

32011

**Société
Française
Médecine
Générale**

Le plaisir de comprendre

DOCUMENTATION SFMG

**« Soins primaires : quelques repères pour aborder l'évaluation
des stratégies de décisions en médecine générale :**

GALLAIS J-L

Communication Séminaire MGFORM

**« Evaluation : la démarche qualité dans les soins primaires »
Pont-à-Mousson, Janvier 1996**

**Société Française de Médecine Générale
Société Savante**

27, Boulevard Gambetta - 92130 ISSY LES MOULINEAUX
Tel : 01- 41-90- 98- 20 - Fax : 01- 41- 90- 98- 21 - E-mail : sfmg@club-internet.fr

O.N.G agréée auprès de l'O.M.S-représentant officiel de la FRANCE à la WONCA
World Organisation of National Colleges and Academies of General Practitioners

SEMINAIRE MG-FORM
Pont-à-Mousson , le 19-20 Janvier 1996

« EVALUATION : La démarche qualité dans les soins primaires »

**SOINS PRIMAIRES : QUELQUES REPERES POUR ABORDER L'EVALUATION
DES STRATEGIES DE DECISIONS EN MEDECINE GENERALE**
Docteur Jean-Luc GALLAIS *

I - PREAMBULE

Aborder le thème de l'évaluation des stratégies de décisions en médecine générale, c'est traiter des questions plus générales relatives à la « pertinence », « aux coûts », aux « impacts » sanitaires individuels et collectifs ou « à la satisfaction du client » pour les prestations des médecins.

Ces problèmes sont maintenant clairement posés dans tous systèmes médico-sociaux et à tous les producteurs de santé¹.

Ces interrogations sont quotidiennement présentes dans des thèmes dont la diversité traduit l'importance du processus d'évaluation. On peut citer par exemple :

- L'obtention ou la modification de l'AMM d'un médicament ;
- les références, des « recommandations de bonnes pratiques cliniques » aux RMO...
- le développement des systèmes experts ;
- le « Rapport Beraud » et les réactions qu'il entraînera...
- le développement ou la crainte des conflits juridiques en médecine ;
- ou tout simplement le maintien, le développement ou la raréfaction de sa clientèle par chaque professionnel de la santé...

Le processus d'évaluation des pratiques est indissociable à celui de l'amélioration des démarches diagnostiques et thérapeutiques en médecine. En effet si les arguments économiques sont souvent mis au premier plan, l'objectif final d'une telle démarche ne doit cependant pas être oublié : il s'agit d'abord de l'amélioration de la qualité des soins et de la santé publique.

* Médecin généraliste.

Société Française de Médecine Générale, 29, Avenue du Général Leclerc - 75014 PARIS- Tel (1) 43.20.85.93

II - DISTINGUER LES CHAMPS DES SOINS PRIMAIRES, SECONDAIRES ET TERTIAIRES

Vouloir analyser les éléments qui fondent les décisions en médecine générale, c'est devoir s'intéresser aussi aux cadres et contextes dans lesquels se déroule l'activité médicale.

Mais poser la question de l'évaluation dans le domaine des soins primaires, conduit aussi à préciser ce qui distingue les « soins primaires », des « soins secondaires » et « soins tertiaires ». Ces champs correspondent aux différents besoins de santé, compétences professionnelles et moyens matériels ambulatoires ou hospitaliers nécessaires pour répondre de façon adaptée à la diversité des problèmes de santé de la population.

La notion de soins de « première ligne », de « primary care », de « soins primaires », ou de soins « de premier recours » est perçue de façon différente selon les pays. Elle traduit la volonté de planifier, d'organiser, d'optimiser de la façon la plus cohérente et la plus lisible possible, au plan sanitaire, social, administratif, médiatique et politique, l'accès et la régulation des systèmes médico-sociaux.

Il est possible schématiquement de distinguer

1. - les besoins, activités et disciplines des soins primaires ambulatoires
2. - les besoins, activités et disciplines des soins secondaires ambulatoires
3. - les besoins, activités et disciplines des soins tertiaires hospitaliers.

Bien qu'en FRANCE, les places et les rôles respectifs de ces différents champs et des différents acteurs ne sont officiellement pas définis, on peut néanmoins quantifier ces secteurs d'activités :

- plus de 90% des soins médicaux sont des soins primaires et secondaires ambulatoires,
- 2/3 des soins ambulatoires sont faits par les médecins généralistes¹.

Au plan théorique et pratique, les réponses aux besoins et demandes de soins primaires sont organisées de façon très différente selon les choix politiques et idéologiques de santé des gouvernements en place². Quelles sont les disciplines particulièrement concernées par chacun des trois domaines de la santé et quelles doivent être les relatives respectives des différents professionnels indispensables ? Places du médical, place du social, place des paramédicaux, place des médecins ? et quels types de médecins pour quels types d'activités ?

Selon les pays³ les professionnels désignés pour le champ de première ligne sont essentiellement les médecins généralistes, les infirmiers, les pharmaciens, les dentistes, des travailleurs sociaux, ou certaines spécialités médicales. Pour ces derniers, les conditions d'accès et les fonctions sont bien définies (gynécologues, pédiatres, urgentistes ou gériatres par exemple).

L'accès aux services médico-sociaux secondaire ou tertiaire se fait après passage systématique et obligatoire en soins primaires. L'établissement de ce filtrage médical permet une analyse la nature de la demande et du problème. Ce type d'organisation est d'autant plus cohérente que toutes les études en soins primaires montrent que le médecin généraliste peut répondre seul à plus de 85% des problèmes qui lui sont soumis. Dans les autres cas restants il a recours aux examens complémentaires et demandes d'avis ou de co-prise en charge avec d'autres intervenants.

Dans de rares pays, comme la FRANCE les possibilités de choix sont, en théorie, non limitées.

Par exemple, pour un « lombago aigu » survenu à son domicile chez un adulte jeune, les recours possibles peuvent être

- un médecin généraliste,
- un médecin rhumatologue,
- un médecin radiologue
- un médecin chirurgien-orthopédiste,
- un médecin acupuncteur ou ostéopathe
- un médecin de service d'urgence

pour ne citer que des intervenants médecins auxquels il faut encore ajouter la place particulière du kinésithérapeute.

Le patient pourra consulter à son domicile, au cabinet du professionnel, via le service « 15 », à la consultation porte ou au service d'urgence d'une structure d'hospitalisation publique ou privée.

Dans ces choix possibles quel sera l'élément décisif ? Le choix du patient lui-même, celui de son entourage familial, social, professionnel ? les recommandations de la communication santé du moment ? Celle de la Sécurité Sociale ou celle de Santé Magazine ? l'obligation ou l'incitation administrative ?

Mais ces possibilités, peuvent changer si on prend en compte de façon non exhaustive les paramètres suivants :

1) Le moment de la journée où survient le trouble.

En fonction de l'heure de survenue du trouble et du souhait de recours immédiat, quelles sont les possibilités effectives de recours à 10 heures du matin ou à 22 heures le soir ?

2) Le lieu

Par ailleurs si cette personne n'habite pas une grande ville, mais dans une zone rurale peu médicalisée, et ne possède pas de moyen de transport simple ou accessible, comment se poserait la question de l'accès même à un service médical ?

Le recours au savoir profane, qui va de l'automédication personnelle ou familiale au service du rebouteux, fera partie des alternatives possibles.

2) Les moyens financiers et les conditions de la protection sociale

Les choix précédents varient aussi en fonction de données économiques comme

- la couverture sociale du patient et du niveau de remboursement (avec ou sans sécurité sociale, assurance complémentaire, ALD, AMG, du secteur d'exercice du médecin,
- le montant des honoraires médicaux (tarifs conventionnels, avec ou sans tiers payant, secteur 1 ou 2, montant du Dépassement pour Exigence, ou gratuité faite par le médecin).

Il apparaît au delà de la qualité de l'action du professionnel lui-même; c'est le problème de **l'équité** sur l'ensemble du territoire dans l'accès aux soins face à un service médical minimum de soins primaires qui est alors posé.

Poser la question de l'évaluation en soins primaires dépasse donc **l'évaluation des compétences** de chaque professionnel **et de l'utilité** de ce qu'il fait au cours de l'acte médical lui-même.

Elle concerne l'efficacité médicale comparative, mais en tenant compte des conditions de **l'accessibilité** aux soins, de la **proximité** des professionnels, de la **continuité** des soins.

A efficacité équivalente, elle aborde aussi **les dépenses et coûts** (directs et indirects, coûts sociaux, coûts humains) respectifs des différentes filières concurrentielles possibles ou disponibles.

C'est **l'efficience** des différentes stratégies des dispositifs de soins primaires qui doit être abordée.

III - LA MEDECINE GENERALE, ELEMENT CLE DES SOINS PRIMAIRES

Traiter de l'évaluation des stratégies cliniques en médecine et en médecine générale conduit à s'interroger sur :

- la nature et la diversité de la ou des demandes qui sont faites par le patient ou son entourage à la médecine, à ce médecin généraliste là, à la société elle-même ¹.
- les conditions qui président à l'élaboration des systèmes de référence en médecine en général, et en médecine générale en particulier.
- les paramètres de la hiérarchisation des objectifs de la démarche médicale généraliste.

Bien que la formation médicale initiale universitaire ait focalisé en FRANCE son intérêt sur la maladie en tant « *qu'objet* », la pratique de la médecine générale est centrée sur le patient en tant que « *sujet* » .

Les multiples facteurs qui participent à la prise de décision relèvent de trois registres distincts en interactions constantes.

1. le registre de la norme biomédicale
2. le registre de la norme sociale
3. le registre de la norme intime

1) LES FACTEURS DE LA DECISION MEDICALE ou LES TROIS NORMES

Historiquement, la demande de soins et d'aide a précédé l'existence de la médecine organisée. Les pratiques magiques et les pratiques soignantes populaires n'ont pas disparu avec le

¹ J.L.Gallais Médecins à tout faire in «Infiniment médecins » Revue Autrement, N° 161, Février 1996; 108-120

développement scientifique de la médecine. Il y a eu addition, recouvrement apparent ou non, et non substitution des unes aux autres.

La décision de consulter est fondée sur des demandes, des besoins et des désirs variés. Le médecin aura à en tenir compte en analysant son intervention au travers d'une triple grille d'analyse.

- **Les normes et facteurs biomédicaux**

On peut réunir là l'ensemble des savoirs traditionnellement enseignés sur le corps, la physiologie, les organes. La maladie telle que la définit la nosologie médicale est la forme essentielle de ce savoir qui isole le corps biologique objectivable. C'est une approche analytique linéaire, allant de la description des troubles à la recherche étiologique et notamment d'une lésion anatomo-clinique spécifique. C'est à partir de ces savoirs que se manifeste la compétence technique médicale.

Sans eux il n'y a pas de légitimité médicale ni de pratique éthique. C'est le socle à partir duquel se construit la logique de base de la décision médicale. Mais ces savoirs validés² restent limités.

Par ailleurs ces référentiels sont presque exclusivement issus de pratiques hospitalières à partir de populations de patients bien différentes de celles qui consultent en médecine générale. La valeur des signes, tests et stratégies diagnostiques ou thérapeutiques sont, par nature, différentes car liées à l'incidence et la prévalence des maladies dans les populations étudiées ou soignées. La pertinence de l'extrapolation des savoirs et modèles de pratiques spécialisées à la médecine générale se pose d'emblée...

- **Les normes et facteurs socioculturels**

C'est un ensemble de facteurs propres à la société, ou au groupe, du lieu et du moment. Par nature même, ces normes sont différentes et varient dans le temps et l'espace.

Pour la décision médicale, cette norme socio-culturelle est d'abord constituée de loi, règles, chartes, recommandations qui délimitent les champs d'interventions du médecin. La pratique médicale est un exercice très encadré comme en témoigne le code de déontologie ou les textes régissant le secret professionnel. Le médecin est libre de ses décisions « dans les limites fixées par la loi ». Les RMO font partie de cet environnement.

Elle est aussi constituée de données de l'environnement psychosocial qui concernent le groupe familial ou la communauté. Ces facteurs participent à la constitution des représentations collectives sur le corps, la maladie, la santé et les moyens de répondre à ces troubles. C'est un « bain culturel » qui est très prégnant et qui apparaît parfois de façon caricaturale quand le médecin et le patient ne participent pas de la même culture, qu'elle soit en particulier ethnique ou religieuse.

Ces paramètres sont peu présents dans le discours médical universitaire car contrairement à d'autres pays, le développement de l'anthropologie socio-culturelle en médecine est intervenue

² P.Skrabanek, J.Mc Cormick « Idées folles, idées fausses en médecine ». Odile Jacob. 1992

tardivement en FRANCE, comme l'introduction des sciences humaines qui vient tout juste de se faire dans les études médicales

- **La norme intime des personnes.**

Ce registre est celui de l'intimité de la personne, celle du soignant et du soigné. Il concerne les affects et la relation à soi et aux autres. Il porte et traduit les traces de l'histoire personnelle (cf les life events) , individuelle , unique de chacun³. Souvent évoquée dans le champ de la théorie psychanalytique, la notion de transfert du patient est indissociable de celle de « contre-transfert » du médecin. La relation entre soignant et soigné ne peut être interchangeable « à l'identique ».

La diversité des médecins, des clientèles, des pratiques et des réponses face à une même situation clinique est bien connue...

Cette relation d'autant plus développée que la dure la relation médecin-patient. On retrouve là la notion de Compagnie d'Investissement Mutuelle décrite par Michael BALINT. Cet aspect est essentiel à percevoir et surtout à prendre en compte car les demandes de nature personnelles et sociales sont de plus en plus médicalisées ou utilisent le médecin généraliste comme médiateur, avocat ou interprète.

L'institution médicale a souvent des comportements de déni face à ce registre et ces comportements pour lesquels le savoir médical est inopérant.

C'est pourtant le sens même et la fonction de la plainte, du symptôme ou de la maladie qui sont en jeu en sachant que les troubles somatiques ou psychosomatiques, le passage par le corps, traduisent l'impossibilité de dire autrement, en particulier de communiquer avec les mots. Le recours aux symptômes physiques apparaît alors comme une alternative et un substitut à la parole.

2) LE DEBAT ETHIQUE : UN CONFLIT DECISIONNEL EXEMPLAIRE

Les choix décisionnels en médecine, comme en médecine générale, sont de complexité variable.

1. Un problème isolé avec une réponse bien codifiée connue, les moyens de la mettre en oeuvre et un accord du soigné et du soignant.
2. Des problèmes de nature différentes intriqués, interdépendants, avec des conduites à tenir établies pour lequel un échéancier aisé est encore réalisable et planifiable.
3. Des problèmes, isolés ou multiples, générant des interrogations et des réponses contradictoires selon que l'on considère les besoins ou désirs du patient, des médecins ou de la société.

Il y a alors des contradictions apparentes ou réelles entre les intérêts du patient en tant que personne ou en tant que malade, ceux du médecin en tant que professionnel ou en tant qu'individu, ceux du groupe social ou de la société. Si certains thèmes comme le SIDA ou la

³ PB.Schneider. « Regards discrets et indiscrets sur le médecin ». Masson. Médecine et psychothérapie. 1991

toxicomanie, ont médiatisé ces questions, ils ne sont pas pour autant nouveaux. Les controverses passionnées sur l'IVG, la contraception, la vérité au malade, le secret médical, l'euthanasie sont anciens et... toujours présents.

On retrouve ces mêmes nécessaires interrogations pour les soins palliatifs de fin de vie, ceux aux patients séropositifs ou toxicomanes, les décisions de transplantations ou d'appareillage de certains patients, mais aussi des thèmes plus nouveaux comme la constitution de base de données médicales comportant des données sensibles nominatives (Cf autoroutes de l'information et codages des actes et des pathologies).

Ces situations cliniques extrêmes ont comme avantage de devoir donner lieu à « une mise à plat » pour décrire, analyser, hiérarchiser des paramètres de la décision ⁴.

Ces situations extrêmes modélisantes ne doivent pas être l'arbre qui cache la forêt. La décision médicale est et reste le modèle de la décision complexe « sous incertitude ». Elle l'est d'autant plus de seuls 10% des discours et pratiques médicales sont fondés sur des argumentaires scientifiquement validés.

3) QUELLE GRILLE OPERATIONNELLE POUR DECIDER EN MEDECINE GENERALE ?

La norme biomédicale sur laquelle est fondée en théorie la décision médicale est le dogme persistant du « diagnostic étiologique ». La formation initiale des médecins généralistes et spécialistes a focalisé leurs attentions sur l'établissement d'un « diagnostic », au sens de la nosologie médicale. Ce diagnostic est présenté comme un préalable pour établir ensuite, et seulement ensuite, un traitement adapté. L'opposition toujours affirmée entre le « traitement étiologique » et le « traitement symptomatique », témoigne de la légitimation et de la valorisation du premier par rapport au second.

Ce dogme ne résiste pourtant pas à l'analyse des pratiques médicales quels que soient les disciplines ou les lieux d'exercice. De multiples études convergentes, tant dans le secteur ambulatoire que le secteur hospitalier, confirment que les états morbides relevant de la nosologie médicale ne constituent en réalité qu'une partie de l'activité des médecins, notamment des médecins généralistes. La notion « SSMMMD », signes et symptômes morbides mal définis, ou d'affection morbide mal définie de la Classification Internationale des Maladies ne traduit que partiellement cette réalité.

Globalement, en médecine générale, seuls 1/3 des consultations peuvent être décrites en utilisant de façon cohérente la classification internationale des maladies (CIM10). Les 2/3 restants sont constitués de symptômes, groupement de symptômes ou de syndromes.

Cette réalité a été démontrée dans de nombreux pays. Le Professeur de médecine générale autrichien R-N BRAUN rappelait dès 1970 que *« le principe selon lequel il faut, avant d'agir, toujours établir des diagnostics exacts, et dans la mesure du possible étiologiques, n'est pas valable pour la médecine générale. Fermer les yeux, et en dépit de la réalité, faire comme s'il était toujours possible de reconnaître une maladie, n'est pas digne d'une profession qui se*

⁴ N.Lery « Droit et éthique de la santé : l'expérience d'une consultation ». Méd et Hygiène 48, 2161-2166, 1990.

veut fondée sur des bases scientifiques. La médecine générale n'a pas besoin pour satisfaire à des dogmes insoutenables de se leurrer elle-même."

A la même époque, au Canada, P-L DELVA, dans ses « 24 principes de l'omnipratique », soulignait dès son principe n° 3 que *"Le management est souvent basé sur le pronostic plutôt que sur le diagnostic. Il faut promouvoir la santé et ceci est l'objectif principal. La qualité du handicap et la durée de la vie sont plus importants qu'un diagnostic précis dans bien des cas"*.

L'étude des pratiques des médecins généralistes montre que le praticien s'adapte et transgresse en permanence ce dogme du symptôme-diagnostic-traitement. Mais cette transgression généralisée se fait le plus souvent dans le non-dit et dans la culpabilité.

- **Le concept de « résultat de consultation » ou le retour à la rigueur sémiologique.**

C'est pour répondre à ces besoins de système de référence cohérent que R-N BRAUN a développé il y a maintenant 30 ans, au travers de l'analyse systématique des pratiques, le concept de Résultat de Consultation. Il correspond à des descriptions cliniques définies. Ces dénominations correspondant à 4 positions de même valeur opérationnelle et de même certitude diagnostique, fondées sur un retour à la rigueur sémiologique :

- Position A = le symptôme,
- Position B = le groupement de symptômes,
- Position C = le tableau de maladie,
- Position D = le diagnostic certifié.

Ce dernier résultat de consultation, le « diagnostic certifié » correspond au diagnostic étiologique, il n'est affirmé que lorsque le niveau de certitude est absolu, fondé sur une preuve spécifique irréfutable qu'elle soit, par exemple, anatomopathologie, radiologique, biologique.

Grâce à ces différents types de Résultats de Consultation (RC), il devient possible de décrire et comprendre les stratégies de décisions en médecine générale et de constituer des entités morbides comparables pour faire des évaluations car **chaque RC comporte des critères obligatoires et facultatifs précis**. Le nombre de résultats de consultation est relativement limité puisque les 150 dénominations les plus fréquemment utilisées représentent plus de 90% de la pathologie prise en charge.⁵

Il faut souligner que cette nécessité de décrire des situations avec des critères cliniques bien définis est particulièrement indispensable quand les examens complémentaires ne sont pas contributifs. C'est cette même logique qui a conduit au développement du DSM III R en psychiatrie avec le succès que l'on connaît.

L'acceptation des positions ouvertes représentées par le « symptôme » et du « syndrome » a le mérite :

- **de maintenir une position de vigilance clinique**
- **d'éviter que le médecin ne se leurre lui-même avec une « étiquette diagnostic » non fondée.**

⁵ SFMG-CNAMTS. « Dictionnaire des Résultats de Consultation en Médecine Générale », 1995, 280 pages.

Après la valorisation symbolique et économique des investigations complémentaires techniques en médecine, et les conséquences de ses abus, on assiste actuellement à une « revalorisation » de la place de la clinique dans les fonctions de soins.

Cette tendance s'affirme dans le développement des systèmes experts, dans celui des « Guides Lines » et autres Recommandations de Bonnes Pratiques Cliniques. La demande d'une meilleure rétribution de l'acte médical intellectuel est aussi constamment renouvelée.

La médecine générale, discipline clinique ayant un recours limité aux investigations complémentaires techniques et aux demandes d'avis spécialisés, est particulièrement concernée par les études des stratégies de décisions des soins de premier recours.

• La notion de « risque évitable »

Pour décider il veut aller, le médecin généraliste a donc besoin de savoir « où il est » . En fonction du résultat de consultation observé, il existe donc des risques biomédicaux précis qui répondent le plus souvent à la démarche médicale d'infirmité de diagnostic différentiel particulièrement grave ou urgent.

Cette quête étiologique est d'autant moins pertinente que contrairement à une idée reçue partant de l'hypothèse que les symptômes et syndromes sont essentiellement les signes précoces d'une maladie qui pourra ensuite être caractérisée, les études longitudinales de ces différents résultats de consultations révèlent la stabilité dans le temps des constatations faites par les médecins généralistes. Ainsi seuls 1 à 4 % des résultats de consultation en position A et B évolueront d'une position à une autre.

Le médecin généraliste est donc confronté à une majorité de symptômes ou de syndromes stables. Ainsi chaque jour dans la majorité des cas, il observe, analyse, décide, et traite ... sans diagnostic certifié !

Compte tenu des conditions, lieux et modèles hospitaliers de la Formation Médicale Initiale, on comprend mieux ainsi l'angoisse du diagnostic chez le jeune ou moins jeune médecin, et la longue marche étiologique aussi épuisante qu'inutile qu'elle induit. L'objectif est bien plus souvent de répondre alors aux interrogations, besoins, inquiétudes personnelles du médecin que de répondre aux besoins pourtant évidents du patient...

Cette notion de « risque évitable » s'applique de façon probabiliste à tous les aspects de la biomédecine. En matière d'investigations complémentaires ou thérapeutique de toute nature, la volonté d'obtenir le meilleur rapport bénéfice-risque possible est toujours présent.

Quand au patient, si sa demande est surtout de nature pronostique, la fonction de l'étiquetage par le médecin est une autre histoire...

Mais en médecine générale, un facteur de complexité supplémentaire existe car, au cours d'une consultation ou d'une visite, le médecin généraliste aborde simultanément plusieurs problèmes liés ou non.

L'étude SFMG-CNAMTS (1990) portant sur près de 20 000 séances portant sur un recueil de données de 4 années consécutives autres de 1300 patients randomisés, montre que le nombre moyen de problèmes était de 1,8 par séance (55 % des séances = 1 problème, 24,5 % = 2 problèmes, 11,5 % = 3 problèmes, 8,8 % = 4 problèmes).

4) QUELLES SONT LES AUTRES FACTEURS DECISIFS DE LA LOGIQUE DE DECISION ?

En matière de décision, compte tenu des éléments énoncés précédemment, à partir de quelle(s) logique(s) le médecin décide-t-il et comment hiérarchise-t-il ses décisions ? Quelle est la place des normes biomédicales par rapport aux paramètres sociaux de l'environnement et aux paramètres personnels et intimes des histoires respectives du soigné et du soignant ?

Les choix du médecin généraliste ne peuvent être analysés sans tenir compte des particularités de la médecine générale, discipline des soins de premier recours, et de la position soignante des médecins généralistes dans le système de santé.

- **La personnalisation des soins.**

La notion de soins continus et personnalisés se traduit, dans les faits, par la prise en compte du temps et de la durée dans la décision médicale. En effet, plus de 90 % des patients consultant un médecin généraliste sont déjà connus ou suivis par lui.

Le médecin qui dispose donc en temps réel d'un ensemble de données historiques notamment par l'intermédiaire du dossier médical. La quasi certitude de revoir ce patient, à court ou moyen terme, permet d'utiliser le temps et le suivi clinique comme « examens complémentaires ». Cette continuité des soins permet de gérer une stratégie probabiliste bénéfice-risque fondée sur la perception intuitive (plus que théorisée) de la prévalence des maladies caractérisées et surtout sur la notion de « risque évitable », c'est-à-dire d'évolution péjorative évitable et décelable.

Cette position donne au médecin des marges de manoeuvre variables en fonction des paramètres biomédicaux, relationnels et sociaux identifiés, et surtout pris en compte au moment de l'acte médical.

- **Négocier des choix entre « le souhaitable », « le possible » et « le faisable »**

Entre faire le « maximum possible » et décider « le minimum utile », la marge de décisions du médecin, son espace de liberté, est variable pour chaque cas, selon la nature des problèmes, le patient et son environnement, et le médecin lui-même. Il y a donc une authentique négociation entre ce qui est « souhaitable », ce qui « le possible » et ce qui « faisable »..

Tous les médecins généralistes se retrouveront dans l'affirmation que leurs décisions seront modulées devant un même tableau douloureux abdominal aigu si ce patient est connu ou non, si son niveau de compréhension lié à des paramètres culturels ou linguistiques permet ou non une communication optimale, si la consultation a lieu un samedi à 19H ou un lundi à 9H, si un environnement chirurgical est proche ou lointain, si le patient est assuré social ou non, s'il dispose ou pas d'un téléphone, d'un moyen de transport, etc. Au plan strictement biomédical,

ce sera pourtant la notion de risque évitable d'une affection chirurgicale ou médicale nécessitant des investigations ou un traitement spécifique urgent qui sera au premier plan.

Mais ce risque évitable n'est pas analysé de façon exclusive par rapport au risque somatique, mais également et simultanément face aux effets latéraux positifs ou négatifs psychiques, relationnels ou culturels qui sont toujours présents dans l'analyse de la situation. Il ne s'agit pas simplement d'identifier ces facteurs en tant que tels, mais d'en tenir compte dans l'établissement et la hiérarchisation des décisions.

A l'exercice d'une médecine focalisée sur la maladie fait place une médecine centrée sur les problèmes du patient et le sujet lui-même.

Mais l'importance quantitative des tableaux cliniques ne répondant à la nosologie médicale enseignée, et la place des symptômes et syndromes stables, conduisent à se poser la question de la nature même de la demande qui est faite au médecin généraliste.

Ce n'est pas simplement la question de la « maladie non organisée » de Michael BALINT, c'est celle du sens et de la fonction des troubles de santé proposés aux soignants.

Bien que la biomédecine privilégie une approche médicale centrée sur les ingénieurs du corps, la question de la conversion hystérique, de l'hypochondrie ou de la plainte psychosomatique doit être posée d'emblée. Le corps sert de prétexte inconscient pour exprimer de nombreux « mal-être » psychologiques et sociaux.

Les récentes études de l'OMS sur la nature des problèmes psychologiques en soins de premiers recours confirment l'importance de ces troubles qui sont présents chez plus de 25% des patients consultants en médecine générale. On comprend mieux pourquoi la recherche (parfois) forcenée d'une étiologie somatique est non pertinente et même iatrogène, car nuisant à la reconnaissance précoce et à la prise en charge de ces troubles.

• **Le facteur temps**

La connaissance habituelle du patient permet au médecin généraliste d'avoir une expérience vécue des antécédents personnels et familiaux. Le médecin généraliste EST dans une situation stratégique radicalement différente de celle d'un nouveau médecin qui se voit rapporter ou non, ces mêmes antécédents. Cette continuité des soins se traduit aussi dans le dossier médical constitué pour près de 95% des patients habituellement suivis.

Mais le temps est aussi celui de la consultation, temps limité mais suffisant pour que le médecin prennent des décisions immédiates, en temps réel, avec les éléments disponibles « *ici et maintenant avec ce patient là* »

La durée du suivi médical programmé est l'élément prépondérant. Il permet dans les situations aiguës comme dans les situations chroniques une position d'ouverture et de maintien de vigilance essentiellement basée sur la clinique, l'importance de la communication et de la coordination pour le patient (1.35 actes de communication-coordination pour une consultation ou visite réalisée)

La clinique se voit confirmer dans son rôle essentiel. Toutes les études en médecine générale confirment d'ailleurs que les demandes de recours extérieurs sont limitées tant dans le domaine des investigations paracliniques que dans celui des demandes d'avis spécialisé ambulatoire ou hospitalier. Leurs fréquences respectives sont de 10% à 15% pour les examens complémentaires, 5% pour les demandes d'avis spécialisés et 1% pour l'hospitalisation.

- **La décision « de faire » ou « de ne pas faire »**

Le fait de décider « de faire », « ne pas faire » ou « de ne plus faire » fait partie intégrante de la décision en médecine générale. Il répond à la définition même du mot : « décision, fin de la délibération dans un acte volontaire de faire ou de ne pas faire » (Dictionnaire ROBERT).

Ce point est essentiel car il correspond à l'acceptation du médecin généraliste à décider dans un contexte d'incertitude pour certains paramètres, mais avec des données néanmoins suffisantes pour permettre une action avec un niveau de sécurité suffisant.

Le suivi immédiat ou à plus long terme, la prescription planifiée, la proximité et l'accessibilité du médecin dans le temps et l'espace font partie alors de ces garde-fous indispensables au patient comme au médecin.

Par rapport aux modèles de stratégie médicale le plus souvent enseignés en Formation Médicale Initiale, le médecin généraliste va peu à peu modifier sa pratique pour prendre en compte la nature, la diversité et la complexité des problèmes médicaux qui lui sont soumis. Cette approche autodidactique de la médecine générale comporte néanmoins des limites importantes si elle reste isolée. L'expérience individuelle du médecin doit être confrontée à l'expérience collective de ses pairs, pour une approche théorisée donnant les concepts et outils permettant une amélioration des savoirs et des pratiques.

IV - EN GUISE DE CONCLUSION

La question de l'évaluation des soins dans le domaine des soins primaires conduit à se pencher sur

- le contenu de la médecine générale
- la pertinence et le niveau de preuve des savoirs médicaux,
- l'impact individuel et collectif des pratiques des professionnels
- les objectifs implicites ou explicites sous-tendent les pratiques soignantes.
- les coûts directement ou indirectement engendrés en fonction des professionnels impliqués et des lieux de soins

Les stratégies de décision en médecine générale sont donc marquées par une approche plurifactorielle des trois normes qui en font la complexité. Le temps, la durée et la personnalisation des soins en sont des paramètres essentiels.

Pour les soins de premier recours « La compréhension des probabilités cliniques en premier recours et la gestion du risque est un pré-requis pour les compétences du médecin généraliste

afin de tolérer les incertitudes et utiliser le temps plutôt que des investigations inappropriées et coûteuses » (Royal College of General Practitioners).

La prise en compte des « trois normes » se traduit d'ailleurs effectivement dans le déroulement même de la séance de médecine générale. Les composantes mises à jour récemment dans l'enquête nationale SFMG-MGFORM-CEMKA « Actes et Fonctions du médecin généraliste dans ses dimensions médicales et sociales »⁴ l'illustrent parfaitement car

- 13,3% des séances comportent une geste technique
- 9% un entretien à visée psychothérapique
- 2,6% un entretien centré sur des problèmes sociaux.
- 7,8% des séances sont gratuites ou impayées

Le médecin généraliste développe des stratégies probabilistes avec une approche bénéfice-risque dans lesquels les aspects curatifs et préventifs sont étroitement mêlés. Mais l'aspect coût/efficacité est également important dans une nécessaire perspective concurrentielle des différents producteurs potentiels de soins primaires.

Si la place du trouble et du sujet sont indissociables, le contexte joue aussi un rôle déterminant. Le médecin lui-même en fait partie en tant que personne et professionnel en fonction de la place qui lui est médicalement et socialement, selon les cas, dévolue, reconnue, assignée....

Ainsi la question de l'évaluation en soins primaires, en fonction de son objet et de sa complexité, conduit à définir les objectifs attendus et déterminer des items pertinents qui rendent compte de façon ni réductrice ni caricaturale de ces différentes composantes de la médecine générale.

Si la qualité des soins a pour objectif final de permettre, ou de tendre vers une meilleure qualité de vie, chacun des éléments de la définition de la qualité de la vie de l'OMS doit retenir l'attention. « Une bonne qualité de vie se caractérise par un état général de *satisfaction et de bien-être, par une émotivité équilibrée, par une intégration sociale et par un état physique satisfaisant* ».

Quand aux relations soignants-soignés, la formule de Professeur Kerr L.WHITE, Directeur du Département des Sciences Médicales à la Fondation ROCKFELLER les résume clairement

. « Les rapports entre un malade et son médecin traitant sont régis par trois facteurs essentiels : le progrès technique, la sympathie et la référence à un système de valeur. Bien que la nature et la qualité de ces éléments ainsi que les proportions selon lesquelles ils se combinent varient énormément en fonction des circonstances, on retrouve généralement chacun de ces ingrédients ».

L'étude des stratégies de décision en médecine générale montre qu'au delà de leur caractère pluriel car centré sur la personne, elles témoignent non pas d'une lecture du « symptôme » de type analytique et statique, mais d'une vision dynamique et systémique qui se projette dans le temps. On y retrouve l'illustration des caractéristiques de la médecine générale dans ses aspects de premiers recours de proximité, de continuité et de personnalisation des soins.

¹ Les centres communautaires de santé, au cœur des réformes des systèmes de santé. Conférence Internationale Montréal. Décembre 1995

² Les français et leur santé. SESI. Solidarité santé .N°1. Janvier-Mars 1994

³ The nature of general medical practice. Report RCGP Janvier 1996

⁴ La santé en Europe. Documentation Française, 1994.

⁵ J.L.Gallais et Col « Actes et fonctions du médecin généraliste ». Document recherches en MG - SFMG, N°45, Décembre 1994.