

Editorial

QU'ATTENDRE D'UNE AMELIORATION DE LA FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT?

par

J.-P. UNGER

*Institut de Médecine Tropicale,
Nationalestraat 155, B-2000 Antwerpen, Belgique*

On pourrait résumer comme suit les motifs pour lesquels l'Institut de Médecine Tropicale a organisé un colloque relatif à la formation des généralistes dans le tiers-monde. La formation inadéquate du médecin polyvalent pèse lourdement sur les insuffisances des systèmes de santé des pays en développement :

- les cliniciens des centres de santé sont mal préparés à apprécier le poids des composantes non biologiques des problèmes de santé, à assurer le suivi des patients jusqu'à leur guérison, à prendre la responsabilité d'une population — y compris les personnes à risque qui n'adressent pas de demande aux services de santé —, à synthétiser les problèmes et les thérapies des patients et à communiquer avec eux;
- le généraliste à l'hôpital en exploite mal le potentiel technique, n'apporte pas ou peu d'appui méthodologique aux infirmiers des centres de santé de sa juridiction, et gère mal les ressources dont il dispose. En outre, il n'a généralement aucune idée de la manière dont les unités de son district pourraient être organisées pour s'inscrire dans un système dont les échelons auraient des fonctions complémentaires.

En d'autres termes, la formation de base du médecin est essentiellement technique et spécialisée, et elle ne valorise nullement l'omnipraticien.

Une meilleure formation du généraliste recèlerait donc un potentiel appréciable, et la confrontation d'expériences pédagogiques de pays en développement et de pays industrialisés devrait mettre en lumière l'intérêt de produire des médecins capables d'offrir des soins accessibles, complémentaires à la capacité résolutive endogène des communautés, et de tirer la leçon des expériences pertinentes dans ce domaine.

Ces affirmations sont moins évidentes qu'elles n'y paraissent :

1. Les généralistes ne constituent pas une catégorie homogène : peut-on comparer les généralistes zairois, qui effectuent des césariennes et des cures

de hernie étranglée, aux médecins de famille français ou belges qui traitent les arthroses d'une population âgée? les pédiatres et gynécologues sud-américains qui travaillent dans des centres de santé sont-ils des généralistes ou des spécialistes?

2. Les généralistes sont-ils vraiment importants pour les services de santé? Si les agents de santé communautaires ont perdu leur attrait depuis quelques années, il ne manque pas de théoriciens, adeptes de la doctrine Flexner, pour estimer que les spécialistes sont toujours plus efficaces que les généralistes et que leur principale fonction doit être d'orienter les patients vers un spécialiste adéquat.

3. Comment juger de la valeur des expériences pédagogiques? Est-il établi que les généralistes ne donnent pas satisfaction dans le tiers-monde? Si tel est le cas, peut-on établir un rapport de cause à effet entre leurs compétences et les dysfonctionnements de systèmes qui, par ailleurs, manquent cruellement de ressources?

4. Enfin, vaut-il mieux (et comment) modifier le curriculum de base du médecin ou instaurer des formations continues? Dans ce cas, quels en sont les mécanismes efficaces?

Reprenons ces questions une-à-une.

1. En Europe de l'Ouest et en Amérique du Nord, les généralistes répondent à la demande de soins curatifs, demande qu'ils doivent dépasser en abordant les aspects psychosociaux de la maladie, en évitant les références inutiles, et en assurant la continuité des soins jusqu'à leur terme utile. En Angleterre et en Hollande, ils sont aussi responsables d'une population définie, et doivent prendre des initiatives pour en protéger les personnes à risque. En Afrique, les généralistes travaillent, en zone rurale, dans un hôpital, où ils effectuent des interventions chirurgicales d'urgence. Ils gèrent des ressources pharmaceutiques, financières et humaines, et en particulier, encadrent les assistants médicaux responsables des centres de santé.

La similarité du généraliste africain avec son collègue européen tient à plusieurs facteurs :

- à la fonction d'encadrement des assistants médicaux, qu'il ne peut assurer correctement que s'il a étudié et pratiqué lui-même la médecine au premier échelon; c'est cette thèse qui est développée plus loin par M. Van Dormael (1);
- à la nécessité, pour un médecin qui travaille en hôpital, d'y veiller aussi à la globalité des soins. La réinsertion post-hospitalière, les pathologies psychosomatiques aux conséquences cliniques graves, et l'organisation du séjour hospitalier sont autant d'exemples de décision qui élargissent, à l'hôpital, d'une pratique globale de la médecine;
- le petit nombre de médecins des hôpitaux ruraux africains et latino-américains imposent une certaine polyvalence, même si chaque praticien est davantage familiarisé avec telle ou telle spécialité. En outre, l'interniste ou le chirurgien sont souvent requis pour des patients d'autres services, ce qui illustre que la spécialisation en milieu hospitalier reste toute relative: l'environnement du patient le poursuit et les maladies refusent obstinément de se laisser circonscrire par une spécialité.

Quant aux pédiatres et gynécologues latino-américains qui travaillent au premier échelon, ce sont les pathologies qu'ils traitent et leur accès direct aux familles qui les rapprochent du généraliste européen.

2. L'importance du généraliste tient à la nature de sa médecine, qui devrait être somatique, psychique et sociale à la fois. Le New Leeuwenhorst Group, basé à l'université du Limbourg, souligne l'importance de la capacité résolutive des généralistes, auxquels il assigne comme fonctions primordiales, le développement de l'autonomie des patients, l'utilisation de ressources non hospitalières, et l'examen des problèmes sanitaires dans leur contexte social et familial (2).

Les projets d'éducation sanitaire, d'assainissement du milieu, les dispositifs d'agents de santé communautaires, et le contrôle de quelques maladies, ont souvent tenu lieu de politique de soins de santé primaires en Afrique depuis 15 ans. Ces projets n'ont pas tenu leurs promesses, et n'ont finalement rencontré qu'indifférence ou hostilité, pour n'avoir pas su répondre à la demande de soins curatifs efficaces et humains exprimée par la population. Ironiquement, au même moment, à la suite des 'nurse practitioners', des post-graduats en médecine de famille se sont développés aux Etats-Unis, dont l'existence boucle un cycle de 80 ans: l'illusion de la supériorité absolue du spécialiste y a vécu. Si la domination politique et intellectuelle des USA a eu le temps d'exporter cette illusion en Amérique Latine et en Asie, l'inertie des idées et la structuration corporatiste de la profession médicale y entravent l'importation du « nouveau » modèle de médecin de famille et risquent de compromettre le développement sanitaire. Ceci souligne l'importance d'une politique volontariste destinée à créer une identité valorisante pour le généraliste, susceptible d'attirer les meilleurs médecins et de leur donner confiance en soi, par un surcroît d'efficacité technique et d'humanité.

3. Comment juger de la valeur des expériences pédagogiques? L'adéquation d'un profil technique se manifeste par un sentiment de satisfaction dans l'exercice de ses fonctions, et par un gain d'efficacité productive, exprimé en termes de spectre d'activités, ainsi que de quantité et de qualité des soins prestés. Est-ce la difficulté de *mesurer* la satisfaction et la qualité des soins qui a découragé les évaluations? En tout cas, les publications qui s'y sont attelées sont extrêmement rares. Il existe pourtant des techniques comme l'audit médical, l'assurance de qualité, la supervision et l'intervision et des indicateurs comme la mortalité évitable, qui permettent de juger de la qualité des prestations. On souhaiterait qu'elles soient mobilisées plus souvent pour évaluer la formation des généralistes dans les PVD.

Le contraste entre ce désintérêt relatif des scientifiques et l'importance du problème ressenti par les praticiens sur le terrain, est frappant: les insuffisances de la préparation des médecins s'aggravent d'année en année. En cause, l'extraordinaire surpopulation dans les facultés de médecine, qui aboutit à former de plus en plus de médecins dans des conditions qui se détériorent rapidement. En outre, il n'est pas rare de trouver plus de 100 élèves dans les classes d'école primaire et plus de 60 dans les lycées en Afrique.

Ces insuffisances de la préparation de l'étudiant se manifestent de diverses manières: par des bases cliniques insuffisantes, par des lacunes en

logique et en arithmétique, et par une inadaptation professionnelle à la réalité des pays pauvres. Considérons l'efficacité, seul critère appris qui soit déontologiquement admis en clinique. La négligence implicite des coûts, liée à la peur des faux-négatifs, postule que les ressources sont illimitées, car dans le cas contraire, il faudrait reconnaître que le mieux (d'un patient) est l'ennemi du bien (de plusieurs autres). En conséquence, la décision clinique exploite mal les signes et l'anamnèse et s'appuie trop sur les examens de laboratoire et l'imagerie médicale. Les médecins n'apprennent pas à évaluer les (faibles) bénéfices marginaux des techniques complexes par rapport aux technologies appropriées. Les traitements sont inefficients et le dialogue rudimentaire. Dans le secteur privé, les médecins n'hésitent pas à susciter une demande irrationnelle de technologie avancée. Même l'efficacité laisse à redire : les généralistes sont rarement capables de pratiquer des interventions d'urgence, et leur habileté manuelle limitée rend indisponible des techniques de base comme le tamponnement nasal arrière, l'incision d'un panaris et la pose d'un dispositif intra-utérin. Toutes ces divergences entre formation et pratique amènent à des écarts avec les « conduites à tenir » qui sont fort mal ressentis par les généralistes.

Quant aux pénuries liées aux crises budgétaires, elles pourraient — jusqu'à un certain point — être traitées comme un défi scientifique si les médecins étaient dotés d'outils de management appropriés. C'est justement dans les situations de carence que les erreurs de gestion se font payer le plus douloureusement. Mais les généralistes vivent les contraintes matérielles passivement et rejettent la responsabilité des carences logistiques sur le gouvernement ou le personnel administratif, sans réaliser qu'ils détiennent des cartes maîtresses pour les réduire.

La démotivation des généralistes, perceptible dans les PVD, est liée à un sentiment d'impuissance — qu'ils ont souvent du mal à regarder en face — mais aussi à la surproduction de médecins (en Amérique latine), à la disparition des items non salariaux des budgets publics (en Afrique), à un statut peu prestigieux (en Asie et en Amérique Latine), à l'inexistence de profils de carrière (dans tous les pays où la fonction publique est politisée), et à un matérialisme dont le développement est indépendant des conditions de vie (meilleures en Asie, dégradées en Afrique).

Etablir une relation de cause à effet entre les carences et celles de la formation procède d'une vision politique : on peut aussi décréter qu'il n'y a pas de raison pour que les PVD n'aient pas accès à la technologie médicale qui existe en Europe, que la vie à la même valeur partout, et que c'est le budget de la santé qu'il faut changer, non la formation des médecins. Ce jugement est politique — et non scientifique — parce que l'adaptation des dépenses médicales au niveau de développement (the « allocation efficiency ») est un critère difficile à justifier autrement que par l'éthique. Ce qui doit nuancer cette prise de position, c'est que la crise budgétaire, les blocages structurels et économiques, l'organisation inadéquate des services et le déterminisme social ont fait passer les ressources des services de santé sous un minimum absolu dans de nombreux pays : nulle part, la faillite des systèmes de santé du tiers-monde ne peut être imputée aux seules insuffisances des formations. Mais si on accepte d'imputer une part de la faillite sanitaire aux carences de la formation, il faut alors constater qu'elle pêche,

dans les PVD, par absence d'orientation vers la décision et par une préoccupation insuffisante pour les sciences sociales. Le temps consacré à l'apprentissage du dialogue, de la négociation, de l'empathie, du travail en équipe, de la psychologie et de la sociologie est infime, et cet apprentissage n'est pas intégré à celui de la pathologie.

Enfin, la formation en santé publique, séparée de la clinique, ne prépare ni à la gestion des services de santé ni à celle des ressources.

Dans un contexte de réduction drastique des ressources consacrées à la recherche et à l'enseignement, il ne faut pas s'attendre à une amélioration de la pertinence du curriculum des médecins, eut égard aux besoins des services de santé (3). Moins de 5% des écoles de médecine ont une orientation communautaire et donnent aux futurs médecins une formation correspondant véritablement aux problèmes de santé des populations dont ils auront à s'occuper (4). Dans une introduction à une revue de programmes de formation des personnels de santé, Katz et Fülöp précisent que le choix des exemples présentés repose sur le caractère expérimental de ces programmes, en ce qu'ils s'écartent des pratiques courantes ou traditionnelles en donnant la priorité à une orientation communautaire ou à des méthodes centrées sur la résolution des problèmes (5).

4. Faut-il uniquement tabler sur une modification des curricula de base du médecin ou faut-il aussi essayer de compenser ses insuffisances par des programmes de formation continue? Dans le contexte de l'ajustement structurel, une meilleure formation de base mettra des années à faire sentir ses effets, car on n'engage plus, ou presque, de médecins à la fonction publique, et le secteur privé est peu accessible dans les pays où la classe moyenne est peu développée.

D'autre part, les cooptations, les nominations politiques, la domination des spécialistes dans les facultés et un processus de sélection des professeurs qui écarte les professionnels ayant acquis leur expérience hors de l'alma mater, rendent théoriques, les tentatives de modifier la formation de base du médecin: changer un cursus sans amender le contenu de chaque cours revient à rafraîchir la couleur d'une vieille paroi sans toucher à sa structure.

Malheureusement, les formations continues sont virtuellement inexistantes dans le secteur privé, et dans les services publics, elles proviennent presque exclusivement des programmes de contrôle d'une maladie. Ces programmes tirent à hue et à dia la médecine générale en lui assignant des objectifs étroits (le planning familial, le contrôle du ver de Guinée, les vaccinations, la réhydratation orale, par exemple), sans répondre aux problèmes prioritaires qui frustrant patients et médecins, c'est-à-dire ceux qui ont trait à la médecine curative polyvalente et à la gestion des finances et des médicaments.

Des formations continues pertinentes sont indispensables pour rompre la solitude des généralistes, et pour leur permettre d'adapter leur pratique clinique à la réalité des ressources matérielles des services de santé. Elles devront impérativement être associées à une modification de l'organisation sanitaire pour que les connaissances nouvelles puissent être mobilisées et fixées par l'apprenant. A l'inverse, toute réorganisation isolée, sans modification du savoir des médecins, aura peu de chance d'aboutir.

Prise isolément, la santé publique n'offre pas de concepts susceptibles de motiver des cliniciens. Les généralistes exigent au contraire que l'on parte des problèmes médicaux qu'ils rencontrent pour introduire dans la foulée des concepts d'organisation des services de santé.

Le rôle de l'apprentissage dans la réforme du secteur sanitaire a constitué la thématique centrale du colloque d'Anvers. Certaines questions qui y ont été discutées conditionnent sa mise en oeuvre :

- quels sont les déterminants culturels, socio-économiques, financiers et institutionnels qui affectent le plus la pratique des généralistes ?
- quels concepts doivent-ils être enseignés aux généralistes, qui valorisent leur statut tout en augmentant leur capacité résolutive ?
- quelles formations doivent-elles être associées à la décentralisation, à l'intégration, à l'extension de la couverture, et à l'introduction du cofinancement ?

Il est urgent de répondre à ces questions. En Afrique, des systèmes sanitaires s'effondrent les uns après les autres. Ailleurs, leur accessibilité se réduit. On peut freiner cette détérioration avec un personnel plus dynamique et plus compétent. Pour cela, les généralistes doivent améliorer la qualité de leurs prestations cliniques, savoir tirer parti de ressources insuffisantes, et savoir mieux encadrer le personnel, en le motivant par l'exemple d'un comportement professionnel efficace et humaniste.

REFERENCES

1. Van Dormael M. La médecine générale au premier échelon dans le tiers-monde. *Ann Soc Belg Méd Trop* 1995; **75** (Suppl. 1): 27-35.
2. The new Leeuwenhorst group. Changing aims of basic medical education. A view from general practice; second statement. 1986.
3. OMS. Besoins en personnels en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 sur la base des soins de santé primaires; rapport d'un comité d'experts de l'OMS. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1985, p. 24 (Série de rapports techniques, 717).
4. Fülöp T, Roemer M. Evolution internationale de la politique des personnels de santé. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1984 (Publications offset, 61).
5. Katz FM, Fülöp T. Personnels de santé: quelques exemples de programmes de formation; volume 2. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1981 (Cahiers de santé publique, 71).