

PRINCIPES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

par Denis Pouchain (*)

Les Savoirs de la médecine générale ont longtemps reposé sur des bases empiriques qui en faisaient un ensemble informel et subjectif. De nombreux travaux ont tenté d'apporter les notions théoriques nécessaires pour décrire et expliquer le fonctionnement de cet ensemble et en définir les concepts. L'argumentation s'est appuyée sur la notion de spécificité. Cette formulation recouvre des éléments essentiels mais parfois insuffisamment développés. La définition plus précise de la médecine générale passe par l'identification des principes essentiels qui régissent son organisation. C'est une étape indispensable à la construction d'un modèle conceptuel et à l'émergence d'une discipline scientifique.

DES MODÈLES RÉDUCTEURS

Pour définir la médecine générale, plusieurs modèles théoriques ont été présentés. Une première conception a fait état d'un système composé d'un fragment de chaque spécialité et la juxtaposition de ces fragments constituerait un ensemble homogène. Dans cette optique, la médecine générale serait une discipline patchwork constituée d'un petit morceau de savoir sur tout. Cette conception est centrée sur la maladie et ne rend pas compte d'une réalité bien plus complexe.

Parallèlement, et au nom de l'unicité de la médecine, une autre définition a été proposée. La médecine générale correspondrait à l'application d'un même savoir médical mais appliqué dans un autre lieu que l'hôpital. Dans cette approche, la médecine générale ne serait qu'une discipline d'exercice. Son contenu ne serait pas différent de celui de la médecine interne par exemple, mais ses conditions d'application seraient particulières. Cette perspective est centrée sur le médecin et ne peut recouvrir tout le champ de la pratique.

Ces deux modèles sont insatisfaisants, car ils simplifient à l'extrême l'identité de la médecine générale, "empruntent" son contenu à d'autres disciplines, et font abstraction du patient.

La question fondamentale est : existe-t-il un contenu spécifique de la médecine générale, et si oui, quels sont les éléments qui permettent de le développer ?

HISTOIRE D'UNE PROGRESSION THÉORIQUE

Au niveau international, une réflexion est menée depuis longtemps pour définir les grands principes de la médecine générale. Dès 1974, le groupe Leeuwenhorst, qui a donné naissance à l'European Academy of Teachers in General Practice (EURACT), a proposé une description de l'activité du médecin généraliste. En 1977, la Corporation professionnelle des médecins du Québec a publié une brochure sur les fonctions de l'omnipraticien. Dans le même temps, une résolution du Conseil de l'Europe a élaboré une définition de l'omnipraticien. La WONCA (World Organisation of National Colleges and Academies of General Practitioners/Family Physicians) a fait des recommandations sur le rôle du médecin de famille. La notion de polyvalence a été introduite comme principe de la médecine de famille canadienne. En 1993, M. Marinker a présenté une communication sur les tâches du généraliste et les caractéristiques de la médecine générale. Le Royal College of General Practitioners a publié une brochure pour déterminer ce qu'est la médecine générale. Plus récemment, la conférence commune

OMS-WONCA a proposé la contribution du médecin de famille pour rendre la pratique et l'enseignement médical plus en rapport avec les besoins des patients.

En France, quelques travaux ont engagé la même démarche de réflexion. Ils concernaient en particulier la description du champ d'activité ou la définition des fonctions. A partir de l'observation de la pratique, des groupes de travail ont contribué à l'analyse du contenu de la médecine générale. Le rôle primordial du médecin généraliste dans le système de soins a été développé par ailleurs.

Tous ces documents posent un problème de fond : ils ne dissocient pas clairement la médecine générale et le médecin généraliste. La distinction entre les principes essentiels de la discipline et les tâches professionnelles du praticien offre un double intérêt : elle permet de définir un contenu d'enseignement spécifique et positionne la médecine générale comme une discipline à part entière.

LES PRINCIPES ESSENTIELS

L'approche théorique de la médecine générale repose sur dix principes essentiels. C'est leur coexistence qui permet de définir une discipline clinique.

I. Une approche centrée sur le patient

Le point de départ de la démarche clinique est le patient : ses demandes, ses besoins et sa personnalité. Il est aussi important de s'occuper du vécu de la maladie que de la maladie elle-même, car l'anamnèse centrée sur le patient améliore le résultat final. Le dénominateur commun est la personne, avec ses croyances, ses peurs, ses attentes, ses affections.

Quatre conséquences en découlent :

- ➡ la décision résulte d'une négociation avec le patient,
- ➡ la prise en compte des aspects personnels demande un travail relationnel et donc une formation adaptée,
- ➡ la relation médecin-malade qui procède de cette approche, inclut le médecin dans le processus thérapeutique,
- ➡ dans les études épidémiologiques, la primauté du patient nécessite l'utilisation de classifications à plusieurs entrées comme la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP).

II. La prise en compte de l'environnement du patient

Les rapports entre le patient et son environnement sont permanents. Le cadre de vie, le milieu professionnel, l'origine et les habitudes culturelles, et surtout la famille interfèrent régulièrement sur les problèmes pathologiques. Le patient ne peut être isolé de son contexte et sa prise en charge intègre de multiples facteurs d'influence. Chaque patient a une histoire personnelle et familiale et la maladie prend un sens dans cette histoire. La décision médicale tient compte des conséquences des événements de vie qui traversent l'existence du patient. Centrée sur le patient et ouverte sur son environnement, cette approche globale éclaire la signification des symptômes. La connaissance de l'environnement est facilitée par la proximité sur le terrain, et nécessite une compétence humaine développée.

III. Un champ d'activité défini à partir des besoins et des demandes des patients

La médecine générale est le recours le plus accessible et le plus courant pour les problèmes de santé. Elle développe un champ d'activité déterminé par les besoins et les demandes des patients. Cette perspective recouvre des domaines variés et nécessite une polyvalence des soins. Il en découle l'acquisition de compétences adaptées et

évolutives mais aussi une prise en charge à géométrie variable, chaque praticien en assurant tout ou partie. De plus, la médecine générale, placée à l'interface de la population et des structures médico-sociales, tient un rôle déterminant. La gestion simultanée des intérêts individuels et des problématiques collectives maintient un équilibre entre des sollicitations a priori opposées.

IV. Une réponse à la majorité des motifs de recours aux soins

L'étude du CREDES montre que, en dehors des problèmes ophtalmologiques, obstétricaux et dermatologiques, tous les motifs de consultation sont pris en charge majoritairement en médecine générale. En particulier, un fort pourcentage concerne les maladies endocriniennes et métaboliques (91%), les affections digestives (88%), les atteintes de l'appareil cardio-vasculaire ou respiratoire (87% chacune), les lésions ostéo-articulaires ou traumatiques (86% chacune), les troubles mentaux et du sommeil (65%). Ainsi, la plupart des problèmes de santé de la population, qu'ils soient biomédicaux ou psychiques, sont traités et/ou suivis en médecine générale.

V. Une démarche diagnostique orientée par la faible prévalence des maladies graves

La prévalence est le rapport entre le nombre de personnes atteintes d'une maladie et l'effectif de la population concernée susceptible d'être atteinte par cette maladie. Pour les pathologies constituées, potentiellement graves ou mortelles, cette prévalence est plus faible en médecine générale qu'à l'hôpital en raison de l'absence de sélection. Or, pour le diagnostic, la valeur prédictive positive ou négative (probabilité d'être atteint ou non de la maladie) d'un signe clinique ou d'un test dépend de la prévalence de la maladie dans la population concernée. Plus cette prévalence est faible, plus la valeur prédictive positive diminue. Le même signe n'a donc pas la même valeur prédictive en ambulatoire et à l'hôpital, ce qui explique les différences de procédures décisionnelles. En médecine générale, la faible prévalence des maladies graves impose une démarche diagnostique probabiliste qui tient compte de cette réalité statistique.

VI. Une intervention au stade précoce des maladies

Le patient consulte souvent dès l'émergence des symptômes. A ce stade précoce, il est difficile de faire un diagnostic précis et définitif. A la phase d'état, les signes cliniques sont relativement évocateurs. Il n'en est pas de même pour les signes de début qui sont souvent indifférenciés. Après avoir écarté une évolution grave à court terme, la décision peut être la mise en attente jusqu'au développement éventuel de l'affection. La faible prévalence et le stade précoce des maladies ne permettent pas d'élaborer d'emblée un diagnostic complet. Le "résultat de consultation" proposé par Braun est un diagnostic de situation qui laisse une place au doute. La position diagnostique reste le plus souvent au niveau de signes cardinaux ou de groupe de symptômes, quelquefois au niveau de tableau de maladie, rarement au niveau de diagnostic complet.

VII. La gestion simultanée de plaintes et de pathologies multiples

Le patient consulte souvent pour plusieurs motifs ou plaintes. Il présente en moyenne deux motifs de recours et ce chiffre augmente avec l'âge. Les polyopathologies sont fréquentes et concernent particulièrement les personnes âgées. La médecine générale intègre ces nombreuses sollicitations dans le temps d'un même acte médical. La réponse simultanée à la multiplicité des demandes nécessite une gestion hiérarchisée des problèmes qui tient compte à la fois des priorités du patient et de celles de la médecine.

VIII. La capacité de suivi au long cours

La médecine générale développe une approche dans l'instant et dans la durée. Elle offre au patient l'opportunité d'une prise en charge régulière au long cours et la possibilité d'un suivi de la naissance à la mort. Elle assure la continuité des soins grâce à un accompagnement des patients tout au long de leur vie. Le dossier médical jalonne et facilite ce suivi, il en est la trace explicite. Il est la mémoire objective des consultations mais il n'est qu'un élément de l'histoire commune entre le patient et le médecin. La charge affective qui s'accroît souvent au fil des rencontres est un aspect peu étudié de la relation établie : c'est la compagnie d'investissement mutuel de M. Balint.

IX. L'aptitude à la coordination des soins

La synthèse des diverses interventions médicales concernant le patient, la circulation de l'information, l'organisation cohérente du circuit de soins reposent sur l'existence même d'un dispositif de coordination. La médecine générale remplit ce rôle de pivot du système de soins, même si les conditions structurelles ne sont pas toujours réunies. L'accès direct aux spécialistes et aux autres intervenants de santé complique parfois le rôle de coordination. Le développement des filières de soins et des réseaux coordonnés permet d'envisager un travail d'équipe autour du patient, qui contribue à l'amélioration de la qualité des soins.

X. Une pratique efficiente

Le traitement des problèmes courants requiert des solutions simples et évite souvent une évolution péjorative, source de prises en charge plus complexes et onéreuses. Un plateau technique léger limite la surenchère des investigations et optimise les coûts. La proximité, la continuité et la coordination des soins, la connaissance du patient améliorent la réponse médicale. La médecine générale limite les coûts à leur réelle nécessité et propose au patient une attitude raisonnée en terme de consommation de soins médicaux. C'est une pratique efficiente, au sens économique du terme anglo-saxon, qui recouvre les concepts de coût/efficacité et de coût/utilité. La faible part de la médecine générale dans les dépenses de santé, comparée au nombre de patients soignés, atteste de cette réalité.

UN MODÈLE GLOBAL

La médecine générale est construite sur un modèle théorique différent de celui de la médecine spécialisée, même s'il repose sur des connaissances biomédicales de base communes. Elle reproduit un modèle global, centré sur le patient, ouvert sur l'extérieur, considérant la maladie comme l'ensemble ou la résultante de facteurs organiques, humains et environnementaux. Cette conception de la santé en tant que phénomène complexe est comparable à l'approche bio-psycho-sociale de Engel. Elle nécessite un système de formation spécifique, issu des sciences biologiques comme des sciences humaines, visant à l'acquisition de compétences scientifiques et relationnelles. Elle doit reposer sur une recherche appliquée, permettant d'affiner et de valider son contenu.

Ce modèle global intègre les fonctions spécifiques de la médecine générale : le premier recours, la prise en charge globale, la continuité et le suivi, la coordination des soins et le rôle de santé publique. Il est caractérisé par des démarches diagnostiques et des stratégies thérapeutiques spécifiques. Il détermine les tâches professionnelles qui découlent des fonctions et qui en permettent l'application sur le terrain. Il permet de décrire une discipline médicale qui se trouve à l'interface de l'individu et de la collectivité.

Le modèle global qui résulte de ces principes s'organise en un ensemble conceptuel, dont l'appropriation par la communauté généraliste, renforce la discipline dans ses dimensions de soins, d'enseignement et de recherche.

Mots-Clés : Concepts de médecine générale, coordination des soins, demandes des malades (répondre aux), démarche médicale (généralités sur la), entourage du malade, environnement du patient, polyopathologies, principes de médecine générale, prise en charge globale, suivi au long cours, valeur prédictive d'un signe.

Références

- Aguzzoli F, Le Fur P, Sermet C. Clientèle et motifs de recours en médecine libérale. CREDES 1994;1008:66.
- Attali C, Gay B, Mairesse JP, Rougeron C. La prise en charge globale : une réalité. Exercer 1993;20:4-6.
- Barbaud F, Butler J de, Attali C, Molina J. Réflexions sur la continuité des soins. Exercer 1992;19:20-2.
- Béraud C. Pourquoi et comment accroître la responsabilité des médecins généralistes. Le Concours Médical 1994;116.01:58-61.
- Blondeau F. L'anamnèse centrée sur le malade. Can Fam Physician 1990; 36:1509-13.
- Braun RN. Pratique, critique et enseignement de la médecine générale. Paris : Payot 1979.
- Butler J de. La médecine générale aujourd'hui. Exercer 1991;numéro spécial.
- Conseil de l'Europe Comité des Ministres. Résolution (77) 30. L'omnipraticien, comment le former, comment susciter cette vocation. in : Chambonet JY. La formation initiale des médecins généralistes. Tome II : perspectives européennes. Paris : CNGE 1994.
- Corporation professionnelle des médecins du Québec. Les fonctions du médecin omnipraticien. Montréal 1977;XVII,3.
- Engel GL. The biopsychosocial model and medical education. N Engl J Med 1982;306:802-5.
- Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry 1980;137;5:535-44.
- Gallais JL et col. Actes et fonctions du médecin généraliste. Documents de recherche en médecine générale 1994;45.
- Gallais JL. Médecine générale : de l'acte aux fonctions. La revue Agora 1994;32,33:41-7.
- Groupe Européen d'enseignants de médecine générale, dit de Leeuwenhorst. The general practitioner in Europe, a description of the work of the general practitioner. Bruxelles 1974.
- Jacot P. Le rôle du médecin généraliste/médecin de famille dans les systèmes de santé. La Revue du Praticien-Médecine Générale 1992;6;169:524-8.
- Marinker M. General practice and the changing NHS. Communication au congrès du Royal College of General Practitioners. Windermere 23-25/04/93.
- Marleau J. La polyvalence en médecine familiale. Can Fam Physician 1992;38:1172-74.
- Picot R, Aulanier S, de Butler J, Chataigner B. La cohérence des soins. Exercer 1994;26:8-11.
- Rougeron C, Voilquin JP, Aulanier S, Pouchain D. La médecine générale : médecine du premier recours. Exercer 1992;17:7-10.
- SFMG. Dictionnaire de médecine générale. Documents de recherches en médecine générale 1992;41:1-14.
- Sourzac R. Les résultats de consultation. Documents de recherches en médecine générale SFMG 1991;39,40:35-44.
- Toon P. What is good general practice ? Royal College of General Practitioners. Occasional paper 1994;65.
- Wainsten JP, Bros B, Dufour C, Huas D. Introduction aux fonctions du médecin généraliste. Exercer 1992;16:4-6.

➡ WHO-WONCA. Making medical practice and education more relevant to people's needs : the contribution of the family doctor.1994.

Note : Ce texte de définition de la médecine générale présente l'intérêt de ne pas mélanger les concepts comme le font fréquemment d'autres, par exemple Olesen dans le dernier article sur le sujet paru dans le BMJ. Le texte ci-dessus a pris le parti de définir la médecine générale comme une discipline universitaire, en faisant abstraction de celui qui la pratique, même s'il en est le principal acteur. Il veille à ne pas mélanger la définition du médecin généraliste (en tant qu'acteur dans un système de soins) et la médecine générale (en tant que discipline universitaire).

(*) UFR Créteil , Foreign Teacher du site Introduction à la MG.

Ce texte est celui qui fait l'ouverture du livre : [Médecine Générale : Concepts & Pratiques](#).
Paris : Masson 1996:1100 pages.

[UCL](#) | [MED](#) | [Top](#) | [Sommaire](#) | [Contact](#)