

société
française
médecine
générale

APPORTS et ANALYSES
de la SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE
COLLOQUE DE L'ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION
" LES SYSTÈMES DE SANTÉ "
5 Juin 1987

Le rapport préliminaire présenté au Colloque sur "les Systèmes de Santé", s'ouvre sur une hypothèse et deux constatations :

- l'hypothèse est que toute réforme dans un domaine de ce système retentit sur les autres domaines connexes,
- la première constatation est que le coût de l'assurance maladie s'accroît rapidement dans tous les pays industrialisés.

Trois raisons sont avancées pour expliquer cet accroissement :

- 1/ L'innovation technique continue, redondante et, souvent, hautement sophistiquée,
 - 2/ l'évolution démographique qui joue à deux niveaux : celui de l'accroissement du nombre des personnes âgées, grandes consommatrices de soins, celui du nombre de médecins qui en sont les producteurs,
 - 3/ le rôle des media qui joue en faveur des médecines spectaculaires et en développe la demande dans la population.
- La deuxième constatation est relative au fait que c'est en FRANCE que l'accroissement est un des plus élevés du monde développé.

Il ne nous a pas paru qu'une hypothèse ait été avancée pour expliquer les raisons de cette particularité propre à notre pays.

.../...

Au nom de la Société Française de Médecine Générale, nous désirons énoncer sur ce point quelques idées conformes à l'hypothèse première qui fonde ce rapport.

Rappelons qu'en 1958, la Médecine Française a connu une réforme des études médicales (Loi Debré) basée sur l'idée qu'il convenait de rapprocher les lieux d'enseignement et de recherches universitaires, des lieux de son exercice, afin de favoriser le développement des disciplines spécialisées pour lesquelles nous avons un certain retard. Le choix des hôpitaux qui furent intégrés dans la structure universitaire, tint le plus grand compte de la nature hautement spécialisée des services à inclure.

Dans le droit fil de la même règle, il eut fallu inclure à l'Université un secteur distinct, réservé à la médecine générale, dite "de ville", c'est-à-dire entièrement exercée en dehors de l'institution hospitalière.

C'est d'ailleurs la démarche qui, à la même époque, était inaugurée dans un très grand nombre de pays étrangers industrialisés anglophones (y compris les U.S.A. et le Canada) mais aussi germanophones, ainsi que les Pays-Bas, certains Pays scandinaves, également en Océanie et dans les anciens dominions britanniques d'Asie et d'Afrique. Il en est résulté, chez eux, une recherche distincte, un enseignement spécifique et une pratique qualifiée, sous le contrôle des systèmes évaluatifs de type universitaire.

Du point de vue des équilibres des systèmes de santé, ces pays disposent de praticiens spécialement qualifiés pour la médecine de soins quotidiens et les gestionnaires ont des informations régulières sur les morbidités qui en relèvent. Des évaluations qualitatives deviennent aussi possibles. Des politiques cohérentes peuvent être mises en place sous des formes qui varient selon les choix politiques des uns et des autres: Ainsi, certains pays imposent d'autorité un filtre généraliste avant tout recours à la médecine spécialisée (comme la Grande-Bretagne et les Pays-Bas), d'autres, par exemple les U.S.A., créent des modes d'exercice mixte de ville et d'hôpital pour certains types de praticiens (pédiatres, ORL, gynécologues, internistes) et les mettent en compétition avec d'autres praticiens de formation plus proche des modèles européens.

Tout ceci se fait sous le regard comptable de plus en plus vigilant des organismes payeurs.

Ce mouvement international a conduit à mettre en place, dès 1972, une organisation mondiale des sociétés savantes de médecine générale (WONCA, World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), reconnue comme O N G par l'Organisation Mondiale de la Santé. En son sein, l'ensemble de ces problèmes sont débattus dans un esprit de bonne communication des innovations et d'unification des acquis.

.../...

Dans tous les cas, les plus grands efforts sont faits pour distinguer et évaluer les coûts dans les trois grandes fonctions médicales qui sont :

- la médecine de l'exploit
- celle des techniques diagnostiques
- celle des soins de première intention.

Dans ces pays, comme en France, c'est cette dernière qui inclut le plus gros des séquences de prévention primaire (éviter les maladies) et de prévention secondaire (éviter les complications). Il va de soi que les problèmes ne sont pas résolus pour autant dans ces pays étrangers, cependant, la démarche vers une discipline généraliste scientifiquement instituée leur donne un incontestable avantage sur ceux dans lesquels ces processus ne sont même pas commencés.

Cet avantage retentit aussi sur les industriels du médicament et de l'industrie bio-médicale par une plus grande stabilité du marché et, plus généralement, par le rayonnement de ces pays dans le monde.

En FRANCE, on le sait, la démarche du point de vue médical a été l'inverse dès le départ puisque nous avons institué le temps plein hospitalier sous le prétexte d'une meilleure utilisation du plateau technique disponible.

La réforme DEBRE, par le monopole qu'elle instaurait simultanément, verrouillait ainsi les portes de l'université médicale à un grand nombre de professionnels de la santé dont l'exercice était majoritairement ou exclusivement extra-hospitalier. **Dès lors, dans ces disciplines se posait de façon croissante la question de l'enseignement et de la recherche dans leurs secteurs correspondants.**

Il en est résulté rapidement, chez nos enseignants et chercheurs universitaires, une non perception des nécessités distinctes de la médecine générale à laquelle ils ne reconnaissent, en quelque sorte, qu'une fonction de réceptacle pour le sous-produit allégé des pratiques médicales hospitalières.

C'est dans le domaine de la médecine générale (qui assure deux tiers des demandes de soins) que les effets négatifs furent les plus nets, au fur et à mesure que les médecins hospitalo-universitaires temps plein étaient exclusivement chargés de la formation des médecins généralistes.

Les rédacteurs du rapport préliminaire sur "les Systèmes de Santé" soulignent avec pertinence les effets pervers de la Réforme DEBRE et la nécessité de mettre un terme à cette situation.

Un changement est d'autant plus nécessaire et urgent que le secteur de la formation médicale initiale n'est pas le seul en cause, mais concerne également celui de la formation médicale continue.

.../...

Ce terme de formation médicale continue est en lui-même intéressant à considérer. En effet, enfin confrontés à la réalité de leur praxis, les médecins généralistes bénéficient alors d'une formation quasi autodidactique qui, seule, leur permet d'acquérir les compétences nécessaires au bon emploi de leurs fonctions particulières.

Or, actuellement, les enseignants hospitaliers sortent à nouveau de leur rôle naturel qui serait seulement d'informer les praticiens sur les progrès qui se produisent dans les pratiques spécialisées et universitaires.

Se projetant dans un exercice qui n'est pas le leur, ces confrères maintiennent sur les praticiens une pression en faveur de modèles et de routines dont la pertinence dans les stratégies de la décision spécifique du généraliste ne repose sur aucune vérification préalable sur le terrain.

Après une formation médicale initiale dont le plus grand nombre des praticiens généralistes, des étudiants, et un nombre croissant d'universitaires contestent, avec des arguments sérieux, la validité, se poursuit alors le leurre de la formation médicale continue. **En FRANCE, l'absence de modèle et de références reconnus scientifiquement et socialement est le fondement même de ce qui est décrit comme le "malaise" du Corps social des généralistes. Cette crise d'identité est le sous-produit de son non statut scientifique, médiatique, et donc économique et social.**

Bien d'autres effets indésirables peuvent être énumérés qui résultent du monopole des temps plein hospitaliers sur l'Université médicale et sa recherche.

La perte de toute confrontation à statut égal avec une part aussi déterminante des soins que celle que produit la fonction généraliste, déforme les perspectives hospitalières et universitaires et aboutit à une nouvelle hiérarchie de valeurs, tels le degré d'innovation et le caractère spectaculaire des activités médicales. Or, ce sont deux catégories qui n'ont pas de corrélation directe avec la scientificité et le rapport "qualité-prix".

Il en résulte des distorsions dans la pensée médicale de notre pays, autrefois marquée par plus de rigueur et d'innovation. Sous le couvert de gigantesques progrès qui sont l'honneur de l'humanité et justifient nos pouvoirs, ces distorsions perturbent de nombreuses composantes de notre communauté médicale.

Sans entrer dans le détail, qu'il nous soit permis d'en citer certains témoins :

- les soi-disant "modes particuliers d'exercice" s'étendent maintenant à 10 % du corps médical et touchent sans distinction certains généralistes, spécialistes et universitaires, alors qu'il s'agit là d'une régression vers l'usage de pratiques charlatanesques ou, au mieux, de traditions soignantes populaires sans fondement dans le corpus médical proprement dit.

.../...

C'est là, nous semble-t-il, un retour à des sources contraires aux origines mêmes de la vocation de la collectivité médicale qui est de construire son action sur des faits constamment contrôlés et évalués par le consensus de la communauté médicale et, si possible, scientifiquement établis.

Ce recul nous semble conforté par la formidable vague du spectaculaire qui envahit nos sociétés au détriment de l'intérêt porté aux relations complexes qui les animent.

Le résultat est que la médecine s'est ouverte à tous les excès médiatiques, du vedettariat magistral aux vulgarisations déformantes. Elle s'est également ouverte à un **enseignement qui forme des têtes pleines mais dont la pensée est primaire et le discours dévôt.**

Un dernier point, et non des moindres par ses effets, reste à évoquer ici :

L'absence de toute recherche sur les théories relatives à la discipline Médecine Générale a fait que nos institutions médicales ne se sont pas données les outils de travail et de recueil de données propres à la médecine des soins quotidiens, alors que de nombreux pays étrangers y travaillent très sérieusement depuis des décennies. De ce fait, alors que la FRANCE a rattrapé son retard dans l'usage de la statistique médicale, celle-ci ne peut produire aucune épidémiologie descriptive et a fortiori explicative, en l'absence d'une classification adéquate et du recueil en continu des morbidités. Pour illustrer nos propos dans ce domaine, il nous faut rappeler que même l'épidémiologie de recours, qui seule se pratique chez nous, vient d'être reconnue comme non pertinente par un rapport du Service des Statistiques, des Enquêtes et des Systèmes d'information du Ministère des Affaires Sociales, dans un rapport publié en juillet 1986.

Le champ de la Médecine Générale reste en FRANCE "la terra incognita" par excellence, bien que ce secteur soit le secteur clé de notre système de soins. Dès lors, toutes les mesures décidées dans un secteur quelconque du système de santé sont prises dans l'impossibilité d'en prévoir les conséquences, qu'elles soient sanitaires, économiques ou sociales.

La Société Française de Médecine Générale exprime son profond regret et ses inquiétudes devant la situation qui est faite à la médecine des soins quotidiens, tant dans le domaine de l'enseignement que dans celui de la recherche. Les conséquences dues au retard pris par notre pays dans ces domaines ne sont ni les effets du hasard ni ceux d'une méconnaissance des problèmes en cause.

Pour la part qui lui revient, la SFMG poursuit sa tâche institutionnelle de société scientifique de Médecine Générale **en s'appuyant sur les progrès les mieux établis qui se produisent à l'étranger dans notre discipline, et nos analyses se fondent sur de nombreux travaux démonstratifs.**

.../...

En effet, au moment où les échanges scientifiques internationaux sont la règle, les débats qui se déroulent encore dans le monde de l'Université médicale en FRANCE surprennent. Comment pourrait-on admettre que, dans un pays comme le nôtre, attentif aux mouvements scientifiques et à la littérature du monde anglo-saxon, certains expriment encore des doutes sur le statut scientifique spécifique de la discipline généraliste. **Quant aux solutions possibles dans notre pays, les exemples universitaires dans de nombreux états de la Communauté Economique Européenne ne manquent pas pour en illustrer la diversité.**

Il faut donc chercher ailleurs que dans la connaissance médicale stricto sensu, les raisons de notre situation, celles de notre retard et surtout les réponses à apporter pour y remédier.

Les enjeux des systèmes médico-sociaux sont tels que les responsables, qu'ils soient gestionnaires ou politiques, ne peuvent faire l'économie ni d'une réflexion de fond sur les particularités de la situation de la Médecine et du Système Médical en France, ni celle de décisions essentielles à la correction de ses effets pervers sans laquelle le maintien durable de notre système médico-social ne pourrait être assuré.

Dr J.L GALLAIS
Vice-Président

Dr O. ROSOWSKY
Président
Président du
Conseil Scientifique

Juin 1987