

société
française
médecine
générale

N° 44
septembre 1994

DOCUMENTS DE RECHERCHES EN MEDECINE GENERALE

Journée de communications du 14 novembre 1993

Nous adressons ces Documents à environ 500 personnes, dans le but de diffuser les recherches fondamentales et cliniques en médecine générale. La liste des abonnés comprend des chercheurs en médecine générale et en sciences sociales, des administrateurs des institutions de recherches, des gestionnaires de structures médico-sociales et industrielles concernées par notre discipline. Fait nous parvenir les coordonnées de ceux qui voudraient recevoir cette publication.

S.F.M.G., Société Scientifique
29 avenue du Général Leclerc - 75014 PARIS
Tel : 43.20.85.93 - Fax : 45.38.94.47

O.N.G. agréé auprès de l'O.M.S - représentant officiel de la FRANCE à la WONCA

**SANTE : LE MODELE MEDICAL
SPECIALISE AMERICAIN, REVE,
ILLUSION OU CAUCHEMAR ?**

*Dr Jean Luc GALLAIS
5 rue de la Vacquerie
75011 PARIS*

Préambule

En France, la croissance régulière des actes médicaux, notamment ceux des actes spécialisés, et la substitution progressive d'activités de médecine générale au bénéfice d'autres disciplines médicales ne sont souvent présentées que dans une perspective économique. Ces aspects sont souvent utilisés pour argumenter la place de la médecine générale dans les systèmes de soins. Cette approche macro-économique, même si elle constitue un argument important, ne doit pas faire oublier l'essentiel :

- la compétence de la médecine générale dans tous les systèmes de soins, à la fois pour chaque individu et pour la collectivité

- les effets immédiats et au long cours de l'activité quotidienne de chaque médecin généraliste quand il intervient comme professionnel de santé et de proximité pour répondre de façon pertinente, continue et responsable aux problèmes sanitaires et sociaux qui lui sont soumis.

Au moment où en France se pose, plus ou moins clairement, le développement d'une consommation de soins médicaux " à l'américaine ", et la tentation croissante d'une régulation " par le marché ",

il est indispensable d'analyser les effets déjà connus de ce type de politique. En effet les USA ont mis en place depuis des décennies ce type de politique de spécialisation médicale, et on en connaît maintenant les effets...

Il est possible de prévoir les conséquences de l'hyperspécialisation de l'approche de la santé en étudiant, en particulier, les situations de polyopathologies. Les personnes âgées, constituent à ce titre un bon exemple des approches globales ou morcelées de la santé.

**I - La médecine générale en France :
quelques repères :**

L'importance du dispositif que représentent des médecins généralistes aussi peu ou mal connu des professionnels de la santé que du grand public lui même.

Quelques chiffres sont pourtant largement éloquents.

L'enquête santé protection sociale (ESPS 1992) du CREDES montre que les recours médicaux généralistes sont prépondérant. Ainsi, en un mois, 26 % de la population française a recours à un médecin généraliste, contre 15 % à un médecin spécialiste (soins dentaires compris) dont 6 % à la fois à un généraliste et à un spécialiste.

Cet effet de masse concerne tous les âges même ceux qui paraissent à certains comme des domaines réservés. ainsi, l'étude IMS-SNIP portant sur un an et un Panel représentatif de généralistes et de spécialistes révèle que 69,6% des actes

pédiatriques et 76 % des prescriptions enregistrées par les Caisses Régionales d'Assurance Maladie sont faits par des médecins généralistes.

Pour les personnes âgées, cette place est encore plus importante du fait de la visite à domicile qui permet d'accéder à un soin médical de proximité quand la dépendance et la perte d'autonomie peu à peu s'installent.. Toujours en un mois 32 % des plus de 65 ans ont consulté un MG en consultation et 18 % en visite (CREDES 1992).

Il en est de même pour les recours médicaux concernant les adolescents comme le rappelle l'étude INSERM (M. CHOQUET " La Santé des adolescents ". documentation Française) sur la santé des adolescents portant sur la période 1983-1985.

Le médecin généraliste est dans 80 % des cas le recours des 11-15 ans contre 48 % les pédiatres, 3,8 % les dermatologues, 2,10 % les ophtalmologues, 2,10 % les O.R.L. L'ensemble des autres spécialités réunies ne représentent que 7 % des recours.

Pour la tranche des 16-20 ans, le médecin généraliste reste toujours largement le référent médical dans 76 % des cas; les gynécologues apparaissent alors dans 3,8 % des cas.

En dehors de l'activité strictement soignante et préventive, le rôle du médecin généraliste en tant qu'informateur santé crédible est confirmé même dans des domaines dans lequel il est médiatiquement peu présent.

90 % des patients considèrent que le médecins généralistes sont compétents pour intervenir dans le domaine de l'information et de la prévention du SIDA.

II - La réduction nette du champ d'activité généraliste

Si les chiffres évoqués précédemment confirment l'importance qualitative et quantitative de la collectivité généraliste dans le champ de la santé, l'attention doit être portée sur l'évolution respective des spécialistes et des médecins généralistes.

Entre 1980 et 1992, la croissance respective de l'activité des médecins généralistes a été de 6,6 % contre 21 % pour celle des médecins spécialistes (Comptes Nationaux de la Santé - 1990 - 1991 - 1992 SESI 1993). Les projections faites par le Ministère de la Santé sur la base des évolutions constatées confirment à terme la possible marginalisation de la médecine générale au profit des pratiques spécialisées si ces tendances se poursuivent..

Ainsi, alors qu'en 1980 le nombre de séances annuelles de médecine générale était de 3,5 pour 1,4 de spécialistes.

En 2010 la place respective des uns et des autres sera équivalente avec une majorité d'actes spécialisés : 7,6 séances de spécialistes pour 7,4 séances de médecine générale.

Pour 2020, la projection confirme ce déclin avec 15,2 séances de spécialistes pour 9,4 séances de médecine générale. L'évolution de la place de la médecine générale aux USA confirme qu'un tel mouvement est possible.

III – Un cadre exemplaire pour comprendre : les polyopathologies

Cette évolution vers la spécialisation doit être analysée aussi par rapport aux besoins de santé des populations.

Quels peuvent être les effets d'une approche fragmentaire spécialisée au moment où la population française vieillit?

On connaît bien la croissance du nombre de maladies moyennes par tranche d'âge et celle des séances polyproblématiques en médecine générale selon l'âge.

Ainsi dans la tranche des 65–79 ans, le nombre de maladies par personnes à jour donné est de 4,9 pour un homme et de 5,5 pour une femme alors que dans la tranche des 16–39 ans, il n'est que de 1,9 pour les hommes et de 2,5 pour les femmes.

L'étude SFMG–CNAMTS confirme cet aspect. 20 % des séances des 5–14 ans concernaient plusieurs problèmes simultanés. Cette fréquence croissait à 55 % pour la tranche des 65–74 ans, puis + de 60 % au delà de 75 ans

Une approche médicale qui couperait le malade en tranches pour traiter selon le principe théorique, une fonction ou une affection par spécialiste, conduirait à aborder le patient en additionnant, juxtaposant et multipliant les recours et les intervenants.

La population des personnes âgées constitue à ce titre un modèle qui mérite réflexion.

En effet, quels peuvent être les effets directs et indirects de la substitution progressive des activités des médecins généralistes par des médecins spécialistes ?

IV – La substitution Médecine Générale par spécialiste : une panacée ?

Le remplacement d'activités médicales soignantes essentiellement cliniques, souvent faites à domicile par le médecin généraliste traitant, par des séances de médecins spécialistes, conduit à s'interroger sur les effets simultanés ou successifs de cette substitution sur :

- la multiplication et la diversité des interventions et nécessités de coordination,
- la pertinence des réponses et moyens mis en oeuvre par rapport aux problèmes posés et aux objectifs de soins,
- l'accroissement des risques iatrogènes liés aux actes techniques et aux multiprescriptions
- les difficultés des stratégies de soins et prévention à court, moyen et long terme
- la réduction de l'observance par la non-convergence des discours,
- les difficultés de circulation d'information.

Il y a dans cette logique de substitution le remplacement d'une activité médicale essentiellement clinique et souvent réalisée au domicile du patient par une activité médicale fortement technique le plus souvent faite en institution et nécessitant de ce fait des transports.

Les questions de maintien à domicile, d'alternative à l'hospitalisation ont déjà donné lieu à de nombreux débats qui ne sont pas limités aux populations âgées.

Le SIDA, à ses différents phases évolutives, a largement démontré que la gestion pertinente des problèmes imposait un travail en réseau coordonné. La raréfaction des médecins généralistes dans les grandes métropoles urbaines a largement contribué au développement des réseaux ville-hôpital.

On assiste de plus en plus à la redécouverte de l'intérêt de la visite à domicile pour de nombreuses pathologies chroniques complexes.

- la réduction du champ d'action généraliste quant à elle, s'est traduite par la diminution constante du nombre de visites en médecine générale
- la part croissante du transport dans la consommation médicale

V – La mort de la médecine générale : le modèle américain

La tendance à l'approche morcelée successive des problèmes de santé est donc de plus en plus présente et prégnante en France. Cette américanisation de notre système de soins est-elle le modèle idéal de gestion des problèmes de santé ?

La France est le dernier grand pays occidental dont le système de santé est non régulé. Il partage cette caractéristique avec les Etats-Unis et l'évolution du système américain n'est plus là qu'un dispositif d'appoint...

Pourtant cette évolution ne s'est pas faite sans symptômes et sans essais pour répondre aux problèmes liés à la raréfaction de la médecine générale.

Différents métiers se sont même développés pour combler les carences en

généralistes. Ainsi la création d'infirmières spécialisées (nurses practitioners) ou celle de médecins exerçant sous le contrôle des spécialistes (physicians assistants) n'a pas résolu les problèmes

La logique de la spécialisation à outrance a été mise en place et la mécanique était enclenchée. Sur le plan sanitaire, à l'illusion du rêve a fait place le cauchemar américain au travers d'indicateurs sanitaires qui mettent ce pays au dernier rang des pays industrialisés comme l'atteste l'O.C.D.E. en 1990.

Les USA avec les dépenses les plus élevées par personne et plus de 12 % du PIB, ont la plus faible espérance de vie et le plus fort taux de mortalité infantile des Pays de l'O.C.D.E. Par ailleurs, la logique de marché qui accompagnait cette spécialisation générerait plus de 35 millions d'exclus.

Ce type de système de santé s'avérerait donc à la fois coûteux, inefficace et générateur d'exclusion.

VI – L'effet " GP ", General Practitioner

Les liens entre ces résultats sanitaires et la disparition de la médecine générale apparaissent de plus en plus nettement. L'hypertension artérielle en tant qu'affection chronique est un bon témoin des effets de stratégie de soins. De nombreuses études confirment que l'accessibilité et la continuité des soins ambulatoires sont deux paramètres essentiels avec la personnalisation des soins. L'absence de continuité des soins s'accompagne par ailleurs de réduction de

contrôle de l'HTA et de la nécessité secondaire de soins hospitaliers.

L'efficacité des soins est directement liée à l'existence d'un médecin traitant. Ce paramètre s'avère être même supérieur au paramètre protection sociale pour le contrôle d'une hypertension artérielle. Mais, cet " effet médecin généraliste " ne concerne pas que l'HTA. L'étude randomisée de Wasson entre les patients suivis, soit par un seul et même médecin, soit par différents médecins avait déjà largement illustré cette question. Non seulement quand il y a un seul médecin la satisfaction du patient est plus grande mais de nombreux indicateurs confirment la réduction des événements sanitaires. Il y avait deux fois moins d'hospitalisations, et quand il y en avait, elles étaient alors de plus courte durée.

C'est donc l'ensemble de l'activité médicale qui s'avère significativement supérieur au plan individuel et au plan collectif quand les soins sont dispensés par un même médecin généraliste responsable.

VII – Organisations des soins primaires : l'exemple de nos voisins

La question des places respectives des médecins généralistes et des médecins spécialistes au niveau des soins primaires, secondaires ou tertiaires est un thème bien connu.

La différence et la complémentarité des différentes disciplines médicales imposent des choix politiques clairs dans l'organisation et la régulation des systèmes de santé.

En Europe, la France est maintenant un des derniers grands pays à ne pas avoir apporté de solution structurelle à l'accès régulé aux

médecins spécialistes. Au Royaume Uni, au Danemark, en Suède, aux Pays BAS, en Italie, en Espagne ou en Grèce, la filière de soins habituelle et prépondérante, voire exclusive passe par le médecin généraliste.

De tels choix ne sont pas surprenants si l'on rappelle que dès 1977 le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe recommandait de concevoir ou de modifier le cas échéant les systèmes de distribution de soins de sorte que la consultation d'un omnipraticien ou une équipe de soins primaires à laquelle est rattaché un omnipraticien en soit normalement le premier stade.

Dans tous les pays, évoqués précédemment, la régulation par la filière généraliste a permis à la fois de généraliser un accès aux soins, un haut niveau de prise en charge des dépenses de santé par les collectivités et la maîtrise de la croissance des dépenses de santé.

VIII – Conclusions

La question initiale sur le modèle spécialisé américain, rêve, illusion ou cauchemar n'est pas une hypothèse sans consistance au moment où la consommation des biens médicaux en France n'est plus régulée. La démonstration américaine est claire :

- les secteurs d'activité médicale concernant les soins de premier recours de médecine générale ou de second recours spécialisé ne sont pas interchangeables si ce n'est au prix d'une inefficacité et de coûts humains, sanitaires, sociaux et économiques majeurs. Au moment où la France n'est pas encore engagée de façon irrémédiable dans une politique de

disparition de la médecine générale, l'exemple des USA et les enjeux en présence en France imposent une réflexion de fond véritablement argumentée à la fois sur les choix de société et les conditions d'utilisation optimales des moyens disponibles.

Remarque : ce texte résume l'intervention faite au cours des journées de Communications de la SFMG. Il reprend les éléments essentiels du dossier de presse publié en juin 1993 par la Fédération Française des Médecins Généralistes.