

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

LA MEDECINE ET LES SCIENCES HUMAINES

Un fil d'Ariane pour les réunir

*Dr Jean Broussier
69 rue des Fusillés
59160 LOMME*

Cette communication inaugure la création d'un DEPARTEMENT SCIENCES HUMAINES dans la Société Française de Médecine Générale.

En 1543, André VESALE publie à Bâle les sept livres du "De Humani Corporis Fabrica", immense traité d'anatomie de 700 pages contenant 300 planches. Innovant complètement, ce jeune chercheur de 29 ans considère le corps comme un organisme qui peut être exploré en gommant toute sensibilité. L'homme est distinct du corps perçu comme une belle machine à la disposition de son propriétaire; la maladie devient une anomalie objective. Il résulte de cette simplification conceptuelle les extraordinaires progrès de la médecine, mais aussi les difficultés croissantes qui vont de pair (l'homme oublié ne l'admet pas). Dans ce cadre contradictoire, la médecine générale, écartelée entre la physiopathologie et le malade, risque de se disloquer, ou aura la chance de réconcilier la science et l'homme, et de retrouver ainsi une cohérence. Il ne semble pas qu'elle ait d'autres horizons que se déliter ou évoluer. Le statu quo n'est déjà plus possible.

Où se situe l'intersection des sciences humaines et de la médecine ? Comment un éclairage réciproque peut-il opérer ? De quelle manière les sciences humaines aident-elles à comprendre les maladies et à les soigner ? Le raisonnement qui suit est constitué d'idées, mais prend le parti de demeurer à ras de la réalité quotidienne.

L'éclatement de la médecine

La recherche médicale ne se préoccupe pas de la condition humaine - la vie quotidienne -, par essence socio-culturelle c'est-à-dire faite de significations, de valeurs et de représentations. Elle observe la forme et le fonctionnement des organes. C'est pour cette raison que survient dans les années 1950 l'éclatement de la médecine qui se fragmente en spécialités : cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, dermatologie, neurologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie, pédiatrie, gynécologie, etc...

C'est ce que représente le schéma N° 1. Chaque point symbolise un acte de spécialiste.

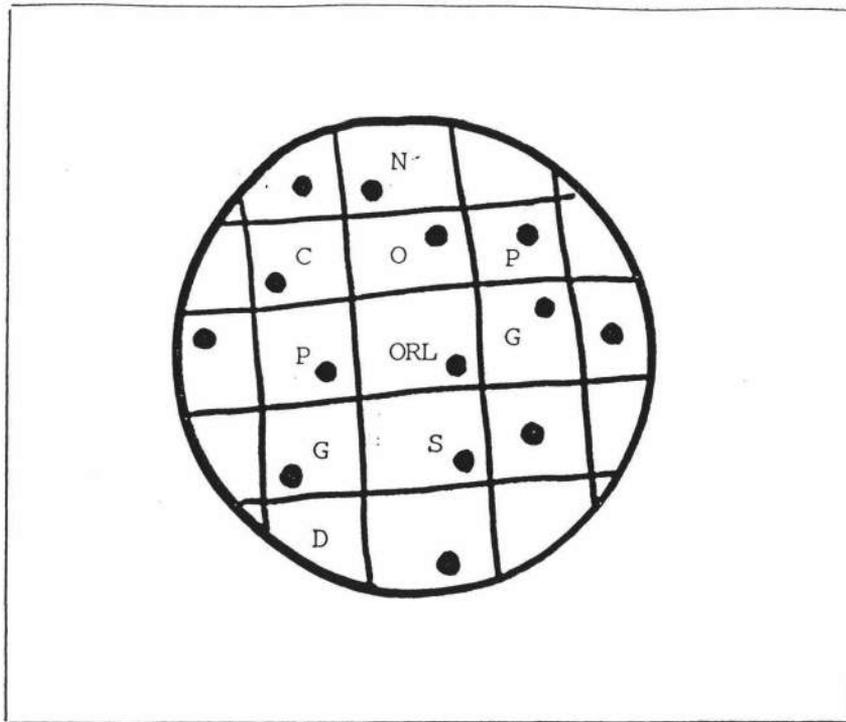


Schéma N°1 : la médecine éclatée

Expulsion et transgression

Que devient l'acte de médecine générale ? Par rapport à l'ensemble des spécialités, il prend position en fonction de deux caractères nouveaux : l'expulsion et la transgression.

L'expulsion de la médecine générale est logique puisqu'elle n'est ni une des

spécialités citées précédemment, ni la somme de toutes. L'acte de médecine générale ne peut donc que se situer en dehors des spécialités (schéma N°2). Cette expulsion de la médecine générale se concrétise à l'université, à l'INSERM, à l'Institut Pasteur, dans les médias, etc...

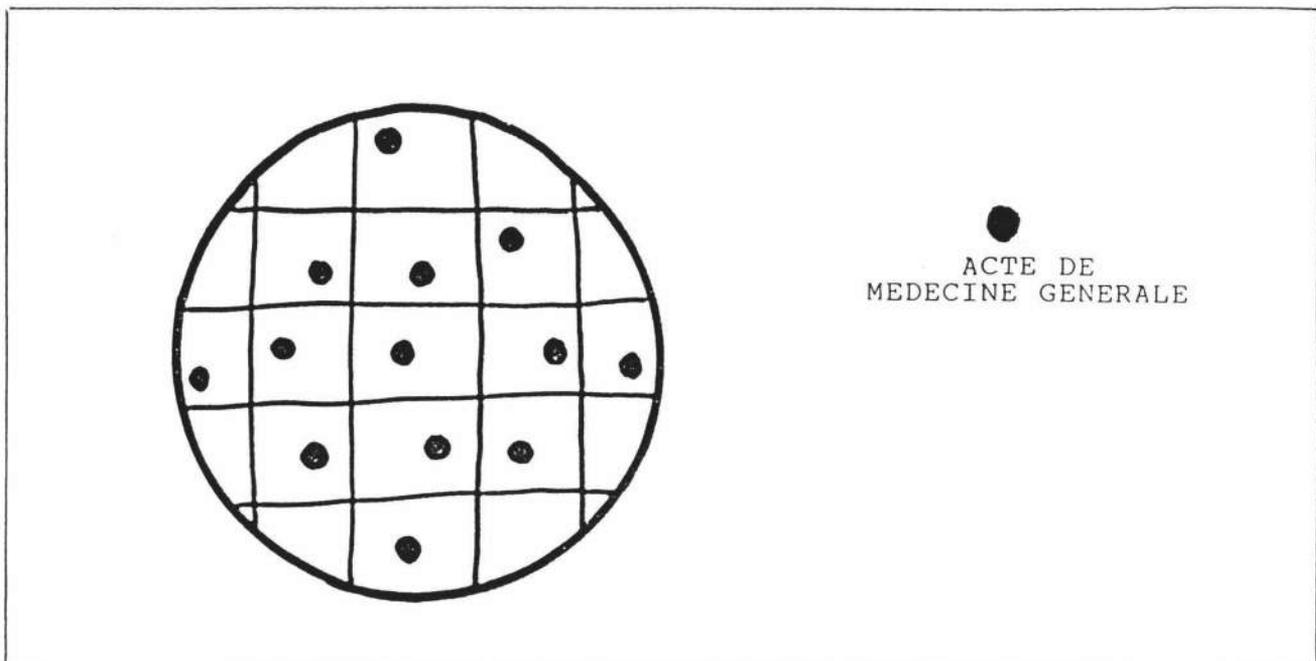


Schéma N°2 : l'expulsion

La transgression résulte de l'expulsion : le médecin généraliste est formé dans les spécialités et il doit exercer en dehors, alors qu'elles restent la référence. La transgression est donc obligatoire (schéma N°3). Les Sociétés Savantes de médecine générale ont toutes bien remarqué et commencé à étudier ce phénomène. Braun, connu grâce à la Société Française de Médecine Générale, écrit dans "La médecine générale, sa position et son rôle dans la médecine", chapitre 5 : "Au regard des dogmes de sa formation hospitalo-universitaire, le médecin généraliste fera tout mal quand, au regard de sa fonction, il commencera enfin à agir comme il faut".

L'Atelier Français de Médecine Générale a inséré dans son Bulletin N° 14 de Septembre 1988 un chapitre entier intitulé "La transgression en médecine de famille". Le docteur Claude Fabre, médecin généraliste à Lille, y écrit au sujet des hospitalo-spécialistes cette petite phrase qui en dit long : "Nous ne faisons pas le même métier". Le but de la revue Exercer du Collège National des Généralistes Enseignants est : "Ecrire la différence".

Il faut remarquer avec insistance que l'acte de transgression ne dénie pas les spécialités; c'est un acte difficile (dix années d'apprentissage autodidacte, dit Braun) qui s'ajoute à elles; et il n'a rien à voir avec une infériorité de niveau.

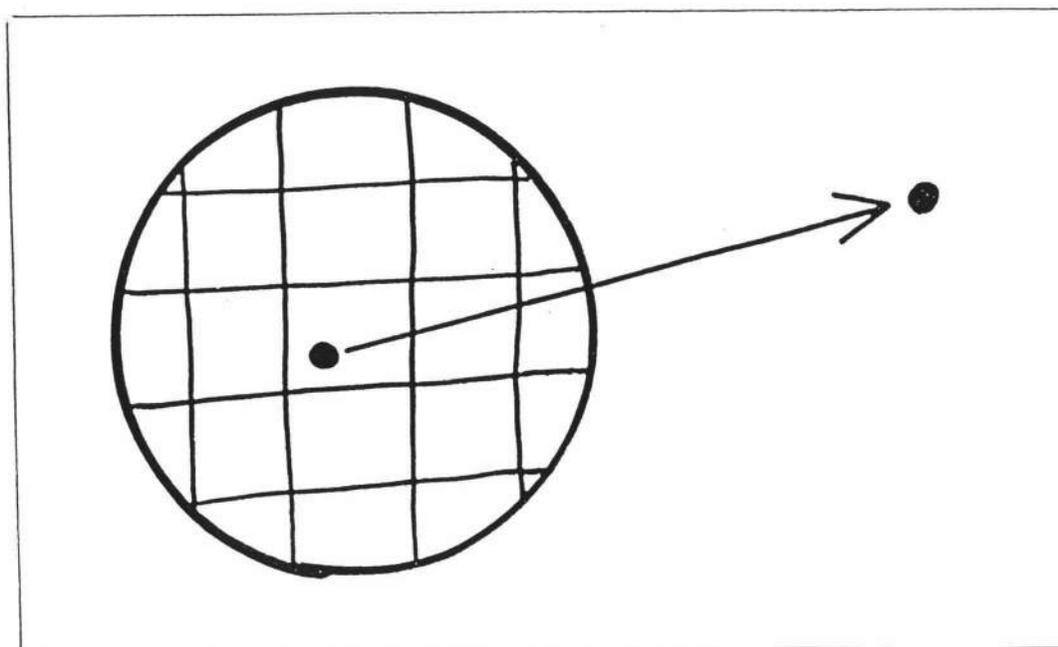


Schéma N°3 : la transgression.

La désintégration de la médecine générale

Le panorama symbolique de plusieurs actes de médecine générale marqués des caractères d'expulsion et de transgression fait apparaître un ensemble désordonné (schéma N°4). Il ne faut pas se cacher qu'une telle désintégration est une destruction. Pessimisme ? Oui, mais réalisme. Voilà pourquoi des professeurs ressassent : "les médecins généralistes sont mal formés"... Quel refrain ! C'est effectivement aussi évident que si on chantait cette nouvelle vérité du fameux La Palisse : " Il mesurait des mètres avec des yards et avait toujours faux".

Voilà aussi pourquoi le médecin généraliste est en crise d'identité (c'est-à-dire en crise de rôle et de statut socioprofessionnels); assis entre deux chaises, il ne sait plus où il en est et doute de lui-même tout en pensant que son métier vaut la peine. De plus, tout cela est fort difficile à dire et à expliquer; un producteur de télévision affirme : "je n'invite pas les médecins généralistes car ils n'ont rien à dire". Comment pourraient-ils s'exprimer ? "Ce qui se conçoit bien, s'énonce clairement...", énonce l'adage. Et ce qui ne se conçoit pas bien ??? Voilà pourquoi, enfin, la médecine générale se dévalorise depuis des années. Le Docteur Oscar Rosowsky ne le cache pas : "On veut faire de la médecine générale une discipline paramédicale".

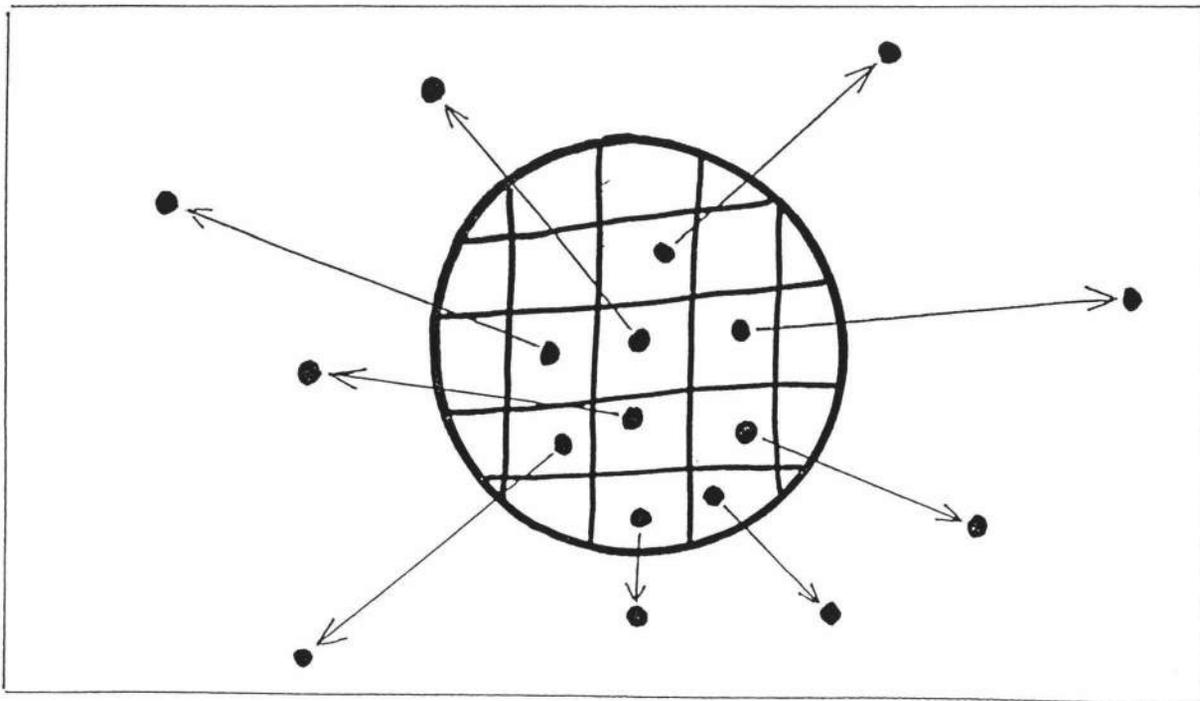


Schéma N° 4 : la médecine générale désintégrée

Des transgressions comparables

Sur ces entrefaites, survient depuis la fin des années 1980 un événement : de nombreux médecins généralistes se rencontrent et parlent de leur exercice quotidien. Pourquoi ces rencontres ? Parce que des associations comme la SFMG, l'AFMG, la SFTG, l'IFED-MG, le CNGE, MG Form (etc...) motivent des confrères, payent des billets de train, d'avion, des chambres d'hôtel. Les médecins généralistes voyagent, se rencontrent et parlent entre eux. Il y a CSA aussi, cette messagerie gratuite sur le minitel, qui permet des conversations.

Et les médecins généralistes découvrent peu à peu quelque chose d'extraordinaire qu'ils ne soupçonnent pas : alors qu'ils

estiment transgresser chacun à leur façon, un peu honteuse, anxieuse (il y a toujours une culpabilité dans une transgression), chacun dans leur coin (1), ils se rendent compte que, certes, ils transgressent l'enseignement officiel, mais tous sensiblement de la même manière. Autrement dit, les médecins généralistes du Nord, de l'Ariège, de Charente et de Haute-Savoie réalisent qu'ils ont tous des réactions à peu près analogues face au malade. Le schéma N° 4 est donc faux, ou du moins il n'est vrai que superficiellement. Si on analyse de manière approfondie les actes de médecine générale, compte tenu de la similitude découverte, il faut les représenter autrement qu'en désordre, et donc en ordre, orientés dans le même sens (schéma N°5).

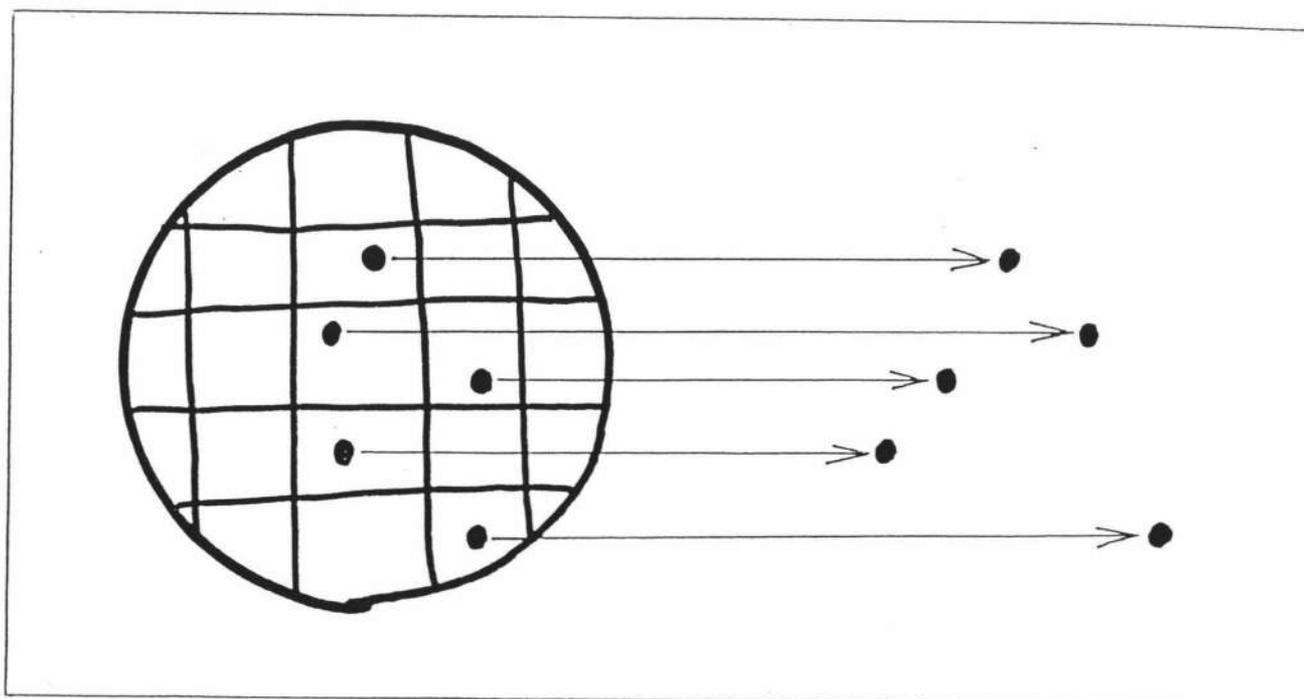


Schéma N°5 : des transgressions comparables

(1) Exemple typique : un remarquable médecin généraliste d'Armentières, pressenti par ses confrères pour devenir maître de stage, manifeste une grande inquiétude et refuse de recevoir un stagiaire. "Il va voir ce que je fais", argumente-t-il affolé. Cet épisode est à rapprocher du commentaire pertinent du Docteur Philippe JACOT : "Sommes-nous réduits à exercer une médecine générale clandestine ?"

Cela change tout ! Car introduire un ordre dans la médecine générale, c'est commencer à la théoriser (penser, c'est ordonner le réel). Théoriser, cela signifie : comprendre, expliquer. Et comprendre, expliquer, c'est mettre en route la recherche, l'enseignement, et l'amélioration de la pratique; c'est aussi avoir la possibilité de s'exprimer et donc d'acquérir une légitimité (il n'y a de légitimité que publique). Précieuse et fantastique découverte que cette prise de conscience : TOUS LES MEDECINS GENERALISTES TRANSGRESSENT, NON PAS N'IMPORTE COMMENT MAIS DE LA MEME MANIERE !

Reste la question fondamentale : pourquoi transgressent-ils de la même manière ?

La vue d'ensemble du malade

Il n'y a qu'une réponse possible à la question précédente.

A cause de leur formation exclusive de toute spécialisation et de leur contact

unique en son genre avec le malade, les médecins généralistes ont une vue d'ensemble du malade. Cette vue d'ensemble, ils en tiennent compte dans leurs actes diagnostiques et thérapeutiques, elle est donc un paramètre des actes de médecine générale. La représentation de ce paramètre montre comment il structure ces actes (schéma N°6).

La formation du médecin généraliste "exclusive de toute spécialisation" n'a rien de désobligeante. Il y aurait même de quoi en être plutôt fier car c'est aussi la définition, mot pour mot, des études de l'Ecole Polytechnique. L'ingénieur polytechnicien est voulu généraliste. Quant au "contact unique en son genre avec le malade", personne ne le conteste : le médecin généraliste est un médecin de famille, il va à domicile, il vit au milieu de ses malades. Le médecin généraliste a donc incontestablement une vue d'ensemble du malade dont il tient compte.

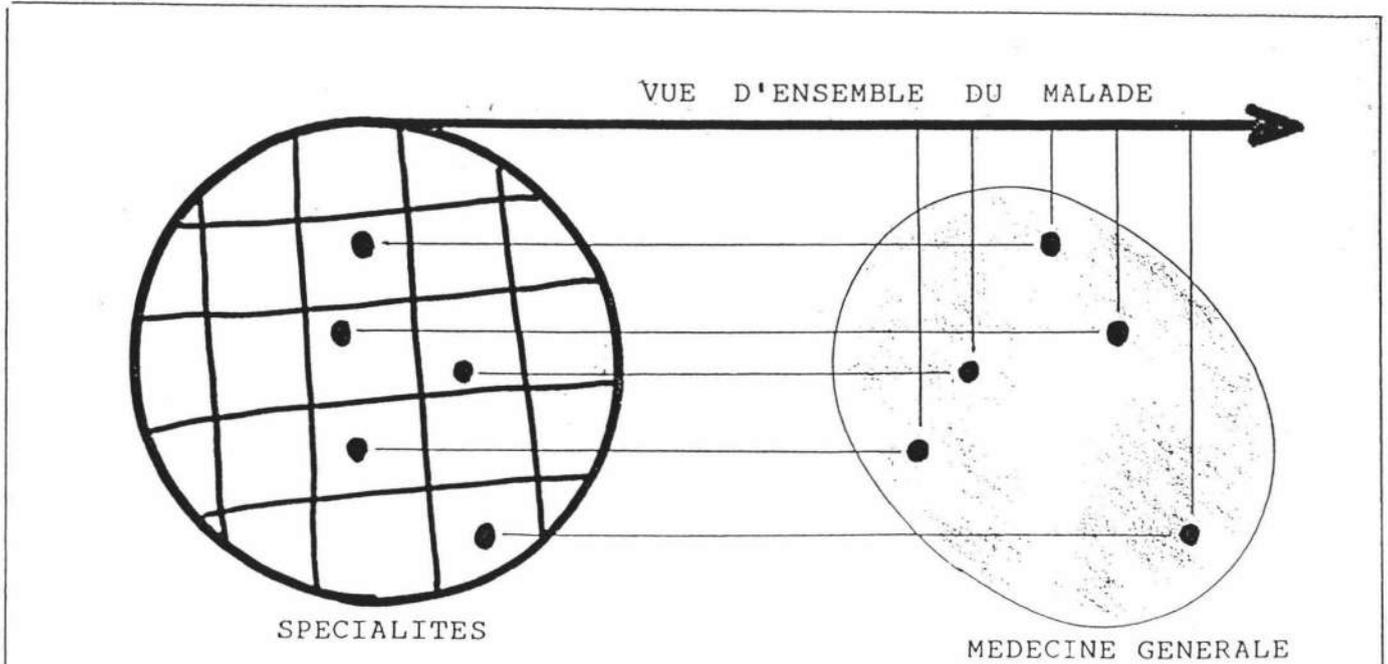


schéma N°6 : la médecine générale, ensemble cohérent

Une telle représentation permet de faire apparaître le domaine de la médecine générale, ensemble cohérent et structuré constitué d'actes qui synthétisent les spécialités et la vue d'ensemble du malade. Cette synthèse est une création individuelle (chaque acte de médecine générale est une recherche personnelle et non pas la simple application d'un savoir) et collective (la recherche en médecine générale, encore à développer).

Le schéma n° 6 fait apparaître aussi les éléments essentiels de la formation du médecin généraliste : une connaissance stratégique des spécialités dans le but d'exercer la médecine de premier recours, de synthèse et de continuité, et une connaissance de la vue d'ensemble du malade. A signaler que le doyen parisien François de Pailleretz enfonce le clou. Il souhaite que les médecins généralistes apprennent l'anglais; ce n'est sûrement pas pour aller travailler en Angleterre; c'est pour mieux connaître les spécialités (la presse anglo-saxonne a un intérêt énorme, c'est là que toutes les études de valeur sont publiées). Il souhaite aussi l'apprentissage de la relation d'aide; cette notion n'est guère éloignée de celle de "vue d'ensemble du malade".

Peut-on dire à ce stade que la médecine générale est théorisée, condition fondamentale de son essor ? Hélas non. Parce que, si la médecine générale bénéficie de la théorie et de la pratique des spécialités, elle ne bénéficie que de la pratique de la "vue d'ensemble du malade". Actuellement, ce paramètre n'est en effet qu'empirique, il procède uniquement de l'expérience du médecin généraliste, de l'observation de faits et non de théories.

Braun qui cite Wieland l'exprime clairement : "l'activité pratique des médecins généralistes est bien meilleure que l'univers conceptuel par lequel elle s'exprime".

Les sciences humaines apportent les théories manquantes

Il se trouve que les sciences humaines apportent les théories manquantes. Elles sont des outils qui peuvent aider les médecins généralistes à perfectionner et rendre plus efficiente leur vue d'ensemble du malade (schéma N°7). Cette représentation globale permet de réaliser comment le savoir en médecine générale peut être alimenté par les spécialités, l'expérience et les sciences humaines, et aussi comment une recherche interne en médecine générale, alimentée par le couple théorie-pratique de la médecine générale-même, peut (doit) fonctionner. La médecine générale se situe donc à l'intersection des spécialités et de la vue d'ensemble du malade, abscisse et ordonnée ayant chacune leur théorie et leur pratique. Il devient alors possible d'obtenir un médecin générale théorique et pratique, ce qui signifie que le médecin généraliste peut observer des faits qui ne sont observables qu'en médecine générale (par exemple, les motifs de consultation), les nommer, et essayer de les comprendre et de les expliquer. A noter que Braun, dans "Pratique, Critique et Enseignement de la Médecine Générale", écrit : "Je plaide en faveur d'un enseignement supplémentaire des facteurs psychologiques, sociologiques et autres dont l'enseignement se soucie tout

aussi peu que de ce qui est typique de la médecine générale" (page 279 et 280).

Théorie et pratique forment un couple qui s'autodynamise. La pratique fait avancer la théorie et la théorie fait avancer la pratique. Ainsi conçue, la médecine générale devient une discipline à part entière. Elle accède librement aux sources du savoir qui lui est utile. Et elle valide son propre savoir selon

les procédures en usage dans la société occidentale moderne.

Reste à trouver de façon concrète comment médecins et philosophes, psychologues, sociologues ou anthropologues peuvent travailler ensemble. Cela est à étudier car n'a quasiment jamais été fait.

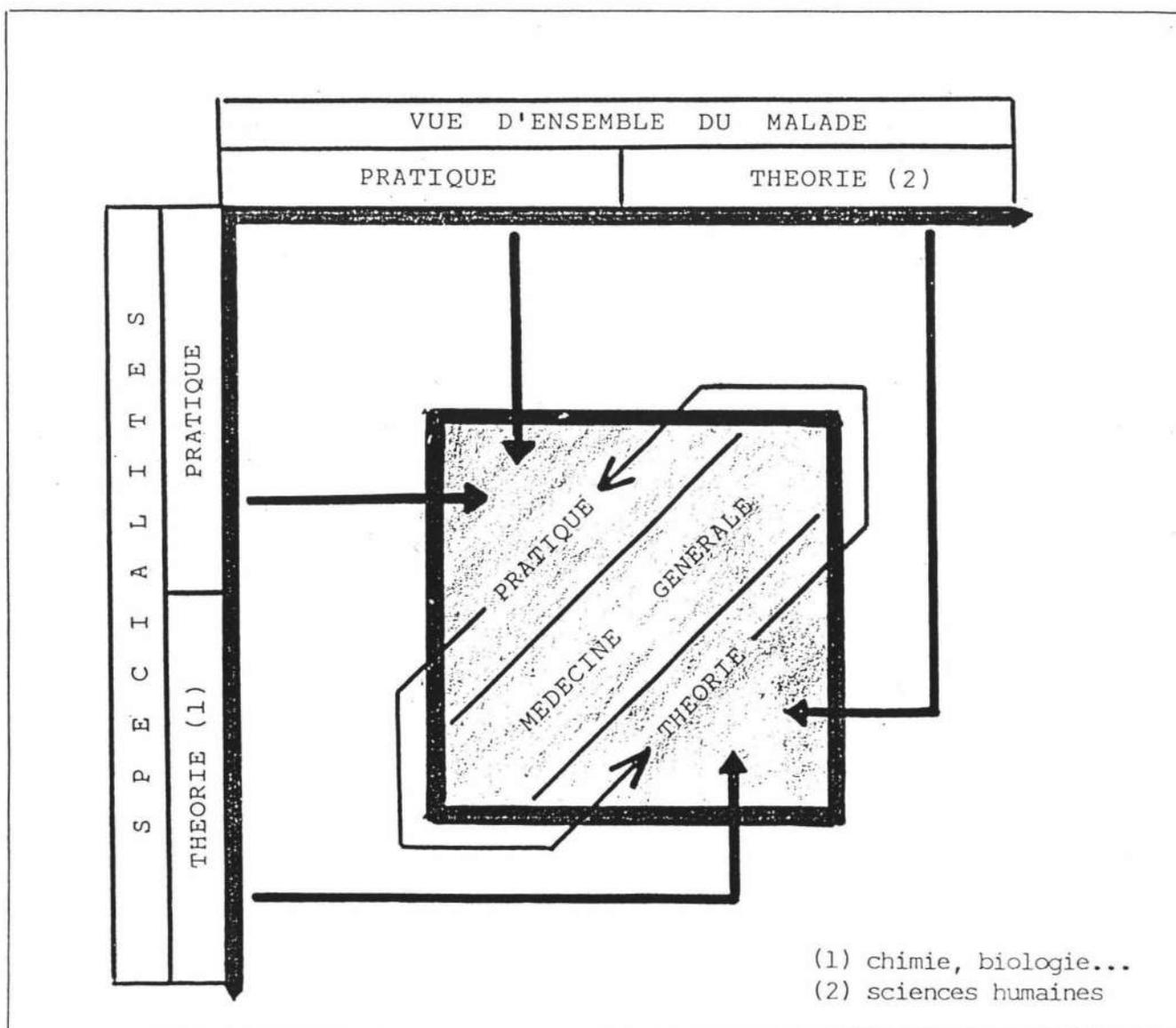


Schéma N° 7: la médecine générale théorique et pratique.

Les objectifs

Quels objectifs essayer d'atteindre en rapprochant la médecine et les sciences humaines ? Trois principaux.

Le premier est de mieux comprendre le passé car il éclaire le présent. La véritable histoire de la médecine est à redécouvrir. En ce moment, les librairies sont submergées par la légende, apologie partielle du progrès médical qui oublie beaucoup de réalités, en invente d'autres et perd tout sens critique. Et il est important de mieux comprendre le présent. D'abord les nombreux problèmes que pose la médecine moderne, la crise sans précédent qu'elle traverse. Ensuite la responsabilité du médecin généraliste. La vue d'ensemble du malade confère en effet au médecin généraliste, une responsabilité particulière. En tout domaine, l'examen d'un élément permet une connaissance exacte par rapport à cet élément, mais fausse par rapport à l'ensemble auquel il se rattache. Seul l'examen attentif de l'ensemble permet une connaissance exacte par rapport à cet ensemble. Il en est de même pour un diagnostic et un traitement.

La vue d'ensemble du malade donne au médecin généraliste le moyen de trouver le bon diagnostic et le bon traitement par rapport au malade. Il est donc chargé d'une responsabilité capitale.

Le second objectif est d'améliorer la qualité relationnelle du malade et du médecin. Trois pistes sont à explorer. D'abord, la qualité de présence du médecin. Ensuite la considération par le médecin de toute la personne du malade : ce qu'il vit, ce qu'il sait, ce qu'il croit, sa qualité de vie (ou sa souffrance), son goût de vivre (ou sa désespérance); c'est autre chose que de s'arrêter aux statistiques ! Enfin, la communication : communiquer c'est échanger des significations; de la qualité de cet échange dépend une efficacité thérapeutique supplémentaire (appelée efficacité symbolique) qui peut être remarquable.

Le troisième objectif est de créer des nouveaux écarts de variation biomédicale pour évaluer et homologuer la pratique de la médecine générale. Beaucoup d'éléments de la médecine se présentent non pas sous forme ponctuelle, mais sous forme d'écart de variation (schéma N°8).

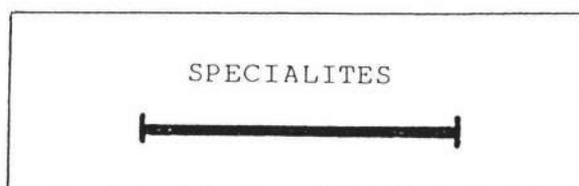


Schéma N°8 : l'écart de variation biomédicale

Par exemple, sur le plan clinique : un érythème est plus ou moins prononcé, une douleur plus ou moins forte, un oedème plus ou moins volumineux, une fièvre plus ou moins élevée. Sur le plan paraclinique : les globules blancs entre 4 000 et 10 000, le cholestérol entre 1,5 et 2,5 g/l, la glycémie entre 0,6 et 1,1 g/l. Sur le plan thérapeutique : une durée de traitement sera de 8 à 10 jours, une posologie d'antibiotique de 1 à 2 g/j...

Or le médecin généraliste transgresse. Sa transgression est rappelée sur le schéma N°9 : le médecin qui examine un coeur, un poumon, un estomac, fait un diagnostic bidimensionnel; celui qui ajoute la vue d'ensemble du malade fait un diagnostic multidimensionnel. Ces diagnostics peuvent être différents. Et les traitements qui en découlent aussi, bien-sûr. C'est ce qui permet d'écrire en exemple : "la gynécologie du médecin généraliste n'est pas tout-à-fait superposable à la gynécologie du gynécologue".

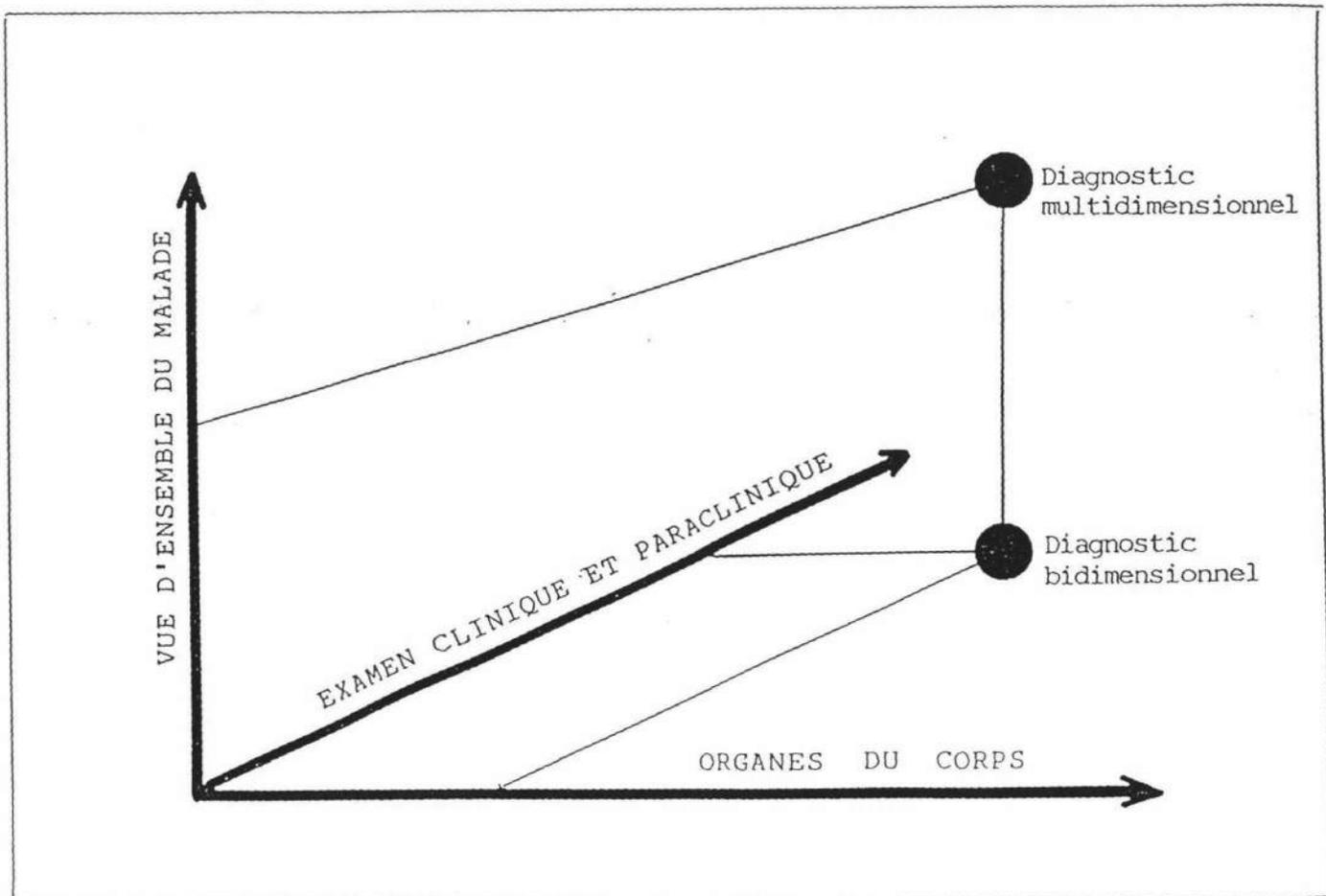


Schéma N°9 : diagnostic bidimensionnel et multidimensionnel

Quelle est la conséquence de la transgression sur les écarts de variation biomédicale ?

Etant donné que le médecin généraliste tient compte de plus d'éléments pour

élaborer son diagnostic et prescrire le traitement, il augmente la relativité de l'acte médical et donc agrandit l'écart de variation biomédicale (Schéma N°10).

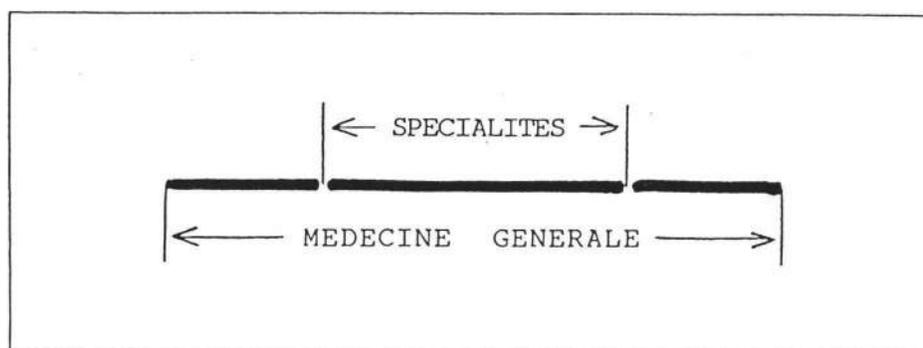


Schéma N°10 : le nouvel écart de variation biomédicale

Voici trois exemples (qui n'ont rien à voir avec des erreurs de l'un ou de l'autre médecin) :

Isabelle, 20 ans, présente une surdité progressive de l'oreille gauche. Elle consulte un spécialiste à la fois oto-rhino et neuro qui fait le bilan et annonce : " Tout est normal, vous devez simplement être un peu fatiguée et stressée". Le médecin généraliste qui connaît bien Isabelle comprend que ce diagnostic ne convient pas. Il demande une R.M.N. qui révèle un neurinome de l'acoustique. Sur le plan clinique, ce qui est normal pour le spécialiste ne l'est pas pour le généraliste.

Victor a un cholestérol à 3 g. Il a été consulter un spécialiste recommandé par sa voisine. Celui-ci entame une grande exploration biologique et prescrit un traitement strict (régime et médicaments).

Le médecin généraliste connaît bien Victor; il sait qu'en bousculant ses habitudes, on déclenche un syndrome anxio-dépressif dont le danger est pire que l'hypercholestérolémie. Sur ce plan paraclinique, ce qui n'est pas normal pour le spécialiste, l'est pour le généraliste.

Marcel, 75 ans, fait un infarctus du myocarde. Il veut rester chez lui. Son médecin généraliste l'examine complètement, réfléchit beaucoup, et organise le traitement et la surveillance à domicile. Ce choix thérapeutique exposé à des internes en médecine générale fait un scandale à la faculté.

En conclusion, il faut rappeler que le médecin généraliste crée constamment des nouveaux écarts de variation biomédicale, mais il reste à les valider, à les officialiser.

A l'heure où on parle des références médicales, chacun perçoit sans doute qu'il s'agit d'un enjeu essentiel.

Les premières actions

Par quelles actions concrètes commencer ?

A l'échelle de la Société Française de Médecine Générale, nous sommes dans le domaine de la recherche. Personne ne sait comment y associer la médecine et les sciences humaines car cela n'a pour ainsi dire jamais été fait. Il faut y réfléchir, constituer des groupes, trouver des méthodes de travail. Ce qui est sûr, c'est que la médecine générale correspond à un champ d'observation et de réflexion extrêmement intéressant, et que les sciences humaines sont un outil supplémentaire pour effectuer de telles recherches.

A l'échelle de l'ensemble des médecins généralistes, on peut proposer de générer un premier contact avec les sciences humaines. Cela nécessite des innovations pédagogiques. Le mieux ne serait-il pas d'inciter à lire des articles et des livres choisis et d'organiser ensuite des débats, si possible avec les auteurs?

A l'échelle des étudiants en médecine, certains d'entre eux seraient assurément passionnés de faire leur thèse de doctorat sur des thèmes de sciences humaines. L'organisation n'offrirait guère de difficulté. Il faudrait prévoir quelques rencontres préalables, faculté par faculté, entre enseignants de philosophie, psychologie,

sociologie, anthropologie, économie et enseignants de médecine.

Et s'en tenir à des sujets limités finis en 6 mois, un an au maximum.

Conclusion

La survie de la médecine générale passe par le progrès et donc par le changement. Comment changer ? par quels moyens ?

Certains pensent à une réforme salvatrice de la loi. Montesquieu leur répond à l'avance : "Lorsqu'on veut changer les moeurs et les manières, il ne faut pas les changer par la loi, il faut en inspirer de nouvelles". Autrement dit, il faut aller de l'avant, explorer, inventer. Créer nous-mêmes notre nouvelle médecine générale, la médecine générale dont les malades ont besoin.

REFERENCES

- "Le sens du mal"
M. AUGÉ, C. HERZLICH :
Maison des sciences de l'homme
- "Le médecin, le malade et la maladie"
M. BALINT
PUF
- "L'ordre médical"
J. CLAVREUL
Seuil
- "La profession médicale"
E. FREIDSON
Payot
- "Une certaine idée du pouvoir médical"
A. GOUAZE
ESF
- "Malades d'hier, malades d'aujourd'hui"
C. HERZLICH, J. PIERRET
Payot
- "Némésis médicale"
I. ILLICH
Seuil
- "Anthropologie de la maladie"
F. LAPLANTINE
Payot
- "Anthropologie du corps et modernité"
D. LE BRETON
PUF
- "Des visages"
D. LE BRETON
Métailié
- "La chair à vif"
D. LE BRETON
Métailié
- "Mosaïque de la douleur"
E. LE GARREC
Seuil
- "Traditions et soins d'aujourd'hui"
F. LOUX
Inter Edition
- "Sociologie médicale"
F. STEUDLER
Armand Colin
- Et l'ensemble des travaux des Sociétés savantes de médecine générale : AFMG, CNGE, Collectif Helle-Lazarevitch, IFED-MG, MG-Form, MSH, SFMG, SFTG, Repères, UNAFORMEC