générale comme Spécialité Médicale « à part entière ».

Cette unanimité ne fait que rendre plus manifeste le monde d'illusions dans lequel vivent beaucoup de responsables dans notre pays. Analysée sans a priori, la réalité est en effet tout autre : encensée, maquillée de réformes illusoire, la médecine générale (ou « de famille », ainsi que la nomment plus justement la plupart des pays occidentaux) est, en France, pratiquement à bout de souffle.

Comment en est-on arrivé là ? Comment expliquer le mépris ou la condescendance – soigneusement dissimulés – dont font preuve à son égard, beaucoup plus souvent qu'on ne l'imagine,

aussi bien des responsables d'organismes sociaux que, curieusement, beaucoup de médecins qui n'exercent pas cette discipline ? Cette pratique est-elle réellement obsolète et doit-on la voir disparaître sans regret ?

Telles sont les questions auxquelles il est urgent que notre société réponde, avant que la situation soit devenue irréversible.

## L'évolution au cours des cinquante dernières années

Pour accompagner la démarche d'explicitation d'une certaine réalité médicale entreprise ici, un rappel historique s'impose.

La décennie qui suivit le retour au pouvoir du Général de Gaulle fut marquée par une série de réformes d'une portée considérable. L'une des

plus importantes, mais pas nécessairement celle qui attira le plus l'attention, concernait la médecine. Considérée à l'époque comme une avancée intéressante, la réforme Debré initiée au cours des années 60 a pourtant modifié profondément les conditions d'exercice dans un sens que n'avait pas imaginé son concepteur, et dont nous subissons les conséquences aujourd'hui.

L'essentiel de la réforme consistait à instituer le temps plein d'hospitalier, c'est-à-dire à faire des médecins considérés comme les plus compétents et les plus titrés des fonctionnaires d'une espèce particulière. L'hypothèse qui sous-tendait cette modification radicale de l'exercice médical s'appuyait sur la conviction que la recherche, l'enseignement et les soins pouvaient – et devaient – être assumés, pour toutes les disciplines, par les mêmes personnes, et dans un lieu unique. A l'intérieur des Centres Hospitaliers Universitaires (les CHU), devaient désormais officier des professionnels omniscients. Cette hypothèse qui semble, avec le recul, pour le moins discutable, n'a pas porté les fruits que souhaitait son auteur. Au sein du système, des médecins exerçant aux plus hauts échelons de structures n'hésitent plus à la contester, arguant justement du fait que la polyvalence n'est pas la règle générale et que certaines aptitudes sont exclusives. Mais la conséquence la plus grave de cette réforme est restée longtemps inapparente. Il a fallu un quart de siècle pour qu'apparaissent ses effets négatifs.

Avant la réforme, tous les médecins hospitaliers entretenaient des liens avec le milieu de vie habituel des patients et avec les médecins des villes et des campagnes. Liens plus ou moins profonds, mais constants, établis en fonction de leurs activités privées et souvent liens plus personnels avec des praticiens qui n'hésitaient pas à faire appel à leur compétence sur le terrain, en les amenant même parfois au chevet de leurs malades.

La plupart d'entre eux possédaient ainsi une connaissance directe des aspects spécifiques de la médecine générale. Or, cette connaissance s'est peu à peu délitée dans la mesure où, les années passant, de nouvelles générations de médecins, formés

« A l'intérieur des Centres Hospitaliers Universitaires, devaient désormais officier des professionnels omniscients. »

presque exclusivement en milieu fermé, accédaient à la responsabilité des services au sein des CHU. Sous les effets conjugués de l'éloignement du milieu de vie normal et du sentiment de posséder un savoir exhaustif, s'est constituée ainsi une croyance implicite selon laquelle la médecine interne, pratiquée dans les services du même nom, et la médecine générale dont le domaine se situait dans un autre espace, ne faisaient qu'un.

L'université médicale s'est alors trouvée dans l'incapacité de promouvoir, et par la même de préserver, une discipline dont elle ignorait les fondements, persuadée que l'objet de la médecine réside essentiellement dans la recherche, le classement et le traitement des maladies physiques, tout le reste devant être confié aux psychiatres, psychologues et autres professionnels du psychisme.

Enfin, l'instauration d'un *numerus clausus* limitant de façon drastique le nombre des étudiants en médecine a aggravé la situation. L'aboutissement en a été la raréfaction des médecins de famille, contribuant largement à la rupture du maillage social, rupture dont on a pu voir les effets dévastateurs au cours de l'été caniculaire 2003.

Paradoxalement, dans le temps où notre pays voyait se renforcer sa tendance à l'hospitalo-centrisme, la médecine générale réaffirmait son identité à travers une volonté européenne de promouvoir des actions de recherche spécifiques, volonté rassemblant des enseignants généralistes des principaux pays de la Communauté européenne auxquels étaient venus s'adjoindre, dès cette époque, des représentants de la Hongrie et de l'Allemagne de l'Est. La première « Conférence sur l'enseignement de la médecine générale » eut lieu à Bruxelles en 1970, sous les auspices de la Société Flamande de Médecine Générale, mais c'est en 1974 que fut constitué le groupe de recherche qui élaborait la définition européenne adoptée le 28 septembre 1977 par le Conseil des Ministres de la Communauté (Résolution 77/30).

Les différents pays de la Communauté Européenne prirent en compte, chacun à leur manière, les recommandations mais on peut – et on doit – s'interroger sur les raisons de cette négligence, elles demeurèrent en France pratiquement ignorées dans l'Université Médicale. Certes, des réformes furent opérées, en particulier des « Départements de Médecine Générale » furent créés, mais cela se fit avec beaucoup de réticences dans les esprits et de lenteur en ce qui concernait leur réalisation matérielle.

Au point que le nom de « Département » resta longtemps interdit dans beaucoup de Facultés et que les responsables généralistes furent souvent flanqués d'un collègue hospitalo-universitaire, voire chapeautés par lui.

La situation semble s'être aujourd'hui améliorée avec cette reconnaissance récente de la médecine

générale définie comme une « spécialité », mais le risque demeure que cela ne soit qu'une promotion en trompe-l'œil, car le mouvement général reste celui d'une absorption dans l'institution plutôt que d'une reconnaissance de sa réelle spécificité. Il est très étonnant de constater que la plupart des membres du corps hospitalo-universitaire, interrogés sur la définition de la médecine de famille et sur son rôle, sont encore, à ce jour, dans l'incapacité de répondre. La plupart d'entre eux ne conçoivent ses représentants que comme des sortes de pseudopodes dont la fonction consiste à ramener toute une population de malades qui s'ignorent au sein de l'univers de l'omnipotente Science Médicale. Rappelons donc, pour ceux d'entre eux qui nous liront, la véritable nature de cette mystérieuse activité.

### La Science du particulier et de la vie « in situ »

La Médecine de Famille suppose en premier une relation *proche, personnelle* et *continue* avec les sujets qui s'adressent à elle.

On voit que les trois premiers termes de la définition, s'articulant entre eux donnent une image tout à fait claire d'une fonction médicale originale, différente de toutes les autres, mais parfaitement complémentaire.

Si nous introduisons maintenant la seconde partie de la définition, la supériorité de ce « suivi longitudinal individualisé » se trouve renforcée et sa spécificité rendue encore plus évidente dans la mesure où soigner « sans distinction d'âge, de sexe ou de pathologie » permet d'observer tous les membres d'un groupe familial (ou même d'une entité sociale), de déceler les interactions pathologiques éventuelles et d'intervenir au profit de tel ou tel, favorisant ainsi le maintien des équilibres des groupes humains au sein de la population.

Pour aller plus précisément à l'essentiel, cette activité du médecin de famille est la seule qui permette de déceler, dès leur émergence, les pathologies liées aux ruptures des équilibres physiologiques, somatiques et/ou psychologiques, que ces ruptures concernent apparemment les premiers nommés ou qu'elles succèdent à des traumatismes où les deux origines sont difficilement démêlables.

C'est à Michael Balint que revient le mérite d'avoir mis en évidence le fait que le médecin généraliste, en tant que personnage doué d'un « supposé-savoir », et donc d'un « supposé-pouvoir », avait la capacité de mobiliser chez les patients des réactions physiologiques protectrices susceptibles d'atténuer les effets de ces défaillances.

Nous touchons ici au point crucial des recherches menées depuis plus d'un demi-siècle, recherches dont l'aboutissement projette une lumière crue sur les taches aveugles d'une certaine idéologie médi-

« L'instauration d'un *numerus clausus* limitant de façon drastique le nombre des étudiants en médecine a aggravé la situation. »

.../...

.../...

cale. Tous les travaux de la recherche psychosomatique depuis les années 50 montrent en effet l'urgence de trouver un correctif au morcellement clinique qui tend à faire disparaître le sujet souffrant derrière ses organes. Les Cannon, Alexander et autres Selye ont montré qu'assurer la santé apparente d'un patient ne peut être en effet qu'un leurre s'il est fait l'impasse sur son unicité profonde, sur la manière dont ses composantes psycho-affectives interviennent inévitablement dans le maintien de ses équilibres vitaux. La médecine de famille constitue l'espace spécifique protecteur qui peut assurer le maintien de ces équilibres.

### Conclusion

Dans la zone frontalière qui sépare le monde du quotidien du monde médical, mais bien immergé dans le premier, le médecin de famille n'est certainement pas le représentant d'une spécialité comme les autres.

En fait, les recherches que nous avons évoquées montrent qu'il est irremplaçable dans sa fonction de garant d'un maillage social qui tend chaque jour un peu plus à se défaire et qu'il serait certainement urgent de commencer à retisser.

Arrivés au terme de ce survol d'une situation

sociale qui apparaît aussi sous-estimée que préoccupante, on est tenté de reformuler ainsi la question initiale : faut-il continuer à favoriser l'extension des structures hospitalières, considérées comme les temples de la « vraie médecine » ou faut-il, au contraire, limiter strictement leur croissance en s'efforçant de redonner à la médecine de proximité les moyens de remplir son rôle fondamental de prévention, rendant ainsi inutiles les institutions démesurées ?

La réponse est sans doute à nuancer, mais celle à apporter à la question formulée dans notre titre devrait être, à l'inverse, catégoriquement positive. Elle est basée, non sur quelque nostalgie du passé, comme feignent de le croire certains acteurs de santé, mais tout au contraire sur les conclusions d'une pensée scientifique qui envisage l'avenir.

L'Université médicale ouvrira-t-elle les yeux ? Les responsables politiques et les institutionnels des structures sociales auront-ils le courage de mettre fin à quelques décennies d'immobilisme et surtout à leur obsession de domestiquer les médecins de famille et d'en faire des fonctionnaires obéissants ?

Cela dépendra sans doute de l'énergie que les citoyens mettront à les convaincre de privilégier l'humain et non les machines. ■

## Un film à voir où à revoir, *Barberousse* de Kurosawa

■ Sylvie Cognard, médecin généraliste

Un film sur l'initiation des apprentissages et la transmission d'un art de la médecine.

Un jour d'automne, vers 1820, un jeune médecin diplômé de l'université de Nagasaki est nommé, contre son gré, dans un hôpital misérable d'un quartier de Tokyo. L'hôpital est dirigé par un médecin, « Barberousse », tyrannique avec ses collègues, tendre avec ses malades, dont le sacerdoce est de combattre la misère et l'ignorance qu'il pense responsables des maux de ses patients. Parce que les politiques ne s'attaquent pas à ces deux fléaux, il part de sa place de médecin pour les combattre. Il n'hésite pas à bagarrer, à transgresser, à faire chanter le riche pour sauver le pauvre.

Petit à petit, le jeune Yasumoto, ambitieux et hautain, va ouvrir les yeux sur les autres et apprendre à lire à travers les apparences, à percevoir l'âme au-delà du corps. Lui-même sera malade. Il sera soigné et guéri par une petite fille arrachée à une mère maquerelle, qu'il a soignée avec patience et amour. Ainsi son changement d'attitude, sa « rédemption », ne vient pas de la souffrance mais de l'amour. « Derrière chaque maladie, dit Barberousse, il y a toujours un malheur de la vie. » Les personnages de Kurosawa ne font rien d'autre qu'apprendre à vivre afin de pouvoir accepter leur mort.

Ce qui est beau dans *Barberousse*, c'est que ces leçons nous parviennent à travers des histoires atroces et superbes, sur lesquelles Barberousse, alias Kurosawa, pose le regard de la compassion. Mais une compassion à la Dostoïevski. « Dostoïevski, dit-il, a le courage de contempler la misère des hommes. Il ne détourne pas les yeux ; et il est si plein de tendresse qu'il souffre de la même souffrance. » A la fin du film, c'est une image de solidarité et d'espoir que le jeune médecin contemple : des femmes hurlent dans un puits le prénom d'un enfant qui se meurt d'un empoisonnement familial collectif, volontairement programmé pour échapper définitivement à la misère devenue intolérable. Ces femmes espèrent, selon une vieille superstition, rappeler son âme des entrailles de la terre. L'enfant revient à la vie en vomissant le poison, et nous comprenons que c'est leur amour qui l'a sauvé. ■