

Zeitschrift: Domaine public
Herausgeber: Domaine public
Band: - (1974)
Heft: 270

Artikel: La médecine a l'aube d'une mutation radicale. Partie II, Pour un portrait-robot du médecin de demain
Autor: [s.n.]
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1026474>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 30.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Pour un portrait-robot du médecin de demain

« On en viendra tôt ou tard à n'appliquer certains traitements qu'à ceux qui en ont les moyens » ! C'était le cri d'alarme qui nous semblait, en conclusion de la première partie de ce texte, justifier que l'on revoie toute l'organisation médicale dans la perspective des problèmes économiques qu'elle pose.

Dans DP 269, nous tentions en effet, au long d'un examen de détail de l'économie de la santé, de cerner l'explosion des coûts dans ce secteur

(voir aussi le tableau-résumé, ci-dessous en annexe).

Cette analyse rejoignait, nos lecteurs l'ont noté, l'un des objectifs du programme économique socialiste proposé dans ces colonnes et qui vise à éliminer, dans le cadre d'une lutte contre l'économie de gaspillage, les faux frais économiques. Aujourd'hui, nous tentons un bilan; et sans prétendre tracer l'avenir de la médecine, nous proposons un certain nombre d'axes de recherches qui nous paraissent indispensables.

L'organisation actuelle de la médecine n'est pour ainsi dire jamais remise en question: tout au plus critique-t-on les recours trop fréquents aux médecins, l'abus des médicaments, dont la responsabilité incombe, semble-t-il, aux patients.

Pour celui qui voudrait juger du système sans appartenir au corps médical, la difficulté est double: la médecine est aussi une technique, et celui qui ne la maîtrise pas semble incapable de juger de la hiérarchie des priorités de la médecine. Cet obstacle se retrouve du reste dans tous les secteurs de la vie moderne qui sont aux mains des technocrates, qu'il s'agisse de l'énergie, de l'enseignement. Dans le cas de la médecine, la difficulté est encore renforcée par un élément spécifique: les rapports de tout patient avec la maladie, l'anxiété que suscite la conservation de la santé, placent le non-médecin dans un état de dépendance très avancé par rapport à celui qui le soigne.

Pour toutes ces raisons, l'organisation de la médecine demeure et demeurera longtemps encore entre les mains des seuls médecins, avec les difficultés et les faiblesses qui découlent de leur situation de juges et partie. Un obstacle à surmonter de toute urgence si l'on veut seulement que la réflexion novatrice nécessaire puisse s'engager et produire aussitôt ses fruits.

Ceci posé, voyons à grands traits comment se présente aujourd'hui la pratique médicale.

L'élément fondamental est le poids des hôpitaux qui requièrent plus de la moitié des dépenses de santé de l'ensemble du pays.

TRENTE ANNÉES RÉVÉLATRICES

On consultera avec profit, sur ces problèmes, l'étude du Service de la santé publique, de l'Institut de médecine sociale et préventive et de l'Office de statistique de l'Etat de Vaud, intitulé « Démographie, sociologie, économie et perspectives médicales » (août 1972 - coordination Pierre Gilliard). Au chapitre des « aspects économiques », les auteurs publient un tableau évocateur de l'accélération des dépenses de santé; de quelque 3 % du produit national brut en 1950, encore inférieures

Ils n'ont aucune ressemblance avec les hospices de jadis. Les médecins les plus qualifiés y occupent une fonction à plein temps ou à temps partiel, et les installations les plus modernes y sont systématiquement adoptées. Comme on l'a vu, la conjugaison de ces deux éléments aboutit d'une part à privilégier les techniques d'avant-garde, techniques les plus prometteuses dans le domaine de la recherche, et aussi les plus prestigieuses pour ceux qui les mettent en œuvre, et à multiplier les examens et les analyses.

Si la médecine moderne est caractérisée par l'importance des hôpitaux, ceux-ci n'accueillent que 4 % des malades (généralement, les plus gravement atteints). Que devient le reste, c'est-à-dire 96 % ? Il consulte les médecins de ville, pour la plupart spécialistes formés à grands frais et qui, dans leur cabinet isolé, ne disposent ni des conseils de collègues d'autres orientations, ni de l'encadrement en personnel, ni des installations techniques qui leur permettraient d'utiliser leur formation avec un minimum d'efficacité.

à 4 % en 1965, elles passent à 5 % en 1970 et atteindront 8 % en 1980. Pendant cette période de 30 ans, les sommes totales affectées à la santé vont découpler, les dépenses par habitant se multiplier 7 fois.

Estimation des dépenses de santé, 1950-1970 et 1980, valeur en francs 1970, totales, par habitant et proportionnellement au produit national brut (estimations faites au début 1972).

	Dépenses, millions			Dépenses par habitant			
	expl. hosp. constr.	méd. pharm.	totales et ind.	% PNB	Fr.	ind.	augm. ann. moy. %
1950	400	600	1 000	3,1 %	210	100	
1960	750	950	1 700	3,3 %	313	149	4,1 %
1965	1 400	1 300	2 700	3,8 %	450	214	7,6 %
1970	2 400	2 000	4 400	5,0 %	700	333	9,3 %
1980	5 500	4 500	10 000	8,0 %	1 470	700	7,7 %

L'expérience de tous les jours montre que bien souvent le spécialiste n'est pas en situation de régler efficacement le problème posé par le patient:

— ou bien le cas est bénin et aurait pu être réglé par une infirmière,

— ou bien le problème posé ne peut être réglé par le seul spécialiste et, faute de disposer des moyens adéquats, il le renverra à l'hôpital, ou lui fera commencer la ronde des confrères.

On sait l'inefficacité de cette dernière pratique pour le nombre croissant des cas d'origine psychosomatique.

Si l'on passe du plan proprement médical au plan économique, il faut remettre en question un des fondements du système qui est la rémunération d'actes individuels qui n'ont rien à voir avec un traitement réel. Notons de plus que, dans bien des cas, ces actes individuels pourraient être effectués par du personnel « paramédical » (aujourd'hui néanmoins en nombre nettement insuffisant, selon la logique du système), s'il n'y avait le problème de la rémunération.

Dans le même ordre d'idées, la situation de concurrence dans laquelle se trouvent les médecins les uns par rapport aux autres incite parfois à multiplier les actes qui visent avant tout à satisfaire le patient, même s'ils se révèlent inutiles ou anti-économiques.

Il est clair que formation et pratique médicale sont liées, et que la formation dispensée par les facultés de médecine et les hôpitaux est en partie responsable de l'inadaptation de l'organisation actuelle de la médecine.

L'enseignement y est de plus en plus dispensé et organisé par des professeurs qui ignorent tout de la médecine non hospitalière et qui, de plus, tendent à mettre l'accent sur les cas rares, les 5 % qui excitent l'imagination et la recherche. Certains experts vont jusqu'à estimer que trois quarts des connaissances universitaires sont inutiles aux praticiens. La dernière réforme des études, appelée plan Rossi, tend à freiner cette tendance; il n'en

reste pas moins que la faculté de médecine, comme l'université en général, a tendance à se reproduire, à former en premier lieu des professeurs d'université.

Pour qui réfléchit à l'avenir de la médecine, il apparaît que la solution se trouve au moins dans trois directions:

— la mise sur pied d'institutions souples et légères qui déchargent les hôpitaux actuels des cas les moins graves et permettent à ces organismes menacés par le gigantisme et la lourdeur de revenir à une taille plus efficace (on pense à des équipes médico-sociales capables d'assurer la continuité et la coordination des soins ainsi qu'une « présence » médicale);

— l'accent mis sur la prévention des maladies;

— la fin de l'isolement du médecin individuel et qui plus est du spécialiste isolé pour en arriver à traiter hors des hôpitaux le malade dans sa complexité, et non plus à partir d'une spécialité limitée.

Médecine de groupe et médecine de quartier

Pour satisfaire simultanément ces trois exigences, il faudrait explorer les avantages offerts par des organismes qui tiendraient à la fois de la médecine de groupe et des dispensaires de quartiers. Leur responsabilité pourrait être confiée à une équipe formée de médecins généralistes, à du personnel paramédical, appuyés par un certain nombre de médecins spécialistes.

Ces équipes pourraient avoir la charge de tout un secteur, de tout un quartier, et mèneraient de front le traitement ambulatoire (dans lequel le contact individuel entre patient et médecin devrait être conservé), l'hospitalisation et la chirurgie « légère », et auraient également le contrôle de l'hospitalisation à domicile, domaine important, mais encore négligé (voir à ce sujet l'exemple de l'office médico-social vaudois). Une telle institution, outre ses avantages sur le plan de la santé, diminuerait de manière sensible le coût de la médecine, pour

autant que le revenu de ses responsables ne soit pas lié au nombre d'actes individuels qu'ils pratiquent, et pour autant aussi que chacun soit sensibilisé aux problèmes économiques et envisage le coût des actes qu'il est amené à pratiquer. Une telle institution favoriserait en tout cas une utilisation plus adéquate des moyens (hommes et matériels) et par là permettrait une meilleure ventilation des ressources disponibles.

C'est en clair une médecine socialisée, mais le pouvoir du médecin, sa traditionnelle volonté d'autonomie, doivent lui permettre d'aboutir à une socialisation qui ne soit pas assimilable à une bureaucratisation.

Une telle solution est cependant inconcevable tant que la longue formation du médecin à l'université, puis à l'hôpital, mettra l'accent sur la spécialisation et les cas rares. Une des suggestions les plus prometteuses dans ce domaine semble être la nécessité pour chaque médecin d'obtenir en premier lieu un diplôme de généraliste, la formation spécialisée n'intervenant que par la suite.

Un chiffre peut révolutionner les données du problème: des spécialistes affirment que sur 100 patients, 85 peuvent être soignés par un généraliste, 10 par un spécialiste, 5 à l'hôpital.

Une organisation beaucoup plus légère de la médecine permettrait parallèlement de redistribuer les tâches entre les médecins et le personnel infirmier, et redonnerait à ce dernier (aux médecins aussi, dans une moindre mesure) la vue d'ensemble qu'il a perdue dans cette grande usine à soins que sont les hôpitaux.

Ces vues ne sont ni nouvelles, ni originales, et sont depuis longtemps exprimées dans les revues spécialisées. Elles ont paru longtemps utopiques et, à ce titre, n'ont pu entamer une organisation profondément conservatrice.

Les problèmes économiques, ceux des coûts de la médecine, permettent aujourd'hui de les reprendre avec une force nouvelle, elles ne pourront cependant pas aboutir sans l'appui de ceux qui, à l'intérieur du corps médical, allient l'imagination à la générosité.