Rolf Adler

A la recherche du médecin de famille

Le besoin du médecin de famille est sur toutes les lèvres. L'affirmer tombe sous le sens. Pourtant, il convient d'être prudent, car tous les partisans ne partent pas des mêmes motifs. Le médecin de famille dont nous avons besoin est-il un docteur en médecine qui, son diplôme d'Etat en poche, a par exemple suivi 2 années d'études en médecine interne, 1 an en chirurgie, respectivement 6 mois en gynécologie et en pédiatrie et 1 trimestre en ORL et en ophtalmologie? Evidemment. Pouvonsnous nous en contenter? Les politiciens, économistes et assureurs s'estiment satisfaits si, sur cette base, le médecin de famille fait office de garde-barrière et prend en charge les malades légers et chroniques, tout en triant les «cas» compliqués, graves et aigus pour les adresser aux spécialistes en cabinet et à l'hôpital. Leurs préoccupations sont les coûts du système de santé. Cette position est illustrée par l'affirmation d'un juriste en assurance-maladie lors d'une conférence devant le groupe de travail pour la médecine bio-psycho-sociale à Berne: un patient en deuil doit être retiré des soins du médecin et adressé à un directeur de conscience!

Ce type de médecin de famille n'est pas celui que recherchent les gens. Pour eux, il est à l'évidence également essentiel que les coûts croissants de la médecine moderne augmentent le moins possible, pourtant leur besoin est autre. Ils recherchent le médecin humain. Depuis le développement technique de plus en plus avancé de la médecine, les voix le réclamant se font entendre. Au 19ème siècle, le physiologiste du Bois Reymond et le neurologue von Brücke ont déclaré qu'ils renonceraient au repos tant que tous les processus de la vie n'auraient pas été expliqués sur le plan physico-chimique, et le pathologiste von Virchow est à l'origine de l'affirmation selon laquelle la médecine serait une science naturelle ou ne serait pas. Un contre-mouvement à ces affirmations, tendant vers une médecine qui inclut la dimension humaine, plus précisément les aspects psychiques et sociaux, dans la vie d'un patient, se profile au début du 20ème siècle. En 1927, Francis Peabody a déclaré: The secret of the care of the patient is in caring for the patient, et von Weizsäcker a écrit que la médecine serait psychosomatique ou ne serait pas, entendant par psychosomatique la prise en compte et l'intégration de données somatiques, psychiques et sociales. A partir des années 1940, la médecine biopsychosociale s'est développée dans les cliniques, les départements de recherche et d'enseignement de certaines universités, et ce de manière prononcée au centre leader de Rochester à N.Y., sous la direction de J. Romano et G. Engel. En 1977, G. Engel a exposé ce principe dans le célèbre article de la fameuse revue Science, sous le titre «The Biopsychosocial Model, a Challenge for Biomedicine». Le besoin du médecin incluant la dimension humaine est vieux comme le monde. Les gens entendent par là le médecin qui ne contourne pas leurs difficultés et ne met pas seulement en œuvre les aspects techniques de la médecine. Il se pose des questions, non pas dont il connaît la réponse avec certitude, mais qu'il ne cherche pas à éluder, telles que: Pourquoi suis-je tombé malade?



Alexander Raths, Fotolia.com

Ai-je péché et dois-je désormais être puni? Y a-t-il une justice? Dieu existe-t-il? Y a-t-il une vie après la mort? Quel est le sens de ma vie? Qu'adviendra-t-il si je ne peux être guéri? La médecine sans de tels médecins aurait disparu au fil des millénaires si des médecins n'avaient pas incarné cet aspect, car les traitements techniques efficaces n'ont vu le jour qu'au 19ème siècle.

Il en ressort que le besoin du médecin (de famille) éprouvé par les politiciens, économistes et caisses-maladie ne coïncide pas avec celui de la population, qui est à la recherche d'un médecin qui ne remplace pas une technique plus avancée par une moindre intégration psychosociale dans la médecine somatique, mais par un effort en termes de médecine psychique et sociale. Il convient de noter: l'atténuation des coûts croissants de santé est à l'honneur. elle ne réussira pas par le biais du médecin de famille et du spécialiste en tant que prestataires de services et livreurs de produits, mais par l'intégration de la dimension humaine dans la médecine. Celle-ci repose avant tout sur le dialogue entre médecin et patient, qui peut être pratiqué et rendu ainsi plus efficace. Ce dialogue crée l'alliance de travail entre médecin et patient. Nous savons qu'il débouche plus rapidement et plus précisément sur le diagnostic, renforce la relation avec le médecin et réduit ainsi le risque de passer d'un médecin à l'autre, atténue l'influence de facteurs psychiques et sociaux sur le déclenchement et l'évolution de la maladie, et augmente la satisfaction qu'apporte la profession de médecin.

Correspondance: Professor em. Dr. med. Rolf Adler Leiserenweg 4 CH-3122 Kehrsatz Switzerland michele.rolf.adler[at]gmail.com