

II

LA MÉDECINE GÉNÉRALE DU XXI^e SIÈCLE

par

D. GIET (U.L.g.), D. PESTIAUX (U.C.L.), M. SCHEITGEN (U.L.B.) (*)

Les rôles du médecin généraliste dans le système de soins de santé sont multiples. Depuis la prise en charge des soins d'urgence à celle du patient chronique, en passant par des fonctions de coordination et de communication permettant l'intégration des dimensions sociales, psychologiques et environnementales et un travail en réseau efficace, les tâches, curatives, préventives ou de recherche, sont vastes, complexes et passionnantes à la fois. L'ensemble de ces fonctions ne constitue pas un simple patchwork mais s'imbriquent et s'enrichissent mutuellement dans la pratique quotidienne au profit du patient qui doit rester constamment au centre du système. Nous allons tenter de développer trois des fonctions exercées par le médecin de famille du XXI^e siècle.

Un premier défi à relever dans l'avenir en médecine générale est l'action médicale en réseau pluridisciplinaire.

Les pays européens se préparent à un vieillissement important de leur population. Dans le même temps, le nombre de personnes atteintes d'affections chroniques va s'accroître grandement. A titre d'exemple, la prévalence globale et mondiale du diabète passera de 2,8 % en 2000 à 4,4 % en 2030. Le diabète n'est pas la seule affection en cause: la maladie d'Alzheimer, la BPCO, les affections cardio-vasculaires ont un bel avenir devant elles.

Le suivi des pathologies chroniques deviendra à très court terme «le» défi majeur pour la médecine générale. Les enjeux économiques et humains seront effectivement de taille: il reviendra à la première ligne de soins de gérer la prise en charge globale, curative et préventive, de ces nombreux patients afin d'assurer leur maintien dans un contexte de soins ambulatoires. Les hospitalisations des patients atteints d'une affection chronique constitueront effectivement autant d'échecs coûteux de l'action du réseau de soins de proximité.

La médecine générale deviendra de plus en plus une discipline dont une des expertises spécifiques sera de rencontrer la complexité bio-psycho-sociale. L'action multidisciplinaire sera la règle: le médecin généraliste ne pourra plus prétendre pouvoir assurer seul l'ensemble des tâches curatives, préventives et d'éducation à la santé.

(*) Invités par le Bureau en vertu de l'article 15 §3 du Règlement.

Il aura également à prendre en compte tous les facteurs contextuels qui influencent la situation de santé de son patient, en s'appuyant sur des équipes pluridisciplinaires dont il devra coordonner l'action.

L'infirmière, l'assistante sociale, l'aide-familiale, le kinésithérapeute et d'autres intervenants de la santé devront travailler en synergie aux côtés du médecin généraliste.

Actuellement, les étudiants en médecine s'orientent préférentiellement vers des carrières hospitalières qui les amènent souvent à acquérir des compétences hyper-spécialisées. Dans un article publié en juin 2007 dans le *Lancet*, Wayne Gibbon invite les facultés de médecine à réfléchir à la réponse qu'elles doivent apporter aux besoins futurs en matière de soins: l'évolution démographique de notre société réclame des médecins investis dans la communauté, experts dans la gestion des affections chroniques et rôtés au travail pluridisciplinaire.

Certains outils tels que le dossier partagé ou les services intégrés de soins à domicile existent déjà. D'autres outils sont en voie d'élaboration.

Le rôle préventif du médecin de famille est un second axe qui vit une mutation importante. La prévention et l'éducation à la santé restent encore trop souvent les parents pauvres de la médecine moderne malgré leur impact majeur sur la morbidité et la mortalité de la population. Au cours du XX^e siècle, l'espérance de vie a fait un bond gigantesque de près de trente ans dans nos pays occidentaux. De nombreuses analyses montrent que l'hygiène, en commençant par l'utilisation généralisée d'eau potable, et le développement des vaccinations constituent les principaux piliers de ce phénomène.

La prévention a une double dimension, à la fois individuelle et collective. A travers cette dimension, le généraliste prend conscience de son rôle communautaire, sa réflexion s'élargissant, au-delà de ses propres patients, vers une pensée plus universelle relative à l'ensemble des actions ou de la population.

La médecine communautaire n'est bien sûr pas l'apanage du généraliste mais dans ce domaine, comme dans d'autres, il joue un rôle central. Déjà au XIX^e siècle, lors de la découverte du premier vaccin contre la variole et plus tard du sérum diphthérique, les responsables politiques et sanitaires se sont rapidement rendu compte que sans une première ligne forte et efficace, les découvertes médicales les plus exceptionnelles n'auraient aucun impact sur la santé publique.

Le médecin de famille assurera les préventions primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire. Pour certains patients, évalués actuellement à 20 %, il est le seul contact régulier avec l'ensemble du système de santé. Dès lors, l'omnipraticien devra veiller à intégrer la prévention et l'éducation à la santé dans chacun de ses contacts. Son rôle est particulièrement important en prévention primaire. Il est souvent le seul à avoir un contact avec les patients adultes avant que les pathologies n'apparaissent: Le suivi des vaccinations, la lutte contre la surcharge pondérale, la sensibilisation et l'aide à l'arrêt du tabagisme ou de l'alcoolisme sont des exemples parmi d'autres. L'impact en matière

de santé est énorme. Pour ne prendre qu'un exemple, une lutte systématique contre l'obésité chez l'enfant et l'adolescent permettrait de réduire de moitié l'apparition des diabètes de type 2.

En prévention secondaire, en particulier dans le cadre des dépistages cancérologiques, il est illusoire d'atteindre des résultats en matière de morbidité ou de mortalité sans que la première ligne y participe activement. Un dépistage systématique des cancers du sein, du col de l'utérus ou du côlon, couvrant au minimum 80 % de la population, devrait constituer une priorité de notre système de soins.

Le principal outil dans ce domaine est bien entendu le dossier médical global et informatisé (DMI) et en particulier l'échéancier, garant d'une prise en charge active des patients et de l'efficacité individuelle et communautaire de la prévention. L'amélioration de la couverture vaccinale peut nous servir d'exemple en la matière.

Aux Etats-Unis, une «Task Force on Community Preventive Services» répertoria en 1999, sur base de 118 études différentes, les mesures permettant d'améliorer significativement les couvertures vaccinales. Cette méta-synthèse montre que les mesures les plus efficaces sont la convocation systématique des patients, les interventions à composantes multiples incluant l'éducation des populations et des vaccinateurs, la réduction du coût pour le patient, l'accroissement de l'accessibilité aux services de vaccination, le rappel d'une échéance vaccinale aux vaccinateurs et une évaluation-feedback pour ceux-ci. Ces différentes mesures méritent d'être appliquées en Belgique et il est par conséquent essentiel que les généralistes y soient sensibilisés et formés. La convocation des patients implique la tenue rigoureuse d'un échéancier informatisé. Le développement du dossier médical global et du dossier médical informatisé devraient permettre une généralisation de ces échéanciers actifs. Plusieurs études confirment l'efficacité des convocations de patients.

L'éducation des populations est une autre mesure fondamentale. Les pouvoirs publics ont le devoir d'organiser régulièrement des campagnes d'information et les médecins traitants se doivent de les relayer sur le terrain, pour autant qu'on les y implique. Les cercles de généralistes, récemment mis en place pour assurer l'organisation des gardes, pourraient, dans le cadre de l'élargissement de leurs fonctions, devenir des acteurs actifs de l'éducation à la santé pour autant que les autorités y consacrent le budget nécessaire. Les chiffres de couvertures vaccinales en Belgique montrent que le chemin à parcourir est encore long. Pour le tétanos, si 68 % des belges sont en règle de vaccination à l'âge de 15 ans, moins de 30 % le sont encore à 75 ans!

Le développement et l'amélioration dans les prochaines années des dossiers médicaux informatisés devraient permettre d'instaurer plus systématiquement deux mesures fortement recommandées, à savoir le rappel des échéances aux médecins traitants et une évaluation-feedback régulière. Les logiciels labellisés devraient par exemple identifier de manière active les personnes à risque ou atteignant 65 ans et permettre la réalisation d'enquêtes de couverture vaccinale tous les trois à cinq ans. Ce type de mesure devra peu à peu s'élargir à l'ensemble de la médecine préventive.

En matière de prévention, le généraliste devra régulièrement faire la part des choses entre, d'un côté, le dépistage systématique applicable selon les tranches d'âges aux trois cancers évoqués plus haut, à la tension artérielle, à la glycémie, au cholestérol, à

l'ostéoporose et à la majorité des préventions primaires et, d'autre part, au dépistage individuel.

La connaissance par le généraliste des facteurs familiaux, psychologiques, sociaux ou environnementaux et sa capacité de coordination avec les autres agents de santé, tels que les pédiatres, les gynécologues, les médecins scolaires ou du travail, faciliteront bien sûr cette prise en charge.

Même avec l'aide indispensable de l'informatique et la connaissance privilégiée des facteurs de risque de chaque patient, il n'est pas simple d'intégrer systématiquement l'ensemble de la prévention utile dans chacune de nos consultations: la priorité des urgences, le facteur temps ou encore le désintérêt ou la passivité des patients face à la prévention, sont des facteurs parmi d'autres qui freinent cette intégration systématique. Un module «prévention», basé sur les recommandations de bonne pratique et intégré à tous les dossiers informatisés, facilitera cette tâche qui, pour être efficace, doit être continue.

Il est également essentiel que le généraliste conscientise son patient à la notion de risque global dans lequel les différents facteurs s'imbriquent nécessairement. Aborder par exemple chaque risque cardio-vasculaire de manière isolée entraînerait une surconsommation médicale inutile et n'aboutirait pas à une prévention efficace du patient. Par contre, l'impliquer dans la réflexion sur son risque à moyen et long terme sur base de tables telles que, par exemple, les tables «SCORE», aboutiront à une prise en charge efficace et réaliste.

Enfin, la prévention quaternaire consistant à éviter aux patients des examens diagnostiques ou des traitements inutiles, voire contre-productifs ou dangereux, ne peut être prise en charge que par l'agent de santé responsable de la prise en charge globale et du suivi chronique du patient. Le médecin de famille se doit de jouer ce rôle de chef d'orchestre qui, en concertation avec son patient, réadaptera régulièrement les traitements chroniques et conseillera *in fine* sur la balance «risque — bénéfice» de chaque examen ou intervention, y compris dans le cadre du dépistage individuel ou systématique. La connaissance des antécédents familiaux, des facteurs héréditaires et des composantes humaines socio-psychologiques permettront au généraliste de préserver son patient des excès de la médecine moderne hypertéchnologique.

Un troisième axe, moins connu du grand public, mais dont le développement conditionnera l'évolution des principales fonctions du généraliste de demain, est la recherche en soins primaires.

Déjà en 1914, Mac Kenzie précisait que les maladies se présentent en médecine générale d'une manière différente de l'hôpital et qu'il était urgent d'encourager une recherche spécifique sur les stades précoces des affections et sur l'histoire naturelle des maladies chroniques. L'idée était révolutionnaire et prémonitrice puisqu'aujourd'hui, l'histoire naturelle des maladies est bien malmenée par la dérive technologique et l'hyperspécialisation de la médecine et que les maladies chroniques sont devenues un défi essentiel évoqué plus haut.

Un éditorial du *Lancet* s'interroge sur la recherche en médecine générale: est-ce une cause perdue? Quels sont les défis et en quoi celle-ci est-elle différente des autres spécialités médicales?

Les publications de recherche en médecine générale sont en augmentation croissante et celles qui évoquent les particularités de cette recherche pour la première ligne sont également nombreuses. Il est en effet indispensable que les projets soient basés sur les pratiques cliniques de médecine générale, qu'ils contribuent à l'amélioration de la qualité des soins et que le transfert des résultats dans la clinique quotidienne soit assuré. On voit bien par ailleurs que de plus en plus l'utilisation de bases de données spécifiques à la médecine générale permet des recherches pertinentes pour la pratique. Le défi est donc bien de sensibiliser des cliniciens à la recherche clinique, valoriser à travers celle-ci le travail quotidien des praticiens et créer des équipes enthousiastes de chercheurs compétents, motivés et fiables.

Rapprocher l'enseignement des équipes de recherche dans la formation des futurs médecins est enfin un défi essentiel.

La spécificité de la recherche en médecine générale est liée à l'épidémiologie spécifique de cette pratique. On sait bien par exemple que la cause principale de la douleur thoracique en première ligne est d'origine musculo-squelettique alors que dans un service d'urgence la probabilité de rencontrer une douleur d'origine cardiaque est plus grande. Ceci est essentiel car les conséquences d'hypothèses vérifiées par la clinique sur les approches diagnostiques et thérapeutiques sont importantes. D'autres éléments font également la différence. Citons la nécessité de tenir compte du contexte de la pratique de première ligne, intégrer la pluridisciplinarité, valoriser la responsabilité vis-à-vis d'une communauté proche de la pratique, construire une réflexion sur les pathologies multiples et complexes, développer la prévention jusqu'à ce jour apanage de la première ligne.

Sur le plan méthodologique, la médecine générale fait appel à des méthodes variées comprenant la recherche qualitative de plus en plus présente dans la littérature. L'étendue des domaines concernés par la recherche de première ligne nécessite que soient déterminés par les chercheurs et départements de médecine générale des «sillons» ou thèmes prioritaires puisque, par définition, il est impossible de couvrir tous les champs concernés par la première ligne. Il faut également investir dans la formation de chercheurs médecins généralistes capables de combiner la pratique clinique avec la recherche et formés à cet effet. Il est enfin impératif d'intégrer d'autres départements cliniques d'autres disciplines, des collègues des départements de médecine générale belges ou étrangers.

S'il n'y a pas de différences entre chercheurs de différentes disciplines, leur rigueur et leurs qualités personnelles étant la base de toute recherche, il faut bien admettre que la recherche de première ligne peut faire la différence. L'exemple de l'otite moyenne aiguë est illustratif de l'apport de la médecine générale à la base de connaissances. En effet, ce sont bien des généralistes qui ont réalisé plusieurs études prouvant l'inutilité probable de la prescription antibiotique dans cette indication.

Damoiseaux, à Utrecht, dans cinquante-trois pratiques de médecine générale, a réalisé une étude sur 240 enfants de six mois à deux ans présentant une otite moyenne aiguë. Il

a montré que sept ou huit enfants devaient être traités pour améliorer le résultat clinique au jour quatre chez un enfant. Cet effet modeste ne justifie pas la prescription initiale d'antibiotiques d'autant qu'un enfant sur cinq va présenter des effets secondaires liés à la prescription d'antibiotiques. La prévalence de cette affection en première ligne justifie une attention particulière à ce type d'étude et peut avoir un impact réel sur la pratique clinique en évitant les prescriptions abusives d'antibiotiques sources de résistance pour les germes incriminés. A noter que, réalisée par Del Mar, généraliste en Australie, une méta-analyse publiée en 1997 dans le BMJ arrivait à des conclusions similaires mais cette fois chez des enfants plus âgés.

Les exemples ne manquent pas de publications réalisées par des chercheurs en médecine générale, souvent en collaboration avec des collègues d'autres universités, y compris en communauté française.

L'EBM (Evidence-based Medicine) a stimulé la mise en place de recommandations de bonne pratique (guidelines) et celles-ci bien souvent sont également l'œuvre de médecins généralistes. L'utilisation de telles recommandations, qui ont nécessairement une application locale, nécessite une adaptation des résultats des revues systématiques ou méta-analyses au contexte spécifique d'un pays.

La recherche en médecine générale n'est donc pas une cause perdue parce que notre pratique nécessite une base scientifique EBM et parce qu'elle peut influencer l'enseignement de base, la formation médicale continue et la pratique clinique.

Comme le précise Douglas dans un éditorial du Lancet: «The strength of primary care research in any country is probably a good indicator of the strength and quality of primary care in that country.» Et pour confirmer cette importance pour les cliniciens de terrain, laissons à un collègue généraliste le soin de conclure: «Très heureux de mes rencontres avec les patients dans le cadre de mon travail de généraliste. Souhaitis de voir se renforcer les compétences scientifiques de la première ligne au service de la relation thérapeutique.»

La médecine générale a encore de beaux jours devant elle en relevant les défis du vieillissement et de la prise en charge des maladies chroniques, de la prise en compte de la dimension communautaire, et donc préventive, et enfin de l'acquisition du statut de discipline universitaire à part entière rencontrant les exigences de la communauté scientifique.

RÉSUMÉ

La médecine générale constitue le pivot central de notre système de soins de santé. Les rôles du généraliste sont multiples: responsabilité de la première ligne, coordination dans le cadre d'un travail en réseau, prise en charge à long terme des patients, médecine communautaire ou encore recherche en soins primaires. Dans le cadre d'une médecine générale en pleine mutation depuis plusieurs décennies, nous avons choisi de développer trois de ces facettes, à savoir la prévention, le travail en réseau et la recherche. La connaissance par le généraliste des facteurs familiaux, psychologiques, sociaux ou environnementaux et sa capacité de coordination avec les autres agents de santé faciliteront son travail de prévention primaire et secondaire mais aussi quaternaire en évitant au patient des traitements et des examens inutiles.

La médecine générale deviendra de plus en plus une discipline dont une des expertises spécifiques sera de rencontrer la complexité bio-psycho-sociale. L'action multidisciplinaire sera la règle: le médecin généraliste ne pourra plus prétendre pouvoir assurer seul l'ensemble des tâches curatives, préventives et d'éducation à la santé.

Quant à la recherche en médecine générale, elle est essentielle parce que le médecin généraliste peut assurer la prise en charge de plus de 80% des problèmes de santé identifiés par les patients et parce que les symptômes à la base du traitement ne peuvent être étudiés uniquement par des recherches en laboratoires ou en milieux hospitaliers.

SUMMARY

General medicine is the main pivot of our healthcare system. General practitioners' tasks are numerous: front line responsibility, networking coordination, long-term patient care, community medicine and also primary care research. In the framework of general medicine that has been undergoing profound change for many years, we have chosen to develop three of these facets: general practitioners' knowledge of family, psychological, social or environmental factors and their capacity to coordinate with other health workers will help them in their primary and secondary prevention and also quaternary work by sparing patients unnecessary treatment and examinations.

General medicine will increasingly become a discipline, one of which specific expertise will be to manage bio-psycho-social complexity. Multidisciplinary action will be the rule: general practitioners will no longer be able to claim they can deal with all the curative, preventive and health education tasks. And the research in general medicine is essential because general practitioners can deal with over 80% of the health problems identified by patients and because the symptoms leading to the treatment cannot only be studied by laboratory or hospital research.

BIBLIOGRAPHIE

1. GIBBON W., *Medical schools for the health-care needs of the 21st century*, Lancet, June 30, 369(9580):2211-3, 2007.
2. HORTON R., *Is primary-care research a lost cause?*, Lancet, 361: 977, 2003.
3. GROUPE DE TRAVAIL, *From best evidence to best practice: effective implementation of change in patient care*, Lancet, 362:1225-30, 2003.
4. TASCHE M., OOSTERBERG E., KOLNAAR B., ROSMALEN K., *Inventarisatie van lacunes in huisartsgeneeskundige kennis*, Huisarts en Wetenschap, 44:91-5, 2001.
5. *Vaccin-Preventable Diseases: Improving Vaccination Coverage in Children. Adolescents and Adults. A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services*, MMWR, Recommendations and Reports, Vol. 48, n° RR-8, 1999.
6. DE WALS P., VIENNE A., LEMAJRE G., *et al.*, *Acceptabilité à la vaccination contre l'influenza*, Rev. Med. Brux., 104:49-52, 1989.

*

*

*