

# Une disparition programmée de la médecine générale

La complexification des soins et l'apparition de déserts médicaux obligent à des transformations au sein desquels d'autres formes de valorisation de la médecine générale sont nécessaires.

■ **Pierre Rabany**, médecin généraliste et enseignant à la faculté de médecine Bichat-Lariboisière – Denis Diderot, Paris 7

Il est devenu évident que le réseau de médecins généralistes se défait en France. Alors que la densité médicale est importante dans l'hexagone, la densité de médecins généralistes est une des plus faibles d'Europe. Cette situation s'aggrave rapidement. Quelle sera la situation médicale dans les dix ans à venir dans les communes qui auront perdu le tiers de leurs médecins généralistes partis à la retraite ? Quelle sera la situation dans des communes rurales, là où une poignée de médecin assure les soins sur un habitat très dispersé ?

Cette situation tient en partie au non renouvellement des médecins généralistes, la filière de médecine générale étant délaissée par les étudiants et quand celle-ci a été choisie, très fréquemment, elle est abandonnée pour des emplois hospitaliers marginaux et précaires.

## Un certain mépris de la médecine générale

Cette situation ne semble pas fortuite. Elle est d'abord le résultat d'un certain mépris de la médecine générale, l'idée dominante étant qu'il faut consacrer ses forces aux soins de spécialité. En France, la prévention ne fait pas partie de la culture de santé des quarante dernières années. Et quand elle est redécouverte par nos « élites », c'est sur un mode centralisé de campagne nationale. La santé publique, mais sans réseau de soins primaires. Contrairement au pays du nord de l'Europe, en France, le médecin généraliste n'est pas analysé comme le pilier du réseau de soins primaire, lui-même indispensable à la qualité du système de santé, mais plus comme un « bobologue » comme l'avait exprimé avec délicatesse un ancien ministre de la Santé devenu depuis « sarkozyste de gauche ».

Ce regard sur la médecine générale est bien sûr alimenté par tout le secteur hospitalier et intériorisé par les étudiants. L'attachement dogmatique au paiement à l'acte qui empêche l'évolution d'une pratique de soin individuel et cloisonnée vers une activité collective, concertée, soucieuse de s'adresser à la personne malade, mais aussi de développer des objectifs de santé publique, reste une « ligne de défense » d'une partie de la profession relayée par le gouvernement. L'absence de filière autonome de formation des futurs généralistes, avec ses lieux de formation, embryons exemplaires de l'exercice d'une médecine de soins primaires, rend difficile l'identification des jeunes médecins à cette pratique professionnelle. Les conséquences en seront de deux ordres : la limitation de l'accès aux soins, particulièrement dans les zones rurales et dans les zones urbaines défavorisées, le recours plus fréquent aux structures hospitalières ou, à défaut, aux spécialistes.

Cette évolution du système de santé coïncide parfaitement avec les intérêts des assureurs privés et l'orientation ultra libérale de nos (notre...) gouvernants : pousser la clientèle aisée vers des soins plus coûteux pendant que les médecins généralistes réduits en nombre administreront des soins rapides à la partie de la population qui ne pourra pas accéder à des couvertures complémentaires toujours plus coûteuses.

Sinon comment expliquer que le gouvernement ait laissé perdre, les trois dernières années, 2000 postes d'internes en médecine générale au profit des autres spécialités ? Comment expliquer que depuis trois ans, la baisse historique du nombre de médecins généralistes n'ait pas entraîné de réaction gouvernementale, alors que la densité de médecins généralistes en France est une des plus faibles d'Europe ? Sans parler du protocole d'accord conventionnel de 2004 qui limite l'accès aux soins d'une partie de la population et « bureaucratise » la pratique de la médecine générale.

.../...

.../... Cet ensemble d'éléments caractérise une politique qui méprise le réseau de soins primaires pourtant reconnus unanimement comme un facteur essentiel de santé publique.

### Sur quelles contradictions s'appuyer ?

Cette évolution est-elle inéluctable ? Allons-nous rejoindre, à court terme, le modèle de santé américain avec un accès aux soins limité, des soins primaires déficients, un haut niveau de technicité hospitalière, et au bout du compte une morbi-mortalité élevée ?

On peut bien sûr compter sur la convergence des politiques publiques européennes pour éviter ce scénario catastrophe. Mais le particularisme français en matière de santé est fort. Il associe un système hospitalo-universitaire puissant et fermé, un attachement au paiement à l'acte qui reste présent au-delà du cercle des médecins, une dévalorisation des soins primaires, des assureurs privés soutenus par un gouvernement très libéral.

Comment assurer des soins primaires de qualité et les pérenniser ?

Comment endiguer la fuite des jeunes médecins vers des structures de soins secondaires, où ils sont d'ailleurs précarisés ?

Dans l'évolution libérale du système de santé, quelles contradictions pouvons-nous exploiter pour promouvoir l'accès aux soins et au-delà une démarche de santé publique ?

La complexité et l'évolution rapide des prises en charge médicales rendent la pratique solitaire très lourde et insécurisante. Les jeunes médecins le ressentent. Ils sont soucieux de partage d'expérience et d'échanges. Ils recherchent une organisation du travail qui leur garantisse un temps de formation et une vie personnelle en dehors de leur activité médicale. Ils sont souvent conscients de l'importance des activités de prévention individuelles, mais aussi collectives. Ils ont le plus souvent intégré l'importance de leur rôle dans la coordination des soins, dans la relation avec les autres professionnels : infirmières, kinésithérapeutes, auxiliaires de vie. Pour toutes ces raisons, une majorité d'entre eux ne sont pas hostiles à un autre mode de rémunération que le paiement à l'acte. On a besoin d'eux pour pérenniser la médecine générale et, au-delà, pour construire un réseau de soins primaire de qualité. Une partie importante des jeunes généralistes fuient devant la dévalorisation de notre profession, mais également devant la lourdeur de notre activité et l'insécurité qu'elle engendre. La perspective de maisons médicales communautaires est adaptée à un grand nombre d'entre eux. D'où l'importance du développement, dans un premier temps, de maisons médicales universitaires. Lieux de formations pour les futurs généralistes, ils constitueraient une vitrine pour la médecine générale, un lieu d'expérimentation pour le développement des soins primaires, un repaire pour les futurs médecins généralistes. Constitués autour de cabinets médicaux existants, ces lieux de formation nécessitent bien sûr la présence

d'internes, mais également de chefs de clinique. Après les grèves d'enseignants de la fin de l'année 2006, le principe de la nomination de vingt chefs de clinique avait été retenu. Mais à quelques semaines de leur prise de fonction, les ministères refusent de les salarier comme tous les autres chefs de clinique et veulent leur imposer un statut « libéral », ce qui leur rendrait impossible d'exercer les fonctions de formation dans les domaines de la recherche, de la coordination des soins et de la prévention. Nos dirigeants ultralibéraux se méfient de la valeur exemplaire que pourrait prendre ces maisons médicales, composées en partie par des professionnels disposant d'un temps pour d'autres fonctions que le « colloque singulier ». Ce conflit est assez symbolique des contradictions entre le « monde libéral » et les nécessités des soins primaires.

« La santé publique, mais sans réseau de soins primaires. »

Le deuxième levier que nous pourrions utiliser pour faire progresser notre conception des soins primaires est celui de la désertification médicale des zones rurales à faible densité et bientôt des quartiers les plus populaires. Quelles que soient les dispositions qui seront prises dans le domaine de la liberté d'installation, elles n'auront pas d'effet avant de nombreuses années. Il est peu probable que des mesures incitatives, essentiellement financières, puissent apporter une solution. Par contre, nos propositions de soins primaires communautaires dans le cadre de MSP peuvent être acceptables pour des médecins généralistes. L'activité collective, le partage de la prise en charge, peuvent susciter intérêt, sécurité et plus de liberté pour tous tout en maintenant un réseau de soins primaires de qualité. On comprend que cette proposition ne peut pas s'inscrire dans le cadre du paiement à l'acte et qu'elle ne peut pas être négociée avec les pouvoirs publics ou la caisse d'Assurance maladie, mais peut-être peut-elle être installée par la négociation avec les institutions départementales et régionales.

Dans sa volonté de consacrer tous les aspects de notre société au libéralisme et à la production de profit, la droite française développe dans le même temps des contradictions. Dans le domaine de la santé, la contradiction essentielle réside dans la destruction de l'embryon de soins primaires que constitue la médecine générale. À nous d'utiliser cette faille pour développer avec les autres professionnels de santé de première ligne et les acteurs de terrain les prémices d'un réseau de soins primaires. ■