

Comment former les futurs généralistes ?

De la difficulté pour les généralistes de nombreux pays à enseigner dans les écoles ou les facultés de médecine

Petite histoire américaine racontée par Kerr White en 1997

Max Budowski*, Bernard Gay**

**Professeurs associés de médecine générale :*

**UFR Paris VII, **UFR Bordeaux*

Kerr White travaillait dans les années 1950 à l'École de Médecine de l'Université de Caroline du Nord (UCN) - sise à Chappel Hill. Il avait été recruté pour enseigner et organiser des programmes de recherche dans une "clinique de médecine générale". Cette clinique était centrée sur l'apprentissage et l'étudiant. Elle avait pour principal objectif de réunir dans un même lieu la théorie et la pratique, l'université et l'hôpital, les résidents et leurs professeurs. Quand White revint à Chapell Hill en automne 1960 après un congé sabbatique à Londres, le président nouvellement élu de la clinique de médecine générale avait une vue beaucoup plus limitée du rôle du généraliste dans l'université et considérait le mode de fonctionnement de cette clinique comme désuet et non fondamental. De nombreuses discussions entre White et le nouveau président n'ont pas convaincu ce dernier d'un besoin d'enseignement et de programme de recherche cliniques appropriés à la médecine générale. White est déçu mais pas découragé : il ne s'avoue pas perdant. Il est inquiet pour cet enseignement basé sur des spécialités pour former les futurs généralistes. Il constitue alors avec deux collègues, Franklin Williams et Bernard Greenberg (biostatisticien), une équipe pour recueillir des données concernant la place de la médecine générale dans la prise en charge des soins et son rôle dans un programme d'enseignement plus innovant (1).

White s'appuie sur un article publié en 1954 (2) par deux collègues de Londres, John et Elizabeth Horder. En utilisant des données issues de leur propre pratique et recueillies pendant plus de trois mois, les Horders avaient décrit trois carrés de taille décroissante : le nombre de dossiers de patients inscrits dans leur cabinet, la proportion de leurs

patients qui ressentait un événement pathologique de sévérité suffisante justifiant une consultation (environ un tiers), et la proportion des personnes hospitalisées ou nécessitant un avis spécialisé (près d'un quart, ou environ 8% du nombre total de leurs patients).

White et ses collègues se sont demandés si de telles proportions étaient reproductibles pour les soins primaires en Amérique du Nord. Leur travail de recherche, qui concernait les patients âgés de plus de 16 ans, était difficile car il existait peu de statistiques fiables dans les années 1950 sur les problèmes de santé réellement ressentis. Il a d'abord fallu définir la taille et la composition d'un échantillon pour que ces résultats soient extrapolables à la population des USA. De multiples entretiens avec des patients, des personnes qui ne se considéraient pas malades et des médecins ont été réalisés. Leurs recherches ont également porté sur des nombreux dossiers patients, que ce soit à l'hôpital ou en ville. White et ses collègues ont pu ainsi compiler toutes les données recueillies pour obtenir un "instantané" de l'utilisation des soins par des personnes âgées de plus de 16 ans pendant une période d'un mois. Chaque affirmation a été, dans la mesure du possible, corroborée par au moins deux sources de données.

A terme, ces auteurs ont élaboré un diagramme qui montrait clairement la place des soins primaires dans la prise en charge du patient nord américain. En se basant sur une population de 1000 adultes pouvant être exposés à un problème de santé dans le mois, White et ses collègues ont dénombré environ 750 personnes qui pouvaient ressentir un problème de santé (Figure 1). En se référant à la définition classique des soins primaires, c'est seulement lorsqu'une

personne consulte un professionnel de santé que débute les soins primaires. Cette circonstance concernait environ 250 personnes sur les 750 ressentant un trouble de santé, soit un quart de la population de départ. Mais en prenant la défi-

nition des soins primaires dans un sens plus large, par exemple une personne qui ressent un symptôme et peut se soigner elle-même, la population concernée était beaucoup plus importante.

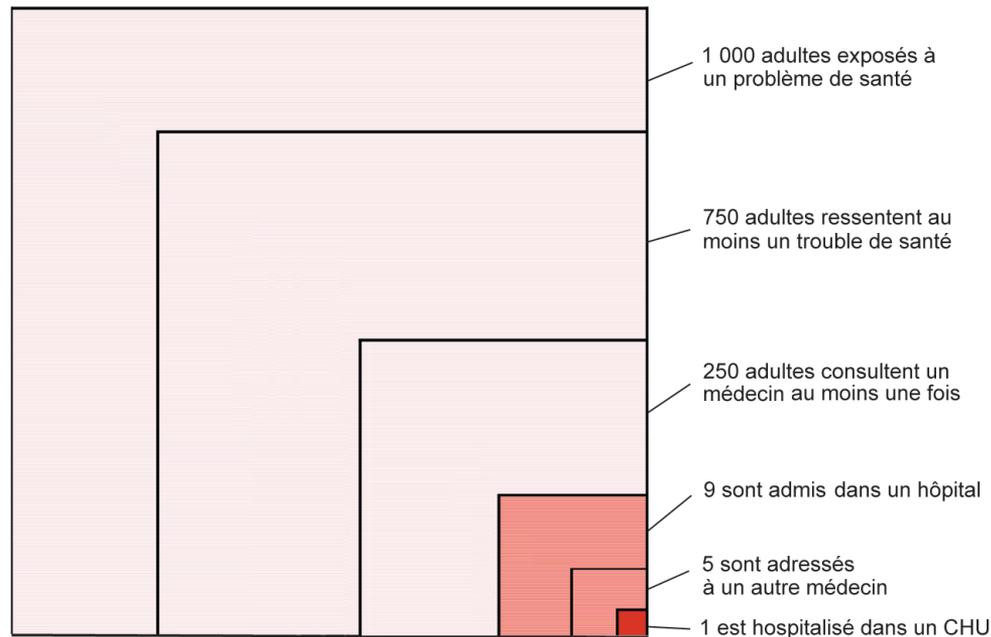


Figure 1 : Carré de White

Ce diagramme plutôt provocateur appelé "carré de White" mettait le doigt sur une anomalie de la formation du médecin : l'enseignement était réalisé dans les CHU où seulement une personne sur 1000 était hospitalisée. L'université se privait ainsi d'une majorité de personnes présentant des symptômes ressentis mais significatifs et utiles pour la formation des médecins de soins primaires. Dès la sortie de l'article publié avec le titre "The ecology of medical care" (3), la réponse des spécialistes universitaires a été immédiate et tonitruante : nombre de ces enseignants se sont sentis offensés. Mais la conclusion de White s'imposait toujours : l'enseignement des futurs médecins portait progressivement sur des problèmes de santé très limités et ne répondait plus correctement aux demandes de la majorité des personnes consommatrices de santé. Malgré de nombreux détracteurs, ce diagramme a survécu à l'épreuve du temps et a même été confirmé en 1973. Les recherches ont porté sur toute l'année 1970, date à laquelle l'accès aux soins était plus aisé pour les américains, sur des variables recueillies par le Centre National des Études Statistiques sur la Santé. En considérant une période d'une année, sur 1000 individus d'une population de base, 720 personnes en moyenne avaient consulté un médecin en ambulatoire au moins une fois, 100 avaient été admises dans un hôpital dont 10 dans un hôpital universitaire, c'est-à-dire moins d'une par mois (4).

White rappelait dans son article de 1997 qu'il était difficile d'obtenir des statistiques correctes à la fin des années 50. La communauté médicale s'intéressait également peu aux problèmes de santé simples et rencontrés en soins primaires et la généralisation pouvait être difficile. Dans les années 2000, les données concernant les problèmes de santé étaient beaucoup plus nombreuses et normalement plus fiables. En 2001, Green et ses collègues ont révisé le diagramme de White en utilisant des informations plus récentes sur la prédominance mensuelle des soins dans la population et les réponses recherchées aux demandes de soins. En considérant une population de 1000 personnes typique des USA et de tout âge, les résultats suivants (5) ont été obtenus (figure 2) :

- 800 personnes présentaient un ou des symptômes ;
- 327 nécessitaient des soins ;
- 217 consultaient un médecin dont 113 un médecin généraliste ;
- 65 demandaient un avis spécialisé ou s'adressaient à la médecine alternative ;
- 14 recevaient des soins à domicile ;
- 13 s'adressaient aux services d'urgences ;
- 8 étaient hospitalisées (clinique ou hôpitaux) ;
- moins d'une personne était hospitalisée dans un hôpital universitaire.

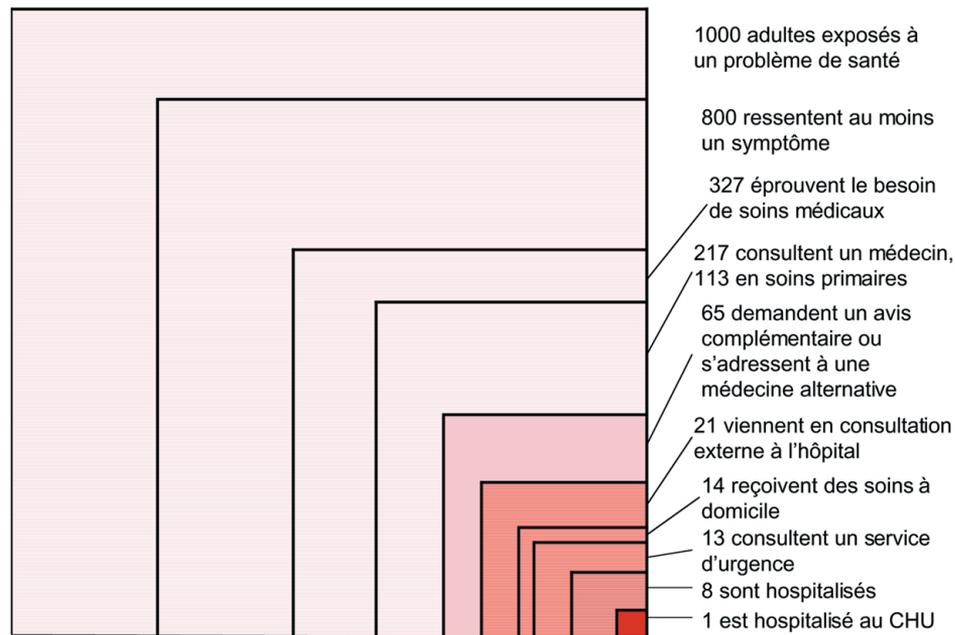


Figure 2 : Répartition des soins de santé pendant 1 mois

La formation quasi exclusivement hospitalière des étudiants en médecine porte donc sur une partie très réduite des problèmes de santé de la population. Ces données confirment la nécessité de former les futurs généralistes, mais aussi les étudiants des autres spécialités, à l'ensemble des problèmes de santé des patients, y compris les plus courants, et à la symptomatologie non différenciée. Cette approche permettrait d'éviter "d'importer" les démarches diagnostiques et les stratégies thérapeutiques de soins secondaires ou tertiaires en soins primaires, avec les conséquences en terme d'utilisation d'examen et de traitements disproportionnés. Une des caractéristiques de la médecine générale définies par la WONCA (6) concerne la

démarche décisionnelle spécifique, déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans le contexte des soins primaires : c'est donc bien un apprentissage contextualisé qui permettra aux futurs généralistes d'acquérir les compétences nécessaires à leur exercice professionnel.

Ainsi le Carré de White est-il toujours d'actualité. Il est dommage que sa diffusion n'ait pas été suffisante en France pour qu'il soit pris en considération par les autorités universitaires qualifiées. Il a fallu attendre 2004 pour mettre en place un diplôme d'étude spécialisé en médecine générale, coordonné par des généralistes universitaires, soit 43 ans !

Références

1. White KL. *The ecology of medical care: origins and implications for population-based healthcare research.* *Health Serv Res* 1997;32:11-21.
2. Horder J, Horder E. *Illness in general practice.* *Practitioner* 1954;173:177-87.
3. White KL, Williams TF, Greenberg BG. *The ecology of medical care.* *New Engl J Med* 1961;265:885-92.
4. White KL. *Life and death and medicine.* *Sci Am* 1973;229:23-33.
5. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. *The ecology of medical care revisited.* *New Engl J Med* 2001;344:2021-5.
6. Gay B, Allen J. *Une nouvelle définition pour la médecine générale.* *Rev Prat Med Gen* 2002;18(587): 1371-3.

Article consulté : DeFriesse GH. *The Visualization of Primary Care. The White-Williams-Greenberg diagram.* *N C Med J*, 2002;63:186-8.