

Une urgence depuis bientôt 40 ans !

En Belgique aussi une véritable refonte conceptuelle de la formation des soignants est nécessaire : analyse et propositions portées par la Fédération des maisons médicales Belges auprès du ministère de l'Éducation supérieure.

Pierre Drielsma,
fédération des
maisons médicales

*... l'étudiant en médecine est principalement
confronté avec une médecine de luxe
et d'exception, et... il se trouve un peu comme une
future ménagère qui, au cours de cuisine,
apprend à réussir un soufflé de langouste...¹*

Prologue

Le système belge ne diffère guère du système français, en particulier du côté francophone de notre merveilleux royaume (Bruxelles/Wallonie). La médecine générale est en très mauvais état, essentiellement par la dévalorisation continue qu'à connu ce métier depuis le développement des spécialités médicales. Le *numerus clausus* est apparu tardivement en Belgique, malgré une pléthore bien réelle dans certaines spécialités : cardiologie, gastroentérologie... et plus douteuses en médecine générale (les statistiques étaient pour le moins trompeuses).

Si le cadre de formation pour les spécialités est relativement bien établi, nous pensons que la médecine générale (discipline en crise) doit recevoir un traitement particulièrement soigné, une véritable refonte conceptuelle qui va bien au-delà de l'approche disciplinaire.

Voici quelques extraits d'une recherche fédérale² sur l'attractivité en médecine générale chez les étudiants : de nombreux étudiants ont peu de contacts avec la médecine générale et arrivent tardivement dans le cursus d'études de base. De surcroît, la perception négative de la spécialité médecine générale est influencée par les valeurs négatives véhiculées par la faculté et les médecins généralistes enseignants de certaines universités ne semblent pas jouer un rôle optimal comme ambassadeurs de cette spécialité. Des stages de bonne qualité en médecine générale sont par ailleurs essentiels pour que les étudiants optent en faveur de cette spécialité...

Tous les étudiants perçoivent la médecine générale comme une spécialité à statut et à revenus inférieurs. Les étudiants ont formulé des sugges-

tions à propos de : la sélection des étudiants (profil orienté vers la médecine générale), l'image et la position de la médecine générale au sein des facultés de médecine, la qualité de l'enseignement et des stages de médecine générale, une position plus forte des médecins généralistes dans le système de soins de santé...

Les départements de médecine générale sont encore jeunes et leur intégration dans les facultés de médecine n'est pas évidente. Peut-être pêchent-ils par manque d'audace, mais ils ont l'audace des moyens qu'on leur attribue.

Problématique : Qu'est-ce qui ne va pas dans la formation de médecine générale actuellement ?

La sélection de premier niveau universitaire s'effectue essentiellement via des épreuves de sciences « dures » qui manquent à la fois de sensibilité et de spécificité. En effet, de piètres cliniciens peuvent réussir aisément ces épreuves et de futurs excellents généralistes peuvent être injustement rejetés dans les ténèbres extérieures par déficit d'abstraction mathématique.

La médecine générale dispose d'un espace trop petit dans le cursus, l'enseignement se fait pour l'essentiel à sens unique, de la médecine spécialisée vers la médecine générale.

La médecine générale (Département Universitaire de Médecine Générale, Centre Universitaire de Médecine Générale, Centre Académique de Médecine Générale) dispose de moyens trop réduits au sein des facultés de médecine, il n'existe qu'une poignée d'enseignants à temps partiel face à une théorie de chaires de spécialités et de sous-spécialités. Cette faiblesse a une origine connue : le développement des spécialités à partir du tronc commun qui ont dénervé celui-ci au profit des branches latérales et dans le prestige et les enjeux économiques de la médecine technologique (complexe médico-industriel).

Un paradoxe : les médecins hospitaliers qui apprennent leur métier aux généralistes travaillent en

équipe pluridisciplinaire au sein des services hospitaliers et ils fabriquent des médecins généralistes solistes.

Alors que la médecine générale repose sur les quatre piliers de Monique Vandormael³ au croisement des couples individuel/collectif et objectiviste/subjectif, la formation est trop orientée vers le traitement individuel d'abord somatique et subsidiairement psychologique.

	individuel	collectif
Objectiviste	Bio-médecine	Santé publique
Subjectif	Psychologie/psychiatrie	Ethnosociologie

La formation dans les disciplines contextuelles est insuffisante ou absente : santé publique, promotion de la santé, sociologie de la santé, anthropologie de la santé, économie de la santé, bioéthique, philosophie de la santé, épistémologie, sciences cognitives...

La complémentarité entre médecine de première ligne et médecine spécialisée n'est pas bien développée au sein des facultés. Le modèle réel reste à la concurrence entre les deux lignes de soins. Comme le disait un chirurgien haut responsable syndical, la Sécurité sociale est une prairie où chacun prélève suivant la longueur de sa langue. Il est urgent de sortir de ce modèle pour harmoniser les différentes disciplines.

Quelques données sur la structure et l'évolution de la profession dont il faut tenir compte pour une réforme

Les études médicales sont avant tout des études professionnelles et le cœur de la pratique médicale, c'est la clinique. La clinique représente un service direct au patient et les aspects relationnels sont essentiels : qui a de l'aversion ou du mépris pour ses semblables ne doit pas s'engager dans ce métier.

Par ailleurs, la clinique est un métier exigeant. Elle peut user les nerfs des praticiens. Le modèle idéal du clinicien à temps plein, scientifique rigoureux pétri d'EBM (médecine fondée sur des preuves) est-il tenable ? Le clinicien confident, plein de sollicitude, qui s'identifie à son patient en recherchant avec celui-ci la meilleure piste de santé possible est-il tenable de concert ? L'examen clinique lui aussi doit bénéficier de l'apport EBM, la séméiologie reste une discipline centrale pour le futur praticien amené à diagnostiquer à domicile avec peu de moyens. En aucun cas, la diversification des savoirs nécessaires au médecin généraliste ne doit aliéner ses compétences dans le diagnostic et le traitement. Au contraire, l'informatique lui donne(-ra) accès à des informations pertinentes qui

accroîtront ses capacités et amélioreront la qualité des soins (reminders, aide à la décision médicale, etc.).

Si la clinique nécessite de la sollicitude et de l'attention, la gestion des examens para-cliniques nécessite surtout la connaissance et la compréhension d'un diagnostic probabiliste.

La médecine générale est probablement un métier à pratiquer à dose modérée, il faut garder des espaces de respiration, d'échappée mentale. La première ligne doit se réformer au moins en partie, sur le modèle du service hospitalier. La médecine soliste a vécu. Les jeunes praticiens n'en veulent plus. Seuls survivront les groupes mono disciplinaires ou, mieux encore, pluridisciplinaires. Il faudra en tenir compte dans l'organisation des cours des futurs médecins généralistes, mais aussi pour les professions connexes.

Quelques pistes de solutions

Les soignants doivent répondre aux besoins d'humanité des patients, besoins d'autant plus élevés que la pathologie génère une régression et des demandes de maternage. Ces besoins sont d'autant plus grands que le monde devient plus fou et que le productivisme forcené ramène les citoyens au rang d'outils jetables.

La première année, plutôt que d'être une épreuve de sélection sur les seules sciences dures, pourrait se réorienter vers une approche compassionnelle du métier. De ce point de vue, on peut ressortir la très bonne idée des stages sociaux qui permettaient à de futurs ingénieurs d'aborder la condition ouvrière par en bas. À de futurs médecins de connaître le dur travail des aides soignantes à l'hôpital ou au domicile. Si une sélection est nécessaire, elle pourra (au moins partiellement) s'effectuer sur des critères d'humanité plutôt que sur la seule habileté intellectuelle.

- Construire la pratique pluridisciplinaire de première ligne (en tous cas).
- Un tronc commun (au moins partiel), avec d'autres professionnels de santé (on peut prendre l'exemple des étudiants en santé publique qui ont en commun des cours d'économie de la santé avec les économistes).
- L'organisation de stages pluridisciplinaires collectifs (avec le même groupe qui suit les travaux dirigés).
- Des travaux dirigés en commun avec d'autres disciplines complémentaires (kiné, infirmière, psy et travailleurs sociaux, etc.). Cette co-formation doit se poursuivre tout au long du cursus.
- Une meilleure connaissance réciproque des futurs généralistes et spécialistes. On s'interroge toujours sur la faible qualité des relations entre médecins généralistes et médecins spécialistes,

.../...

.../...

- cette mauvaise relation est le fruit d'une relation fortement inégalitaire, cette inégalité est multi-dimensionnelle.
- Durée des études (différence parfois modeste pour les « petites » spécialités).
 - Prestige : le médecin de la télévision est le plus souvent dépositaire de la médecine héroïque : chirurgien, réanimateur, etc.
 - Revenus : Une étude récente de l'OCDE montre que, partout, les spécialistes sont mieux payés que les généralistes, le ratio des moyennes de rémunération varie entre 1,1 (la Suisse) et 2,4 (les Pays-Bas) ⁴. On trouve la même observation dans l'article de l'institut néerlandais de recherche en soins de santé, le NIVEL ⁵. Ces deux études situent les revenus des médecins généralistes belges dans les bas-fonds.
 - Infrastructure de travail : la comparaison entre le porte-avion hospitalier et la felouque du généraliste soliste ne peut faire illusion. Tandis qu'une armada de torpilleurs (centres de santé de première ligne) est en mesure de proposer une riposte efficace.

L'éducation ne peut corriger qu'une petite partie du problème. Mais il va de soi que les cours de médecins généralistes aux futurs médecins spécialistes sont aussi indispensables que les cours de spécialités aux médecins généralistes. La suppression de la 7^e année qui permettait en partie cette approche risque d'aggraver les choses, il est nécessaire de redescendre les cours de médecine générale plus tôt dans le cursus. Il faut de plus étendre les cours de médecine générale ; pour cela, il faut fortement élargir le cadre enseignant en médecine générale. Actuellement à l'Université Catholique de Louvain, tous les cours peuvent être donnés conjointement par un médecin spécialiste et un médecin généraliste, mais ceux-ci, trop rares dans le corps enseignants, ne peuvent suffire à la tâche. Il s'agit là encore d'un faux-semblant.

Peut-être, à plus long terme, peut-on envisager des travaux dirigés trans-muraux sur la construction de trajets de soins équilibrés pour des pathologies spécifiques où les deux lignes sont indispensables. Une construction sur une base strictement fonctionnelle (qui est le mieux à même de remplir quelle tâche ?), il n'est même pas exclu d'envisager la participation d'autres professions des deux lignes à l'établissement de tels protocoles trans-muraux. Ce type de travaux permettra de générer une nouvelle culture médicale centrée sur la coopération et non sur la concurrence entre les deux lignes de soins.

Une dilatation/complexification de la médecine générale

La médecine générale, qui voit près de 80 % de la population chaque année, et près de 100 % des plus de 65 ans, est une discipline qui peut être le pivot d'un observatoire de la santé.

La médecine générale dans la structuration actuelle des facultés est une discipline au rabais. Elle apparaît, erronément, comme la somme de spécialités mais peu approfondies, alors qu'elle présente des spécificités puissantes qui manquent souvent cruellement aux spécialistes. Ces spécificités sont le suivi longitudinal (continuité), la globalité (tous les problèmes), l'intégration (toutes les actions), l'accessibilité (tous les types de patients sans restrictions économiques ou culturelles). Ce que le médecin généraliste apprend par cet aspect universel de son action est un savoir précieux, qu'il peut transmettre aux futurs spécialistes ; un savoir qui leur permettra de prévenir certains

« La médecine générale dans la structuration actuelle des facultés est une discipline au rabais. »

paradoxes cuisants du genre : le malade est mort guéri... Ceci est une justification puissante d'un enseignement réciproque (MG <-> MS) et non unilatéral (MS -> MG). La médecine générale, outre le rapprochement avec les autres disciplines de la première ligne dans le cadre du cursus et de la recherche, doit aussi se rapprocher des écoles de

santé publique. Précisément parce que l'épidémiologie, comme la prévention, trouve un meilleur terrain en première ligne qu'en seconde. L'alliance entre la première ligne et la santé publique permettra à ces petits Poucets facultaires d'améliorer leur visibilité et leur crédibilité.

Par ailleurs, il faudra contractualiser, par exemple sous forme d'un groupe transdisciplinaire d'étude de la première ligne (dans chaque université ou en interuniversitaire), la collaboration entre les Départements Universitaires de Médecine Générale orientés vers l'activité clinique et le terrain, les écoles de santé publiques orientées vers l'étude des agrégats sanitaires. Ils devront étudier les déterminants de ceux-ci et les méthodes de changement. Enfin, on devra intégrer et étendre les disciplines contextuelles : sociologie de la santé, anthropologie de la santé, économie de la santé, bioéthique, philosophie de la santé, épistémologie, sciences cognitives, etc. Ces outils donneront plus de poids aux différents intervenants en faculté et en inter-facultaire, plus en tous cas que la simple addition de leur impuissance.

Au total, si la médecine générale soliste ne fait plus le poids face aux grandes structures hospitalières, elle peut gagner la bataille de sa dignité et donc de sa survie par une extension horizontale (toute la première ligne en équipe pluri professionnelle)

et verticale (avec la santé publique, la sociologie de la santé, l'économie de la santé, l'anthropologie de la santé, etc.). ■



1. Lise Thiry, Professeur honoraire de Virologie, Université Libre de Bruxelles, GERM, « Pour une politique de la santé », *La revue nouvelle* 10. 1-10-1971. 1-10-1971. Ref Type: Journal (Full).
2. Geerts Ch., Lorant V., & al. 2008, *Médecine générale : comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession ?* KCE reports 90B, KCE reports 90B.

3. Vandormael M. 1995, *Médecine générale et modernité. Regards croisés sur l'Occident et le Tiers Monde*. Thèse de doctorat en sciences sociales, Université Libre de Bruxelles, Faculté des Sciences Sociale, Politiques et Economiques.
4. Fugisawa R. & Lafortune G. 2008, "The remuneration of general practitioners and specialists in 14 oecd countries: what are the factors influencing variations across countries?", OECD HEALTH WORKING PAPERS N° 41, 41.
5. Kroneman, M. W., Van der, Z. J., & Groot, W. 2009, "Income development of General Practitioners in eight European countries from 1975 to 2005", *BMC.Health Serv.Res.*, vol. 9, p. 26.

Synthèse des propositions

Réforme de la première année de médecine

- Dans un parfait équilibre d'importance entre les disciplines scientifiques dures et les sciences humaines contextuelles.
- Amplification de stages sociaux, par exemple comme aide soignant dans les hôpitaux, les Maisons de Repos (et de Soins) ou au domicile des patients avec un encadrement de « praticiens humains ». Stages conclus par une évaluation qualifiante.

Création d'une école de la santé

- Qui regroupe toutes les professions universitaires (et/ou études supérieures) connexes : médecins, kinés, infirmières, travailleurs sociaux, logo, etc., durée du cursus commun à déterminer, ainsi que stages communs, travaux pratiques/dirigés communs.
- Développement d'une culture du travail en équipe.

Construction de soins trans-muraux équilibrés

- Autant de cours de médecine générale aux spécialistes que le contraire.

- Travaux dirigés communs aux futurs médecins généralistes et médecins spécialistes (comme d'autres professions) autour de pathologies chroniques : coordination et division du travail.

- Embauche d'un cadre enseignant substantiel en médecine générale (minimum quadruplement du cadre actuel -> objectif quasi-parité avec la médecine spécialiste).

Intégration des disciplines connexes dans le cursus et construction de recherches communes (transdisciplinaires) Santé publique, sociologie, psychologie, anthropologie, économie de la santé, bioéthique, philosophie, épistémologie, sciences cognitives.

Création d'un institut (interuniversitaire par exemple) de la première ligne (comparable au NIVEL néerlandais (cf. plus haut))

Un tel institut regroupera des chercheurs et des praticiens des différentes disciplines pour leur offrir un poids et une visibilité et contribuer au développement de cette approche des soins de santé. ■