

ANALYSE CRITIQUE D'UNE ENQUETE SUR L'ACTIVITE
DE GENERALISTES - MAITRES DE STAGE A L'UNIVERSITE DE
PARIS SUD (1)

Cette étude avait comme buts de "mieux cerner les objectifs d'enseignement universitaire" et proposer des "jalons d'une évaluation" de la pratique des omnipraticiens.

Les conclusions abordent des notions capitales pour l'exercice de la Médecine générale :

- 1- l'existence d'un "contingent important d'affections mineures" spécifiques de l'exercice du généraliste ;
- 2- la remise en cause de la "notion (universitaire) de diagnostic (conçu) comme une synthèse d'éléments quasi exclusivement organiques" ;
- 3- l'importance du "suivi" des malades dans la pratique du généraliste avec les interrogations que cette importance provoque, chez les auteurs, sur les capacités des omnipraticiens à maîtriser les données pharmacologiques récentes ;
- 4- le peu d'importance de l'activité de "promotion de la santé" dans la pratique du généraliste.

En raison de l'impact que la publication de cette étude peut avoir sur l'opinion médicale par le canal d'une des plus importantes revues professionnelles, une analyse méthodologique soigneuse de l'enquête s'impose avant de porter regard sur ses conclusions.

1- Analyse méthodologique

Quelques remarques sur la méthodologie utilisée permettront de mieux apprécier les résultats de l'enquête.

A- Cette enquête fut réalisée "à la demande" des médecins généralistes-maitres de stage de Paris-Sud et a porté sur l'activité annuelle de 11 d'entre eux. On ne peut nier à ce sujet que les résultats analysés dans l'enquête correspondent bien à un échantillonnage représentatif de l'activité de ces 11 généralistes de Paris-Sud ; mais ces 11 maitres de stage ne sont pas pour autant représentatifs de l'échantillon des généralistes français ; il s'agit en effet d'omnipraticiens caractérisés par :

- un secteur géographique et sociologique déterminé,
- une fonction pédagogique particulière,
- une motivation forte à cette recherche.

Ce biais dans l'échantillonnage risque d'avoir des conséquences non négligeables sur les résultats de l'enquête (en particulier sur la fréquence des consultations par rapport aux visites, sur la population socio-professionnelle enquêtée, sur le "thésaurus des plaintes" utilisé...)

- B- L'utilisation dans l'enquête du terme de "motifs" pour caractériser les différentes situations vécues dans l'entrevue médecin-malade, reste ambiguë. En effet, il n'est pas tenu compte du caractère implicite ou explicite du motif de l'entrevue. En fait, l'enquête ne tient compte que du motif perçu par le médecin.
- C- La même difficulté surgit concernant le diagnostic "notifié" par le médecin : il n'est pas précisé dans l'enquête qu'il s'agit de "résultats de consultations" comme R. BRAUN l'a précisé dans son travail. La nécessité de "notifier" le diagnostic semble, à notre avis, introduire un biais dans la mesure où elle conduit le médecin observateur à se référer à une idéologie universitaire, laquelle postule qu'une entrevue médicale n'est achevée qu'avec la notification d'un diagnostic.
- D- La notion de "plainte" libellée à l'aide d'un thésaurus préalablement constitué nous semble également ambiguë.
- on ne nous précise pas comment a été constitué ce thésaurus,
 - il nous paraît constitué d'un listing des différents symptômes fonctionnels morbides traduits en langage médical. Or ce langage ne correspond pas à celui du malade, et le terme de "plainte" ne doit pas être entendu comme l'expression d'une souffrance du malade, et il ne correspond pas davantage à la situation du médecin généraliste mobilisé pour une prise en charge opératoire de son malade.
- Pour notre travail d'enquête épidémiologique, nous avons préféré utiliser la notion de "problème posé" qui supposait une "métabolisation" par l'omnipraticien des plaintes implicites et explicites du malade, plutôt que de retenir une "plainte" métabolisée et privilégiée par rapport aux autres.
- Ainsi lorsqu'un malade se plaint d'une fatigue anormale exprimée par une mimique de douleur morale dans un contexte familial connu comme conflictuel nous pensons que la démarche du diagnostic opératoire de l'omnipraticien partira plutôt du "problème posé" d'une "dépression nerveuse" plutôt que d'une "plainte" de "fatigue".
- E- L'utilisation du code international des maladies CIM9 procède d'un postulat : le résultat d'une entrevue entre malade et médecin correspondrait dans tous les cas au diagnostic d'une maladie.

- le diagnostic médical voit ainsi son importance hypertrophiée puisqu'aucune autre possibilité n'est offerte au médecin comme résultat de son entrevue avec le malade,
- le diagnostic est ici conçu comme une construction achevée, figée dans un code, risquant de conduire en outre le médecin à se fermer à toute réalité nouvelle étrangère à cette construction.

A notre avis, il aurait été plus objectif, donc plus scientifique, d'utiliser par exemple le code des résultats de consultation élaboré par R. BRAUN qui correspond davantage à la réalité vécue en médecine générale. Mais était-il possible, dans un travail dont les omnipraticiens étaient l'objet de l'observation, de demander à leurs observateurs d'abandonner leur instrument de mesure ? Rendons néanmoins hommage à l'honnêteté intellectuelle des auteurs qui réalisent en fin d'études que leur instrument était inadéquat lorsqu'ils s'interrogent sur la "pertinence de la notion académique de diagnostic en médecine générale".

2- Analyse des résultats et des conclusions

A- Nous avons relevé à la lecture des résultats de l'enquête un certain nombre de points qui méritent réflexion :

- il est parti de "4137" entrevues mais il n'est pas précisé combien de malades elles concernent ; car il aurait sans doute été intéressant d'analyser davantage les malades qui ont été l'objet de plusieurs entrevues.

- La fréquence des entrevues au domicile du malade doit en partie correspondre à des conditions géographiques particulières de l'enquête, et/ou à des conditions sociologiques des enquêteurs et des enquêtés.

- Le faible pourcentage (4%) de "manifestation aiguë de maladie chronique" dépend du caractère transversal de l'enquête et deviendrait sans doute beaucoup plus important dans une enquête longitudinale.

- La fréquence faible des "entrevues à motifs multiples" (inférieure à 10 %), beaucoup plus faible que lors des premiers résultats obtenus dans l'enquête nantaise où 1/3 des "contacts avec le malade" recouvrait plus d'un "problème posé", tient sans doute à l'utilisation du terme "motif" plutôt qu'à celui de "problème posé" ; il tient sans doute aussi à la personnalité des observateurs qui n'a pas été ici précisée.

- Les auteurs de l'enquête ont préféré rapporter les "diagnostics" à 100 cas et non pas à la population totale des malades, ni même au nombre d'entrevues ; et sans doute ne le pouvaient-ils pas en raison du caractère non représentatif de leur échantillonnage. Il ne s'agit donc pas ici de morbidité et toute l'analyse qui s'en suit en est faussée.

B- C'est pourquoi vouloir tirer de cette enquête des enseignements "permettant un ajustement de la formation des médecins généralistes à la demande et aux besoins des patients", cela nous paraît illusoire. Rappelons en effet que la fréquence établie des différents chapitres de la pathologie correspond à la "demande présentée" à 11 "généralistes-maitres de stage à l'université Paris-Sud et soulignons que cette "demande" devait correspondre à "offre" particulière qui n'a pas été analysée.

- Une autre affirmation, tirée des conclusions de l'enquête, aurait à notre avis mérité un approfondissement : "l'important contingent d'affections mineures" paraît aux auteurs comme une "caractéristique spécifique de la médecine générale" ; ces affections, définies comme "s'auto-limitant" et n'entraînant "aucune limitation de l'activité, ..., ni aucun risque léthal", cantonnant le généraliste dans une activité intellectuelle inférieure par rapport au difficile travail de l'hospitalier. Mais la notion "d'auto-limitation" -qui aussi bien ne découle pas de cette enquête- reste un à priori : en effet, on peut dire qu'un symptôme morbide "s'auto-limite" en soi, alors qu'un symptôme n'est morbide que lorsqu'il est exprimé à un tiers ? et, à notre avis, "l'auto-limitation" n'est pas étrangère à l'instance où le symptôme s'exprime. Nous savons tous le pouvoir iatrogène, d'auto-entretien de certains symptômes, détenu par les prises en charge trop agressives en milieu médical spécialisé. C'est pourquoi nous estimons que ce qui caractérise l'activité du généraliste c'est plutôt son action de limitation des symptômes qui près d'autres instances auraient eu un caractère moins limité : c'est ce qu'il aurait fallu préciser ici.

- Les auteurs de ce travail se croient autorisés à affirmer que "l'activité de promotion de la santé", conçue comme activité de prévention, est "le parent pauvre de la médecine générale". Or l'enquête n'a nulle part défini ce qu'il faut entendre par "prévention" ou "promotion de la santé" ; chacun des 11 médecins enquêteurs l'entendait sans doute comme bon lui semblait. Peut-on dès lors chiffrer la fréquence de cette activité à 13 % sans falsifier la réalité ? Aussi bien il nous semble indispensable de définir ce que l'on appelle "prévention" ou "promotion de la santé" si on veut étudier sa fréquence, à défaut de critiquer son utilité.

- "L'évaluation de la qualité des actes effectués" par les omnipraticiens ne peut pas être tirée de cette enquête, et les auteurs le précisent. Comme eux, il nous semble indispensable que des travaux soient menés, par les généralistes eux-mêmes, en vue de préciser les critères d'évaluation des prestations de l'omnipraticien. En aucun cas ces critères ne peuvent être définis par des médecins spécialistes ou des médecins hospitaliers pas plus qu'il ne peuvent l'être par des économistes ou des sociologues.

Car ces problèmes touchent à l'idéologie médicale dominante actuelle et il n'est pas indifférent de noter in fine que l'enquête analysée ici a été conçue conjointement par un médecin de l'INSERM et par un hospitalo-universitaire!...

Bernard VINCENT.