

CAHIER

ETRE... MAIS QUI ?



Redéfinir la première ligne de soins pour mieux la former

Se définir pour se former

Définir la première ligne de soins : de la poésie ?

La première ligne de soins en tant que lieu où s'entrecroisent le biomédical et l'anthropologique, pour participer à la constitution d'une représentation et d'un sens de la santé et de la maladie...

La première ligne de soins immergée dans les mondes constitutifs de la réalité du patient, ces mondes que tentent de décrire avec une finesse jamais aboutie des savoirs sans cesse pris en défaut par la richesse de cette réalité : sociologie, psychologie, économie, philosophie, écologie, ...

La première ligne comme intégration des systèmes de perspectives qui permettent d'appréhender de plus près les aspects simultanés et historiques de la santé et de la maladie....

Mais avant tout, la première ligne comme lieu de rencontre d'une personne et d'une autre... rencontre asymétrique entre deux quotidiens... rencontre impossible d'un savoir et d'une plainte...

Tout cela est bien poétique, chère première ligne, mais dites-moi, d'être ainsi au carrefour de tout, quelle est votre identité ?

A chaque maladie son spécialiste, à chaque malade son généraliste

Le développement technologique et scientifique a entraîné au cours de ce siècle l'apparition de soignants spécialisés parmi les médecins, les kinésithérapeutes, les infirmiers ou les paramédicaux. Même non spécialisés, la spécificité de ces derniers demeure (pour combien de temps ?) assez claire. Par contre, celle des médecins non spécialisés devient problématique. La description de la première ligne par laquelle nous avons entamé ces lignes semble en effet s'éloigner d'une conception classique de la médecine et dériver vers un territoire flou habité de relations humaines vaguement thérapeutiques.

Pourquoi suis-je médecin ? La question doit être considérée comme un préalable à l'exercice de la médecine ; elle ouvre sur une problématique qui devrait sous-tendre la formation initiale : le candidat médecin doit être rendu apte à aborder l'« objet » de son travail (le sujet malade) à l'intérieur d'un champ qui l'intègre (philosophie, sociologie, psychologie, etc.).

(Thèses sur l'art médical, Jean Carpentier, éditions du Losange, 1997)

Le philosophe Habermas emploie une belle expression qui rend compte de cette problématique : « la séparation élitiste entre les cultures d'expert et les contextes de l'agir communicationnel ».

Si chaque maladie a son spécialiste, pourquoi recourir à un généraliste ? Pour des raisons pratiques : c'est moins cher, c'est toujours disponible, c'est polyvalent... La première ligne, un discount ? Pour les raisons « humaines »

que nous avons décrites : le généraliste n'est pourtant pas formé comme un psychologue ou un sociologue. Pour mieux s'orienter dans un système de soins de plus en plus complexe... mais alors, est-il encore un soignant ? Pour la prévention, pour parler de la santé... faut-il absolument un médecin pour cela ?

Ne pourrait-on confier le travail du généraliste à un super infirmier, à un communicateur, à un « préventologue », à des gens spécifiquement formés, et aux spécialistes dans les domaines où ils se sentent compétents (qui peut le plus peut le moins, ne voit pas chaque jour des gynécologues soigner des gripes ou des chirurgiens prescrire des antidépresseurs).

Cette plainte du médecin non spécialisé ne risque-t-elle pas aussi, dans un futur peut-être plus



proche qu'il n'y paraît, d'être entonnée par les autres soignants de première ligne ?

« Il était une fois » les généralistes, est-ce pour bientôt ?

Quitte ou double

Il y a du vrai dans la description que nous avons donnée de la première ligne, au carrefour de tout ce qui fait l'humain en demande de soins. Il y a du vrai dans les raisons que nous avons ensuite énumérées pour recourir à un généraliste, les raisons pratiques, humaines, pour s'orienter, parler de la santé. Il y a surtout ces possibilités qu'on ne retrouve qu'en première ligne d'avoir une approche globale des problématiques, de rencontrer le patient dans son milieu et dans son histoire, dans sa continuité, d'intégrer les différents aspects individuels et collectifs de la santé et d'en faire la synthèse. Il y a avant tout cette liberté de ne pas s'arrêter à la maladie et de rester attentif à la personne.

Tout cela contribue à façonner l'identité de ces soignants de première ligne qui, ce qui ne gêne rien, sont capables de répondre efficacement à plus de 90 % des problèmes de santé qui leur sont posés, et aptes à référer à bon escient pour les 10 % restant !

Comment, dans ces conditions, en sommes-nous arrivés à cette absence de prise en compte réel de la fonction généraliste, notamment dans les pays latins en Europe ? Plusieurs mécanismes y concourent, de nature historique, politique, économique (très coûteux), sociologique. Vastes sujets propres à débat et à action... que nous n'aborderons pas dans ce cahier, car nous avons choisi un angle d'attaque « originel » : la formation.

L'interaction est en effet patente entre la manière dont sont formés les généralistes et celle dont ils identifient leur fonction et leur place dans le système de soins. Guidés dans leur apprentissage par des spécialistes, les généralistes connaissent « un peu de tout, mais rien à fond ». Enfants du professeur-père et de

Les parents me demandent de leur expliquer le rapport du centre de santé mentale où ils ont emmené leur petit. Ce dernier s'était refermé sur lui-même. Accroché à une mère surprotectrice, il ne prenait pas le droit de vivre et fuyait son père. Du travail pour Freud et compagnie. Faut-il ou non les conseils du centre de santé ? Faut-il permettre le passage de classe ?

Très nerveuse, son beau-fils a fait une hémiplégie et elle a peur de se retrouver avec sa fille impotente depuis longtemps et son beau-fils handicapé. En plus, on a empoisonné son chien. Logorrhée et angoisse de connaître les résultats d'une prise de sang d'il y a un an. Léger tremblement émotionnel. Peur de tout. Peur de faire une hémiplégie. Peur du cancer. A l'écoute des moindres manifestations de son corps. Avec l'âge, l'énervernement augmente. Conflit avec sa sœur depuis des années. Aucun ami, aucune relation sociale. Sa vie est circonscrite par sa fille handicapée.

Un jeune, étudiant-travailleur, apparemment en accueil dans une famille que je connais bien. Il a de la température, de la diarrhée et mal au ventre. Il a besoin de deux jours d'interruption temporaire de travail.

Vertiges depuis deux jours, très fort, plus fort que précédemment, avec tendances à la chute. Pas de bourdonnement d'oreille. Yeux plus fatigués. Faiblesse musculaire dans les jambes. Enfin, rien de vérifiable. Consultation assortie d'une demande de dix jours d'interruption temporaire de travail. Pour quelle raison ?

Depuis deux jours, mal à l'estomac. Peu modifié par ingestat. Douleur brûlante épigastrique. Nausées fréquentes. A maigri assez bien. Énermée. Sueur. Irritable. Difficultés à la marche en montée. Elle voudrait aussi un sirop pour faire manger son enfant.

Seringage oreille. Cérumen bilatéral. Rétraction cicatricielle du tympan droit.

Cirrhose, dérivation porto cave, pancréatite chronique, varice œsophagienne et hématomèse et en sus, bronchite chronique avec insuffisance respiratoire. Ajoutons qu'il vit tout seul et pleure tout seul. Pour de sombres raisons bureaucratiques et administratives, il ne sera reconnu handicapé que dans vingt neuf jours. On lui a même dit la date. En attendant, il est tellement pauvre, qu'il doit se déplacer à pied. Le CPAS lui a donné un colis de nourriture et il vient de faire renouveler ses ordonnances et me demander des sous pour acheter ses médicaments.

Extraits de *Chronique d'une consultation*, Marc Jamouille, Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones, 1991.

l'université-mère, ils éprouvent bien des difficultés à résoudre leur problème œdipien et à acquérir leur autonomie. C'est ainsi qu'on les voit davantage tentés de progresser dans les différents domaines du savoir spécialisé (jouer au mini-spécialiste) que de mettre en valeur les formidables potentialités offertes par la transversalité de leurs acquis et de leur expérience.

Voilà plus de vingt ans que les spécificités de la première ligne sont décryptées, mais le fossé est loin d'être comblé entre ces réalités et un enseignement toujours hospitalo-centré. De l'apport

des sociologues et des penseurs de la santé à ceux des soignants de terrain, peu se retrouve dans le cursus de base ou la formation continue. L'initiative privée et la curiosité personnelle des soignants sont censées pourvoir à un progrès qui gagnerait à être officialisé. De même que les structures « généralistes » de la formation sont reléguées à un rang annexe, le virage ambulatoire reste une intention, la revalorisation de la première ligne demeure perçue comme une revendication corporatiste et financière ou pire, comme une incantation à visée démagogique. Dans ces conditions, la question de l'utilité d'une première ligne n'est pas une figure de rhétorique : si elle ne parvient pas à démontrer son identité et sa valeur propre, elle se verra confinée à des rôles subalternes (soins de dépannage, tâches administratives, médecine de pauvres ou médecine

« économique »). C'est dès la formation, et même avant, dans le choix d'une profession de santé, que cette problématique devrait être abordée.

Nous avons bâti ce cahier de Santé Conjuguée autour de ce binôme peu dissociable « Quelle formation pour quelle identité », sujet que nous développerons ici par un abord plus théorique et centré sur l'identité. Il se prolongera par des aspects plus concrets et davantage axés sur la formation dans notre prochain numéro. Nous ne serons pas exhaustifs, mais nous tenterons de donner des éléments de réflexion propres à accélérer une évolution qui n'est que trop timidement commencée.

Les articles de ce cahier sont surtout centrés sur la médecine, même si nombre de réflexions qu'on y lira peuvent être extrapolées à l'ensemble des soins primaires. L'évolution du métier d'infirmier a fait l'objet de deux articles, parus dans Santé conjuguée n° 9 et 10, qui auraient trouvé ici une juste place.

Notre prochain cahier s'ouvrira plus largement aux professions non médicales des soins de santé.





La fonction « généraliste », aujourd'hui et demain

Le médecin généraliste du futur

page 27

Monique Van Dormael, docteur en sociologie, Institut de médecine tropicale d'Anvers, département de santé publique

Nos sociétés ont besoin de praticiens capables d'assurer simultanément des fonctions de médecin de famille et des fonctions de gestionnaires à orientation communautaire. Il est temps de former les futurs médecins généralistes à leur rôle, et de réorienter les représentations que les futurs médecins, tant généralistes que spécialistes, ont de leurs rôles respectifs et de leur collaboration mutuelle.

Le futur médecin « cinq étoiles »

page 30

Charles Boelen, médecin en santé publique, Organisation mondiale de la Santé, département de la dispensation des soins de santé, Genève, Suisse

Les systèmes de santé changent, et avec eux la place et le rôle des acteurs du système. Quel sera le profil du médecin « cinq étoiles » de demain ?

Vers une définition de la fonction de médecin généraliste

page 36

L'équipe des médecins généralistes de la maison médicale à Forest

Le médecin généraliste ne se définit pas « par défaut » face au spécialiste : il a une identité positive et des fonctions spécifiques.

Flashes sur ce qui se passe en première ligne

La relation entre les acteurs

page 40

Jacques Bury, professeur invité à l'université de Genève, expert en politique et systèmes de santé

La relation soignant-usager peut être modélisée de différentes manières, décrite comme un marchandage, une coopération, l'exercice d'un contrôle social... L'analyse de cette relation met en lumière quelques traits propres à la première ligne.

Bref plaidoyer pour une culture générale

page 45

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Béthune

La rencontre entre soignant et usager met en scène le langage et le geste : c'est un rapport culturel. Que ce rapport soit une colonisation du vécu du patient ou un véritable échange dépend en partie de l'ouverture d'esprit du soignant.

Un regard neuf sur le savoir médical en appliquant l'intelligence artificielle au savoir professionnel

page 48

Peter Pritchard, senior medical adviser, Imperial cancer research fund, 1995, London

Traduit par Hélène Blanc, médecin, documentaliste au Centre de documentation en soins de santé primaires

Une étude internationale nous apporte un regard neuf sur le savoir médical en appliquant l'intelligence artificielle au savoir professionnel. Cette initiative a aidé à clarifier la façon dont les connaissances et les compétences peuvent être appliquées à la médecine de famille.

Concepts délimitant le codage et la structuration de l'information clinique en médecine de famille page 51

Marc Jamouille et Michel Roland, médecins de famille, école de santé publique, Université libre de Bruxelles

Cet article tente de cerner les éléments qui entrent en ligne de compte lorsqu'on aborde le traitement de l'information en soins de santé primaires au niveau des médecins de famille : la complexité du champ conceptuel et du champ opératoire de la médecine de famille, l'inclusion du temps comme élément caractéristique, la terminologie, le codage et le flux de l'information, les notions de problème de santé et d'épisode sont abordés.

Jamais sans mon kiné page 57

Jean-Louis Dieu, maître assistant à l'Institut supérieur pour les carrières auxiliaires de la médecine (ISCAM)

A l'hôpital comme en ville, le travail du kinésithérapeute connaît une évolution rapide et diversifiée. Le réduire à ses aspects techniques et fonctionnels serait une erreur : en contact avec le corps, le kinésithérapeute est aussi en contact direct avec la personne.

La place de la psychothérapie en médecine générale page 60

Nathalie Ortalo-Magné, étudiante en médecine, en collaboration avec Dominique Van Schepdael, médecin généraliste

Est-il possible d'assumer le rôle de médecin, en contact avec le corps du patient, et en même temps de garder la distance nécessaire à une psychothérapie proprement dite ?

Pour une nouvelle approche de la formation

Quelle formation ? Pour quelle médecine générale ?

Pour quelle qualité de soins aux patients ? page 66

Jacques Morel, médecin généraliste

Un essai pour mettre en parallèle quelques faits historiques de la pratique de la médecine générale, quelques déterminants de l'évolution de la pensée en matière de pédagogie médicale et l'évolution de la situation de la formation à la médecine générale.



Le médecin généraliste du futur

.....

La médecine générale est souvent définie par défaut comme une médecine non-spécialisée, ce qui engendre des frustrations professionnelles pour bon nombre de médecins généralistes. Mais le problème dépasse largement les questions de satisfaction professionnelle d'une partie du corps médical : il affecte le fonctionnement des systèmes de soins et l'adéquation des réponses apportées aux aspirations des sociétés modernes.

.....

En effet, plus que jamais nos sociétés contemporaines ont besoin de praticiens capables d'assurer simultanément :

- des fonctions de médecine de famille, garantissant l'articulation de l'approche biomédicale avec une médecine du sujet humain, de manière à utiliser au mieux le savoir scientifique en vue du mieux-être de chaque individu vu dans sa singularité ;
- des fonctions de gestionnaires à orientation communautaire, de manière à améliorer le bien-être de la population locale en faisant l'usage optimal des ressources disponibles.

C'est au niveau de la médecine générale que se situe le plus grand potentiel pour réaliser ces fonctions.

Spécialisation et médecine générale

Rappelons que la médecine moderne a d'abord été générale. Le phénomène de spécialisation est postérieur à la « naissance de la clinique ». Les premiers spécialistes du début de ce siècle étaient avant tout des médecins généralistes qui, au cours de leur pratique, acquéraient en surplus une compétence spécifique : on pourrait parler de spécialisation « additive ». Ce n'est qu'après la seconde guerre mondiale que les spécialistes se sont de plus en plus consacrés à une partie

restreinte de la médecine. Si cette spécialisation « restrictive » a favorisé des progrès scientifiques et techniques considérables, elle a aussi eu pour effet une dissociation croissante entre la maladie et l'homme malade.

Face à l'expansion du prestige des spécialités, les médecins généralistes ont tenté de se redéfinir, et ce tout particulièrement dans les pays anglo-saxons, où la quête d'identité professionnelle de la médecine générale a été à la fois plus précoce et plus intense que dans la francophonie. C'est ainsi qu'en Grande-Bretagne les *general practitioners* ont œuvré à leur revalorisation institutionnelle dès le début des années 1950. Ils ont créé le *Royal College of General Practitioners* en 1952 ; la première chaire de médecine générale à Edinburgh date de 1963 ; et en 1966, ils ont obtenu du *National Health Service* une importante revalorisation financière.

Mais il ne suffisait pas de clamer l'importance de la médecine générale et de déclarer qu'elle ne pouvait disparaître : encore fallait-il préciser en quoi résidait sa spécificité et ce qu'elle apportait que les spécialités médicales ne peuvent pas apporter.

La quête d'identité de la médecine générale

Les réponses à la question de l'identité de la médecine générale se sont construites progressivement, et on peut y distinguer trois principales orientations, que l'on retrouve d'ailleurs encore aujourd'hui : une orientation technologique, une orientation de médecine sociale et préventive, et une orientation centrée sur l'individu considéré dans sa singularité. Ces trois orientations, explicitées successivement dans le temps, ne s'excluent pas mais sont au contraire complémentaires.

Dans la Grande-Bretagne des années 1950, la principale revendication des *general practitioners* était l'accès à la technologie et l'élargissement de leurs fonctions curatives. Ils se plaignaient de ne traiter que les problèmes « triviaux » et d'être écartés de la « vraie

Monique Van Dormael, docteur en sociologie, Institut de médecine tropicale d'Anvers, département de santé publique.

Extrait de La faculté de médecine et le médecin praticien du XXI^{ème} siècle de Pelc I. et Cassiers L., actes de la conférence internationale des doyens des facultés de médecines d'expression française, édité par la Fondation pour l'étude et la prévention des maladies de civilisation, 1998.

médecine » qui se pratiquait à l'hôpital, lieu de concentration des outils technologiques. En soi cette revendication ne leur permettait toutefois pas de se différencier par rapport aux spécialistes - le modèle de rôle étant à cette époque celui du médecin hospitalier.

Une seconde orientation, puisant dans un courant de pensée de l'entre-deux-guerres, a mis l'accent vers la fin des années 1950 sur le rôle des *general practitioners* en médecine sociale et préventive. Proches de la communauté, leur position était privilégiée pour faire de la prévention, du dépistage précoce, et pour assurer la continuité des soins. Si l'hôpital restait, dans cette optique, largement considéré comme le lieu par excellence de la bonne médecine curative, les *general practitioners* se sont toutefois progressivement découvert une spécificité en matière de recherche, qui allait rejaillir sur leur pratique curative : en effet les études épidémiologiques qu'ils étaient en mesure de réaliser sur des populations tout-venant aboutissaient à la formulation de critères de décision diagnostique et thérapeutique propres à la pratique en médecine générale, et distincts des critères habituellement établis sur base d'études hospitalières menées sur des populations malades.

Enfin la troisième orientation, qui se cristallise dans les années 1970, est celle d'une médecine centrée sur le patient considéré dans sa singularité d'individu. Elle réhabilite l'expérience vécue de la souffrance ainsi que les plaintes jusque là considérées comme « triviales ». La médecine générale se donne

pour tâche de faire la synthèse entre le vécu existentiel du patient et les savoirs médicaux objectivés. Son domaine d'action inclut la prévention, les soins curatifs pour les pathologies « bénignes », mais aussi les pathologies importantes.

La médecine générale comme discipline de ré-articulation

La spécificité de la médecine générale ne réside en effet pas dans un domaine d'action particulier : ses fonctions sont tant curatives que préventives, tant cliniques que gestionnaires, et englobent tous les problèmes de santé. Ce qui fait sa spécificité, c'est le travail d'articulation entre le vécu existentiel de la personne (ou des personnes) souffrante(s) avec les savoirs scientifiques objectivés - travail que les généralistes peuvent d'autant mieux réaliser qu'ils sont dans une relation durable de proximité avec leurs patients et la communauté.

Ce travail d'articulation en question ne consiste pas à juxtaposer des savoirs de différentes disciplines scientifiques - spécialités médicales, mais aussi épidémiologie, sciences psychologiques et sociales - mais de les utiliser pour les transformer en une nouvelle interprétation de la souffrance qui a sa cohérence propre. La figure 1 représente la médecine générale en tant que travail de double articulation, entre le registre de l'objet et celui du sujet d'une part, entre l'individuel et le collectif d'autre part.

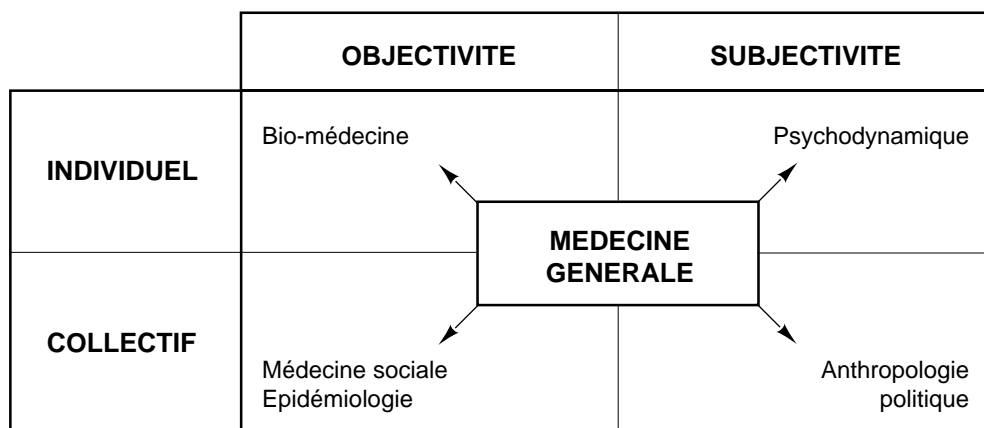


Figure 1 : La médecine générale comme travail d'articulation.



La spécificité de la médecine générale fondée dans un savoir réflexif

Le savoir spécifique à la médecine générale n'est donc pas du même ordre que celui de disciplines qui produisent un savoir théorique sur, par exemple, un organe particulier. Le savoir en médecine générale porte avant tout sur les opérations mentales effectuées par le praticien lui-même mais largement à son insu, lorsqu'il établit des rapports entre des informations éparses, pour en faire une synthèse irréductible à ses composantes.

Il s'agit d'un savoir réflexif, qui suppose l'explicitation, l'évaluation et la systématisation de la pratique. C'est ce qui justifie que la médecine générale soit enseignée par des médecins généralistes. Ceci n'exclut certes pas un enseignement théorique par des spécialistes dans les différentes disciplines dans lesquelles puise la médecine générale. Mais le savoir réflexif du praticien sur la pratique de la médecine générale - savoir qui fonde la médecine générale comme discipline et en fait la spécificité - appelle une formation par des praticiens en médecine générale.

Mais, pourrait-on objecter, les médecins de famille d'antan réalisaient bien cette synthèse de manière intuitive en faisant appel à leur bon sens. Pourquoi aujourd'hui développer un savoir particulier exigeant une formation spécifique ? En réalité, le contexte a changé et s'est complexifié, avec pour effet que la synthèse spontanée du bon médecin de famille s'opère de plus en plus difficilement.

D'une part, la spécialisation interne à la médecine et le recours croissant à la technologie ont transformé le regard médical, l'ont focalisé et rendu moins global. Dans le regard clinique, si objectivant soit-il, du généraliste de l'entre-deux-guerres, le malade-sujet restait visible à travers son corps, alors qu'il risque d'être occulté par des résultats de laboratoire si le généraliste ne fait pas un effort délibéré pour lui permettre de resurgir.

D'autre part, les liens sociaux se sont dilués, affectant aussi la relation médecin-patient. La

compréhension intuitive du vécu du patient pouvait prendre appui sur la relation de proximité sociale et sur la culture partagée par le médecin de quartier (ou de campagne) et ses patients, les occasions de rencontre ne se limitant pas aux consultations et visites. Aujourd'hui, surtout en milieu urbain, la communication ne s'établit plus sur un mode immédiat, elle exige d'être suscitée et explicitée.

Une stratégie à deux axes : formation et organisation

Comment préparer un avenir dans lequel les sociétés du XXI^{ème} siècle bénéficient effectivement de la maîtrise croissante sur le corps humain tout en devenant de plus en plus sujets (individuellement et collectivement) à part entière ? La réponse la plus plausible à ce jour réside dans la recherche de complémentarité entre des médecins spécialistes garants des savoirs objectivés, et des médecins généralistes effectuant avec rigueur le travail d'articulation entre les registres de l'objectivable et de l'existential. Ceci suppose des développements en matière d'organisation et en matière de formation.

Il convient en effet de penser l'organisation du système de soins en ensemble cohérent, pour favoriser la complémentarité plutôt que la concurrence entre médecins généralistes et médecins spécialistes. Mais simultanément, il faut aussi agir sur la formation. Il s'agit d'une part de former les futurs médecins généralistes à leur rôle, ce qui suppose l'entrée de généralistes praticiens dans les facultés de médecine. Mais il s'agit aussi de réorienter les représentations que les futurs médecins, tant généralistes que spécialistes, ont de leurs rôles respectifs et de leur collaboration mutuelle. La médecine générale offre des opportunités considérables aux facultés de médecine : d'une part elle leur fournit l'occasion de contribuer au développement d'une discipline de plus en plus reconnue comme scientifiquement respectable et socialement utile ; d'autre part elle leur permet de s'ouvrir sur le monde extérieur, afin de s'adapter aux besoins des sociétés dans lesquelles elles s'intègrent. ●

Le futur médecin «cinq étoiles»

Charles Boelen, médecin en santé publique, Organisation mondiale de la santé, département de la dispensation des soins de santé, Genève, Suisse.

Extrait de La faculté de médecine et le médecin praticien du XXI^{ème} siècle de Pelc I. et Cassiers L., actes de la conférence internationale des doyens des facultés de médecines d'expression française, édité par la Fondation pour l'étude et la prévention des maladies de civilisation, 1998.

.....
Les systèmes de santé changent, et avec eux la place et le rôle des acteurs du système. Quel sera le profil du médecin « cinq étoiles » de demain ?
.....

Évolution des systèmes de santé

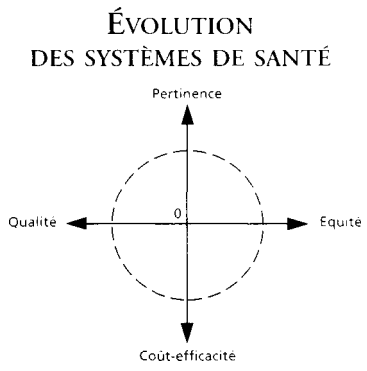
La plupart des systèmes de santé sont soumis au défi d'améliorer à la fois la pertinence, la qualité, le coût-efficacité et l'équité dans les prestations de service.

La **pertinence** est définie comme la détermination d'actions prioritaires - en d'autres termes, l'acceptation que certaines actions de santé sont plus importantes que d'autres ou qu'un soutien financier sera privilégié pour certaines actions par rapport à d'autres - les priorités étant définies sur la base de critères spécifiques à chaque contexte socio-économique.

meilleur résultat possible par unité de ressource engagée.

Enfin, l'**équité** est appréciée par la juste répartition des services de santé au bénéfice de chaque individu ou groupe en tenant compte de ses besoins spécifiques.

L'illustration évoque une boussole dont les quatre points cardinaux seraient représentés par les quatre principes énoncés plus haut. Cette analogie, dans le cas présent, n'est pas appropriée, car il ne s'agit pas de choisir un cap et de le tenir comme le ferait un navigateur, mais bien de poursuivre les quatre directions à la fois. Cela ne va pas sans tensions, comme on peut l'imaginer. En effet, l'édification d'un système de santé et la mise en œuvre de programmes d'action, reposant sur ces quatre principes, supposent la levée de contraintes structurelles et organisationnelles pour permettre une égale attention à ceux-ci au sein d'un même service de santé. De plus, des réformes du système de santé et des progrès durables en matière de pertinence, qualité, coût-efficacité et équité, tant au niveau national qu'au niveau décentralisé, ne sont possibles que dans la mesure où les principaux acteurs sur la scène de la santé reconnaissent le bien-fondé de ces principes et unissent leurs efforts pour les concrétiser.

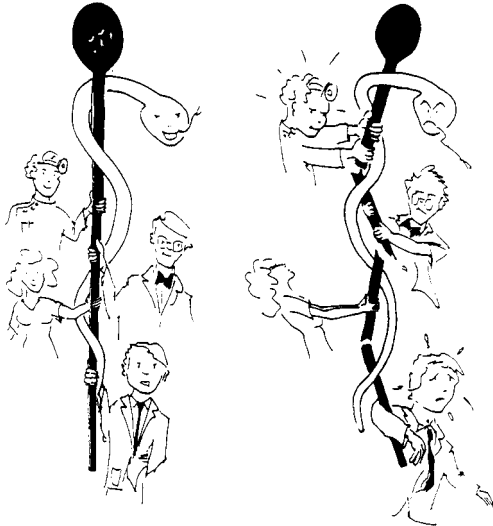


La **qualité** est définie par le niveau de conformité d'une action de santé à des références proposées par les professions de santé, en tenant compte également des attentes des usagers.

Le **coût-efficacité** mesure l'utilisation judicieuse des ressources, en obtenant le

Relations entre partenaires du changement

On souhaiterait des rapports harmonieux entre les principaux partenaires dans l'action de santé. Sur l'image de la page suivante, on observe par exemple le médecin (ici représenté avec une lampe frontale), l'administrateur sanitaire (l'homme au nœud papillon), l'usager (la dame, à gauche) et le financier des soins de santé (en bas), affichant un air serein et tenant d'une main ferme la même barre, comme déterminés à contribuer à la bonne marche du système de santé. Cette situation rassure le serpent du caducée qui symbolise ici le système de santé. Cependant, cet état idyllique contraste avec la réalité généralement observée dans les pays et illustrée par l'image de droite, suivant laquelle les partenaires mettent à mal le système de santé



en protégeant avant tout leurs propres intérêts. Chaque groupe, se référant aux règles, traditions et objectifs qu'il s'est donné, défend ses privilèges aux dépens du bon fonctionnement du système de santé auquel il prétend pourtant vouloir contribuer. Il en résulte invariablement une fragmentation du système de santé et souvent même une situation ambiguë, voire conflictuelle, entre les soi-disant partenaires. Ce dysfonctionnement handicape un pays ou une communauté dans sa difficile quête pour l'amélioration constante et équilibrée de la pertinence, de la qualité, du coût-efficacité et de l'équité des prestations de santé. Or, les réformes importantes qu'envisagent de nombreux pays appellent à une action coordonnée des principaux acteurs. Comment y parvenir ?

Vision commune du champ soumis au changement

Considérons principalement les changements qui devraient s'opérer dans l'éducation médicale, la pratique médicale et le système de santé et les interrelations qui devraient exister entre ceux-ci. On a souvent pensé qu'une « bonne » éducation médicale entraînerait une « bonne » pratique médicale et qu'une « bonne » pratique médicale conduirait inévitablement au « bon » fonctionnement du système de santé. Ce raisonnement linéaire s'est révélé porteur d'illusions. On peut en effet aisément démontrer qu'il ne suffit pas qu'un médecin soit formé à certaines tâches pour qu'il les pratique. On sait, par exemple, qu'en l'absence d'incitatifs financiers ou autres motivations, des tâches aussi essentielles que

celles relatives à la prévention, à l'éducation du public, à la participation à des campagnes d'action sanitaire, ne sont pas ou peu pratiquées quels que soient le volume et la qualité de la formation dédiée à ces questions. D'autre part, il existe suffisamment d'évidence pour démontrer qu'une bonne pratique médicale contribue à l'amélioration de l'état de santé des individus ou des populations, mais n'est pas souvent le facteur déterminant. D'autres interventions tendant à améliorer les conditions de vie, tels que l'alimentation, la relation interpersonnelle, les loisirs, la sécurité, etc. ont un impact relativement plus important que le geste médical.

Il est évident que le changement d'un système de prestations de soins devrait entraîner une modification des rôles et responsabilités à assumer par les professions de santé, et donc des modes et modalités de pratique médicale. Par voie de conséquence, l'éducation médicale devrait s'adapter pour former les médecins en conformité avec un profil reconnu comme répondant aux besoins de la société. Réciproquement, la faculté de médecine, de par son potentiel intellectuel, peut contribuer à anticiper l'évolution des systèmes de santé, aider à en dessiner les futurs contours et influencer le milieu de travail des futurs médecins et les préparer en conséquence par des approches éducatives adaptées.

Malgré les difficultés, il semble qu'une approche coordonnée des différentes réformes soit indispensable et inévitable. On souhaite que celle-ci soit dirigée vers l'aspiration commune à l'idéal (certains diront à l'inaccessible rêve) de la « santé pour tous », tel qu'exprimé par l'Organisation mondiale de la santé et adopté par la Communauté des nations comme un objectif à poursuivre sans relâche.

Voyons la réalité en face...

Faisons davantage connaissance avec certains des principaux partenaires qui sont directement impliqués dans la réforme du système de santé, de la pratique médicale et de l'éducation médicale. Écoutons-les, et identifions dans leurs discours les points d'intérêts communs qui

Le futur médecin «cinq étoiles»

pourraient susciter un partenariat. Les caricatures proposées reposent sur l'opinion que l'humour peut faciliter la compréhension des vérités premières dans le cafouillis de situations absurdes ou cocasses. En tout cas, celles-ci n'ont pas pour but de jeter le ridicule sur les fonctions ainsi représentées. De plus, on pourrait ajouter, suivant la formule consacrée, que toute ressemblance avec une personnalité connue est fortuite...

Prenons le cas du ministre de la Santé « Patriste ». C'est un optimiste acharné. Il occupe une fonction politique importante et est passé maître dans l'art de persuader que demain sera meilleur qu'hier. Mais au fond de lui, il sait la modestie de son pouvoir de décision au sein de l'équipe gouvernementale, les limites de son budget et la dépendance de son département vis-à-vis de celui de ses collègues pour une action concertée sur la santé. A ceux qui viennent le voir pour solliciter son soutien à leur cause, il demande en revanche comment ils peuvent le soutenir pour atteindre les objectifs de santé au bénéfice de la société toute entière.

Pour le docteur « Centhé Pourthous », la stratégie de « santé pour tous » est une gageure. Comment peut-elle en effet comme médecin praticien être plus active dans une politique de santé qui ferait la part belle à la prévention, l'éducation du public et l'action communautaire ? Sa formation ne l'a pas aidée suffisamment à assumer ces fonctions. De plus, elle se sent la victime innocente d'une des plus grandes catastrophes créées par l'homme en matière d'organisation sanitaire qui a consisté à créer et consacrer une dichotomie entre

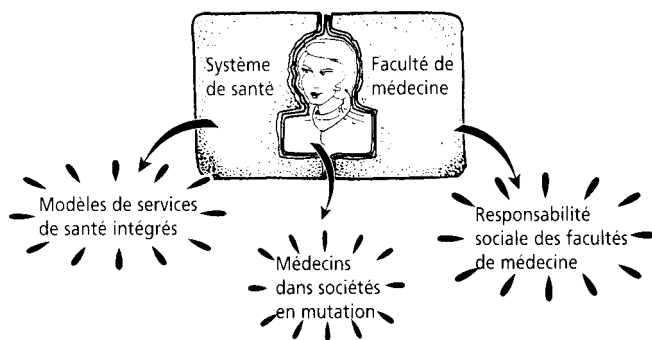
médecine clinique et santé publique. Elle est toute dévouée à la cause de ses patients mais ne se sent pas assez disponible pour des actions de santé dirigées vers la communauté dans son ensemble. Elle déplore ce schisme, et espère que des initiatives politiques, professionnelles et techniques pourront être prises pour que, par des modèles novateurs de services de santé, une coordination, voire une intégration des actions de santé individuelle et communautaire, soit possible.

Quant au doyen « Touvabien », c'est une personnalité sympathique, ayant une belle expérience professionnelle de chercheur et de clinicien. Il connaît le ministre Patriste et le docteur Centhé Pourthous, et comprend la nécessité de réformer l'enseignement de la médecine dans sa faculté. Il est ouvert à l'innovation, il en connaît aussi le prix et les bénéfices éventuels. Il a montré sa disponibilité à adapter sa faculté aux nouvelles données du système de santé et à mieux répondre aux besoins de la société. Cependant, il est sceptique quant à l'effet de réformes qui ne seraient pas conduites avec la même rigueur qu'un protocole de recherche, et en cela résiste aux sirènes du changement frénétique. Par contre, il est conscient qu'une réactualisation de la fonction du médecin, ou en tout cas, un consensus sur le profil idéal du médecin, devrait servir d'impulsion à une réforme fondamentale de la formation médicale.

Interface

Interface ! Est-ce le maître mot ? C'est, en tout cas, le phénomène que chacun reconnaît devoir prendre en considération pour faire avancer les choses !

Dans l'illustration, le médecin de l'avenir figure au centre. Comme une sculpture dans son moule. D'un côté, la faculté de médecine semble l'avoir façonné tandis que de l'autre, le système de santé l'accueille dans sa niche, et ceci dans un souci commun de répondre aux exigences de la société, à l'évolution des sciences et techniques et aux caractéristiques du milieu socio-économique dans lequel s'élabore et évolue un système de santé.



Résolution de l'Organisation mondiale de la santé : réorienter l'enseignement de la médecine et de la pratique médicale en faveur de « la santé pour tous »



La place centrale du médecin dans ce schéma se justifie dans la mesure où une identité de vues sur son profil peut favoriser le rapprochement et la collaboration entre l'organisation sanitaire, le corps médical et le monde académique. En suscitant une convergence de vues, on favorisera sans doute l'éclosion de synergies et projets de collaboration.

Le médecin « cinq étoiles »

Faire des projections sur la configuration du futur système de santé est un exercice périlleux. Nous allons essayer néanmoins de proposer quelques caractéristiques de celui-ci et imaginer le profil du médecin qui pourrait lui convenir. A chacune des caractéristiques essentielles du futur système de santé, on tentera de définir un éventail approprié d'aptitudes pour le futur médecin.

En matière de qualité des soins, le médecin devra être en mesure d'adapter sa pratique pour qu'elle réponde aux plus hautes exigences sur le plan professionnel et de l'éthique, en utilisant comme références les normes constamment mises à jour par la profession. Parallèlement, il recherchera à satisfaire l'usager qui souhaite un service de soins personnalisé, adapté à ses besoins, continu et intégré à l'ensemble des services de santé et sociaux dont il fait l'objet.

Conscient que le niveau de la santé d'un individu et d'une communauté dépend dans une large mesure des habitudes de vie, en particulier sur le plan des habitudes nutritionnelles, la manière d'entretenir des relations avec les autres, y compris sur le plan sexuel, le souci pour la sécurité au travail, dans les loisirs et ailleurs, l'usage de substances nocives, le médecin du futur devra être un communicateur de premier ordre. Il devra en effet savoir écouter, inspirer confiance et convaincre un individu, une famille ou un groupe de la nécessité de prendre des mesures pour protéger ou rétablir sa santé.

Connaissant l'avantage comparé de certaines mesures d'investigation et d'intervention, il décidera de les utiliser en cherchant à assurer le meilleur bénéfice possible pour ceux à qui

elles sont destinées en tenant compte de leur efficacité et de leur coût. Il jouera un rôle important dans l'utilisation optimale de l'ensemble des ressources mises à la disposition de la santé, en étant constamment averti de l'état de ces ressources, de la nécessité d'établir des priorités pour leur usage et de leur répartition équitable au bénéfice de tous au sein d'une même population.

En complémentarité avec la pratique en médecine individuelle, le médecin de demain deviendra un partenaire actif en santé publique. Non seulement sera-t-il conscient de la morbidité prévalente dans sa clientèle, il sera également intéressé à connaître et agir sur les conditions de vie qui peuvent affecter la santé de celle-ci. En termes épidémiologiques, on espère que le médecin du futur s'intéressera également aux deux termes de la fraction (taux, ratio ou statistique de santé) : le numérateur (ses patients) et le dénominateur (la population dont ils sont issus). En assumant une responsabilité pour la santé d'une population, le futur médecin s'affirmera comme un rouage important, voire indispensable, pour la coordination des actions de santé.

La surveillance d'une population, qu'elle soit saine, malade, ou au risque de l'être, nécessite de nouveaux modes de pratiques au sein d'une équipe de santé multiprofessionnelle et pluridisciplinaire. La maîtrise de l'information



Futur système de santé Futur médecin

- ★ Qualité des soins (revisitée) Garant de soins de qualité
- ★ Mode de vie saine des usagers Communicateur
- ★ Usage approprié des technologies Décideur averti
- ★ Santé des populations Partenaire en santé publique
- ★ Nouveaux modes de pratique Gestionnaire

Le médecin « cinq étoiles »

Le futur médecin «cinq étoiles»

sanitaire et sociale sera au cœur de ces pratiques. La connaissance de l'état de santé et des risques pour la santé et de leur évolution, ainsi que la connaissance de l'utilisation des ressources pour la santé, seront indispensables à la mise en œuvre d'un système de soins qui soit conforme à la quête de pertinence, qualité, coût-efficacité et équité. L'innovation en matière d'organisation sanitaire, l'apport de l'informatique et la redéfinition des rôles et responsabilités des membres de l'équipe sanitaire et sociale contribueront à satisfaire également des objectifs de médecine individuelle et de santé publique. Dans ce contexte, le futur médecin, qu'il soit meneur ou membre de cette équipe, possédera des compétences de gestionnaire pour répondre efficacement aux implications de ces nouveaux modes de pratiques.

Cet ensemble d'aptitudes, résumé sous les cinq vocables « garant de soins de qualité, communicateur, décideur averti, partenaire en santé publique et gestionnaire » est proposé comme le profil du futur médecin. A chaque série d'aptitudes, son étoile. L'image d'excellence du médecin « cinq étoiles » n'est pas seulement celle du médecin de demain, elle est celle du médecin de toujours, celle de la profession de santé tout simplement, qui tente de se mettre au service de l'individu et de la société, indépendamment du temps et du lieu.

Et les facultés de médecine... ?

Celles qui ont la charge de former ce médecin du futur sont conscientes du besoin de réforme de leur institution. Quelle est la nature de cette réforme ?

Pour la clarté de l'exposé, deux scénarios d'évolution d'une faculté de médecine sont proposés. Ils sont inévitablement schématiques et pêchent par certains excès. On espère néanmoins qu'ils faciliteront la compréhension sur le type de réformes à entreprendre. Premièrement, on peut décrire la faculté qui à terme verra son influence se réduire et dans certains cas son existence menacée. Deuxièmement, on peut schématiser une faculté

prenant des options pour figurer en bonne place sur l'échiquier de la santé comme référence d'une institution de progrès.

La faculté qui semble en difficulté est celle qui s'intéresse à la lutte contre la maladie tandis que la faculté « en expansion » inscrit cet intérêt dans le cadre plus large de protection, restauration et promotion de la santé et des implications sociales, techniques et économiques qui en découlent.

Les progrès scientifiques et les technologies entraînent le développement de spécialités de plus en plus fines, ce qui est à la fois inévitable et souhaitable. Cependant, la faculté « en expansion » anticipe les menaces qu'une approche atomisée de l'homme peut entraîner sur le plan de la qualité des services et de leur coût. Elle démontre son intérêt à comprendre et préserver l'intégralité de l'homme, par des initiatives de caractère institutionnel, telles que, par exemple, l'enseignement intégré des principes de médecine générale tout au long du curriculum, l'allocation importante de fonds pour la recherche sur les services de santé dans la perspective d'une médecine globale plus conforme aux aspirations des usagers et de la société en général.

La faculté « en difficulté » se soucie d'améliorer son fonctionnement et la bonne utilisation des ressources pour des fins qu'elle a déterminées elle-même. L'autre faculté, par contre, s'intéresse aussi à l'impact qu'elle pourrait avoir sur l'évolution de la société, et est donc prête à réexaminer comment elle s'acquitte de ses fonctions d'enseignement, de recherche et de service afin de réajuster ses choix pour améliorer son impact.

Certes, sous la pression de facteurs politiques, économiques et sociaux, la première faculté réagit, s'adapte et se maintient, tandis que l'autre fait preuve d'anticipation et, consciente de son potentiel de créativité, se met en situation de pouvoir créer le changement. Ainsi, la faculté « en expansion » participe activement à forger le système de santé de l'avenir, en proposant, sur la base de données d'observations et de recherches, des modèles novateurs de services de santé dans lesquels fonctionneraient le médecin et les professions de santé de demain.



Une faculté de médecine redevable uniquement devant ses pairs s'expose à perdre contact avec les exigences du monde extérieur et être cataloguée parmi les « tours d'ivoire ». La faculté progressiste, par contre, tout en étant jalouse de sa liberté académique pour utiliser au mieux son capital intellectuel, reconnaît le nécessaire rééquilibrage en faveur d'un certain droit de regard de la société dans le choix de ses priorités et ses réalisations. Le principe de cette redevabilité devant la société est notamment démontré par la nature et la qualité des mécanismes utilisés pour son évaluation.

Et si on réformait tout a la fois... ?

Dans sa résolution WHA48.8 du mois de mai 1995, l'Assemblée mondiale de la santé, principal organe directeur de l'Organisation mondiale de la santé, invite ardemment chaque pays à « réorienter l'enseignement de la médecine et de la pratique médicale en faveur de la santé pour tous ». Cette résolution prévoit notamment que, pour être efficace et conduire à des effets durables, une réforme coordonnée devrait être faite impliquant à la fois le système de santé, la pratique médicale et la formation médicale. Dans l'illustration de la sculpture et de son moule, les trois éléments de cette réforme sont singularisés et trouvent leur pendant dans le document de stratégie mondiale de l'Organisation mondiale de la santé pour mettre en œuvre la dite résolution.

Dans ce dernier, trois axes d'action sont proposés.

Le premier concerne l'étude et l'expérimentation de modèles de services de santé au sein desquels une articulation voire intégration serait faite entre activités de santé individuelle et activités de santé communautaire. Ces modèles devraient être conformes aux orientations d'une réforme du système de soins tendant à améliorer à la fois la pertinence, la qualité, le coût-efficacité et l'équité des prestations. Ils aideraient également à définir et préciser les rôles et responsabilités respectives des professions de santé dans le contexte de cette réforme.

Ensuite, il est proposé que des débats soient

organisés pour mieux cerner le profil du médecin de l'avenir, eu égard aux évolutions que subissent les sociétés et leurs systèmes de santé. A cet effet, des enquêtes et études seront conduites, impliquant le pouvoir politique, les organisations des services de santé, les associations professionnelles et les usagers.

Enfin, les stratégies et mécanismes pour évaluer et promouvoir la responsabilité sociale des institutions de formation des personnels de santé, en général, et les facultés de médecine, en particulier, seront étudiés et proposés.

Conclusion

La question « Qui est le médecin de l'avenir ? » entraîne une cascade d'interrogations sur la place du médecin dans le futur système de santé. Du fait des changements importants que subiront les systèmes de santé pour répondre aux impératifs de pertinence, qualité, coût-efficacité et d'équité, il faut s'attendre à ce que le profil du médecin soit également différent de celui que nous connaissons. Avec l'évolution de son rôle et de ses responsabilités, devront également être abordés les rapports optimaux à établir avec les autres professions de santé, et entre médecins généralistes et autres médecins spécialistes.

Le médecin « cinq étoiles » est proposé comme un modèle de médecin idéal qui, du fait de l'éventail de ses aptitudes, pourrait occuper une place de choix dans le futur système de santé. Une convergence de vue des autorités sanitaires, des associations professionnelles et des facultés de médecine sur la pertinence d'un tel profil pourrait susciter des projets communs de recherche et d'action profitables à tous.

Pour faciliter la recherche de solutions adaptées aux problèmes complexes posés par la réforme coordonnée du système de santé, de la pratique et de l'éducation médicale, l'Organisation mondiale de la santé se propose d'intensifier la collaboration internationale, notamment en collectant des observations et en suscitant la recherche dans ces domaines à travers le monde. ●

Vers une définition de la fonction de médecin généraliste

Etat de nos réflexions et questions sur le profil de la fonction de médecin généraliste

L'équipe des médecins généralistes de la maison médicale à Forest.

.....

Nous avons jusqu'ici des définitions surtout négatives, basées sur un truisme : le médecin généraliste n'est pas un spécialiste, sa spécificité est définie par défaut en rapport à la médecine spécialisée. Nous visons ici une définition positive du médecin généraliste.

.....

- ... sur un terrain communautaire ;
- ses activités sont intégrées : curatif + préventif + promotion de la santé ;
- elle se coordonne avec d'autres disciplines que la médecine ;
- elle nécessite un investissement humain, plus que technique et matériel ;
- elle est orientée vers le patient et non vers le dispensateur ;
- elle est orientée vers les problèmes de santé plutôt que vers les maladies ;
- elle se développe sur base de la recherche-action et de la recherche opérationnelle.

Cadre général

Le cadre général des bases théoriques de la médecine générale est donné dans cet extrait du *British Medical Journal* paru en 1994 :

« Acteur central des soins de santé primaires, le médecin de famille doit avoir de larges épaules... En plus d'être le gestionnaire de sa pratique, il doit être un bon somaticien, maîtriser le psychosocial, intégrer la connaissance analytique, comprendre l'interculturel, gérer les informations de ses patients de façon dynamique, être un agent de santé communautaire et programmer des actions de prévention. »

Michel Roland et Marc Jamouille, tous deux médecins généralistes, ont énuméré en 1996 certaines caractéristiques de la médecine générale :

- elle fait partie des soins de santé primaires, qui sont d'abord communicationnels ;
- elle met en action une connaissance de type globale...
- ... basée sur un modèle bio-psycho-social, holistique, probabiliste ;
- elle explore la plainte de manière « circulaire » (à la différence d'une anamnèse fermée, par interrogatoire) ;
- elle opère une prise en charge globale, une synthèse ;
- elle rencontre des problèmes de prévalence basse...

Répetons-le, tout ceci concerne bien entendu la médecine générale d'une façon globale et pas spécifiquement le travail de généraliste en maison médicale.

A partir de là, on peut élaborer une image générale du médecin de famille. Et c'est en s'appuyant sur ce profil commun qu'on pourra ultérieurement mettre en évidence les spécificités conditionnées par le travail en maison médicale.

Bases théoriques communes relevées et commentées

La médecine générale comporte un certain nombre de caractéristiques. C'est leur coexistence qui définit la discipline clinique de généraliste.

● La médecine générale répond à la majorité des motifs de recours aux soins dans une population générale

Elle répond au principe de subsidiarité.

● La médecine générale est centrée sur le patient

Elle exige donc une aptitude relationnelle pour pouvoir prendre en compte les aspects personnels et de ce fait, nécessite une formation



appropriée (formation à la relation, formation continue, y compris formation interne à l'équipe, le cas échéant, entre autres...).

Une autre conséquence en est que tout motif de contact, toute plainte sont accueillis comme significatifs et donc pris en compte. Ceci s'écarte de la tendance aux classifications des maladies comme base épidémiologique.

- **La médecine générale recueille simultanément des plaintes et des pathologies multiples**

Une conséquence en est une gestion hiérarchisée des problèmes en tenant compte des priorités du patient et du médecin, en tenant compte aussi du contexte, qui est parfois contraignant.

L'utilisation de la méthode SOAP* avec les patients est un outil utile dans cette optique.

- **La médecine générale tient compte de l'environnement des patients**

Environnement réfère entre autre à la famille, au cadre de vie, au milieu professionnel, etc. C'est en particulier (mais pas seulement) ici que se situe la fonction de synthèse. Le dossier en est une application, un outil.

Par ailleurs, c'est dans ce champ que se situent plus particulièrement les niveaux d'interven-

tion, d'interpellation, de responsabilisation du médecin par rapport à son patient. On parlera aussi d'« advocacy », de défense du patient et de ses intérêts. Le médecin généraliste n'est certes pas le seul à agir sur ce terrain, ce n'est pas un droit ni un monopole qu'il s'arroge. Cependant nous faisons remarquer que même s'il n'en a pas le monopole, il en a quand même le devoir.

Cette approche globale doit éclairer la signification des symptômes et permettre un recadrage. Un des aspects essentiels du travail de médecin généraliste nous semble être, en s'appuyant sur la relation avec le patient, de permettre à celui-ci de trouver un sens à ce qui lui arrive et qui détermine tout ou partie de sa plainte.

Une bonne connaissance de l'environnement est donc requise, facilitée par la présence du médecin sur le terrain et par une compétence humaine soutenue par une formation adaptée. La question de cette formation devra être abordée et retravaillée.

**SOAP ou SOPAP : méthode de structuration de l'information générée par le contact entre soignant et soigné.*

***S** = subjectif : ce que le soigné exprime, ressent ;*

***O** = objectif : ce que le soignant « objective » lors de son examen ;*

***P** = procédure de pré-appréciation : les investigations (radiographies, examens de sang...);*

***A** = appréciation : identification du problème ou diagnostic, proposition de modifications, de soin ;*

***P** = procédure post-appréciation : évaluation.*

- **La médecine générale est le domaine de la faible prévalence des maladies**

Cette faible prévalence en médecine générale impose une conduite plus probabiliste qu'en secteur spécialisé où la prévalence est plus grande à cause de la sélection. Les signes et les tests n'ont donc pas la même valeur prédictive en médecine générale et en médecine spécialisée ou à l'hôpital.

Vers une définition de la fonction de médecin généraliste

Ce fait implique que le médecin généraliste travaille avec de faibles probabilités et de grandes incertitudes. Il s'attachera à considérer des problèmes beaucoup plus souvent que des diagnostics (ce travail probabiliste est scientifique).

Le médecin généraliste est donc appelé à apprendre à gérer ses angoisses, car opérant dans un contexte d'incertitude plus grand.

● **La médecine générale intervient au stade précoce de développement des maladies**

Le généraliste intervient à un stade où les signes sont souvent frustes et le diagnostic difficile. Le résultat d'une consultation est rarement un diagnostic. Souvent le médecin (et le patient...) reste au stade des problèmes, au mieux à celui des hypothèses de maladies.

La continuité dans le temps et le suivi de la prise en charge compensent cette fragilité de l'instant, du contact ponctuel, par la construction d'un espace relationnel fort et durable.

● **La médecine générale a un bon rapport coût / efficacité**

Le médecin généraliste se trouve en première ligne, au lieu même des tensions et au centre des contradictions entre la collectivité et la dispensation non régulée des soins.

La médecine générale permet ici de proposer une gestion raisonnée de l'utilisation du système des soins de santé d'une part, des dépenses induites pour le patient et pour la collectivité d'autre part.

nécessaire. Cette approche implique des connaissances scientifiques et relationnelles, faisant appel aux sciences biomédicales, aux sciences humaines et aux sciences sociales.

On se référera ici au schéma proposé en 1995 par Monique Van Dormael dans sa thèse de doctorat en sciences sociales : *Médecine générale et modernité*. La médecine générale se situe au carrefour du biomédical, de la psycho-dynamique, de la santé publique et du culturel (pôle anthropologique) ; elle se situe aussi à l'intersection de l'individuel et du collectif, du subjectif et de l'objectif.

	<i>Individuel</i>	<i>Collectif</i>
<i>Subjectif</i>	Psychologique	Culturel
<i>Objectif</i>	Biomédical	Santé publique

Nous proposons de synthétiser, globalement, les fonctions de la médecine générale en trois axes :

- fonction de premier recours ;
- fonction de synthèse ;
- fonction de communication : le médecin généraliste doit s'assurer que les patients ont reçu et compris les informations qui les concernent et leur permettent de faire des choix.

Pour ce qui est des autres critères, par exemple le GICA (globalité, intégration, continuité, accessibilité), il s'agit de qualités appliquées ou applicables à tous les soins de santé primaires et non de fonctions en soi.

Applications pratiques ou objectifs opérationnels

● **Une prise en charge globale et intégrée**

- Elle exige de tenir compte du milieu : succession des professions et des périodes de non-travail, habitat, nuisances d'environnement, scolarité, loisirs, vie affective, famille, etc. ;
- Elle implique d'assumer la gestion simultanée des problèmes rencontrés ;

Vers un modèle global

Ces diverses caractéristiques s'intègrent dans un modèle global de la médecine générale. Celle-ci considère la maladie comme une résultante d'interactions entre divers facteurs organiques, humains, environnementaux, pour lesquels une approche bio-psycho-sociale est



- Elle entraîne l'accompagnement des patients, des proches, de la famille, particulièrement (mais pas seulement) dans des moments douloureux, particuliers ;
- Elle implique la tenue en compte des relations entre soma et psychisme et vice-versa ;
- Elle comprend un rôle d'« advocacy » : négociations avec l'hôpital, faire valoir des mises au point entreprises, sorties négociées, hospitalisations à domicile, divers problèmes sociaux et problèmes de vie, etc. ;
- Elle exige l'élaboration d'une synthèse, d'un état des lieux, d'un projet qui intègre tous ces paramètres. Cette synthèse permet d'informer le patient, d'évaluer sa compréhension des problèmes et permet sa collaboration, elle lui procure une aide dans sa prise de décision. Cette synthèse aide aussi au travail du soignant et au travail d'équipe, le cas échéant ;
- Elle comprend la notion de négociation : on négocie avec le patient en vue d'élaborer un projet commun. On parlera ici de la notion d'alliance thérapeutique ;
- Elle exige d'identifier les (facteurs de) risques aussi bien physiques que psychoaffectifs et sociaux et de mettre en œuvre des actions de prévention ;
- Elle conduit à repositionner les problématiques dans un contexte familial et/ou communautaire en préservant la confidentialité de la relation.

● La continuité des soins et l'accessibilité

Différencions ici la continuité « générale » (inter-épisode), qui concerne l'histoire globale du patient et son accompagnement, de la continuité « intra-épisode », centrée sur un problème particulier et circonscrit dans le temps.

Pour assurer la continuité du pré-symptôme au stade chronique (ceci est un peu caricatural...), la collecte d'informations est un outil central du généraliste. A ce niveau, le dossier santé est un outil de la continuité et de la globalité. Encore le faut-il dynamique : mémoire pour le patient, mémoire des professionnels, outil de gestion de la prise en charge dans le temps, outil de collaboration, de références plurielles. L'accessibilité doit être géographique et financière mais aussi psychologique.

● Le généraliste, coordinateur dans le système de soins

Le travail de généraliste implique l'obligation de recourir à d'autres, sans se désengager ni se déresponsabiliser.

Cela comprend la coordination vers les secteurs spécialisés ainsi que la coordination « horizontale » et complémentaire avec les paramédicaux, les autres secteurs d'activité sur le terrain, le réseau psychosocial et, le cas échéant, les autres secteurs de la maison médicale.



● Le généraliste, compétent pour tous les champs de la santé

L'acquisition de ces compétences implique une formation de base et une formation continue dans les domaines médicaux, psychologiques, sociaux et culturels.

Ici le travail en équipe va procurer une force et un appui inégalables.

● Le généraliste, acteur de santé publique

Le généraliste se trouve à une place privilégiée : son poste d'observation de proximité et de terrain en fait un acteur particulier pour les actions de dépistage, d'éducation à la santé et de santé publique.

La réflexion continue ; plusieurs réunions seront consacrées cette année afin de finaliser les idées émises ci-dessus. ●

La relation entre les acteurs

Jacques Bury, professeur invité à l'université de Genève, expert en politique et systèmes de santé.

Extrait de Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications de Jacques Bury, paru aux Éditions De Boeck Université, collection Savoirs et santé, 1997.



Une évidence ne s'impose-t-elle pas ? Il y aura toujours, inévitablement au moins, deux maladies : celle du « malade » et celle du médecin, celle du sujet et celle de l'autre, dont le professionnel.

« Dans toute situation médicale, il y a toujours deux parties impliquées, le médecin et le malade, ou dans un sens plus large le corps médical et la société. La médecine n'est rien d'autre que l'ensemble varié des relations entre ces deux groupes ». (M. Sigerist, 1946)

Que les soins en matière de santé sont essentiellement une relation sociale, ainsi que l'affirme Sigerist, a fait l'objet de plusieurs analyses, dont nous verrons les principales. Ces études ont principalement porté sur le système curatif et la relation médecin-malade. Elles expriment néanmoins des caractéristiques qui sont profondément inscrites dans les acteurs sociaux du système de santé ; elles sont valables, avec des nuances importantes certes mais des nuances seulement, pour les autres professionnels de la santé ; enfin, même si elles ont été décrites à partir d'observations sur le système curatif, elles sont repérables aussi dans les champs de la prévention et de l'éducation pour la santé.



1. Le modèle fonctionnel de Parsons

Pour Talcott Parsons (1951), la maladie est une perturbation du fonctionnement normal de l'être humain dans sa totalité ; elle modifie l'organisme en tant que système biologique mais aussi les adaptations personnelles et sociales de la personne.

La relation médecin-malade est une confrontation dans laquelle les participants ont appris à attendre certaines choses et à se comporter de certaines façons. Une des principales difficultés dans cette relation est que les deux parties arrivent avec des conceptions souvent complètement différentes.

Le rôle de malade comprend les caractéristiques suivantes :

- l'individu n'est pas responsable de son incapacité ;
- l'individu malade est exempté des tâches normales assignées par la société ;
- la légitimité du rôle a comme condition essentielle la reconnaissance que cet état est indésirable ;
- ceci s'accompagne de l'obligation de chercher une aide compétente et de collaborer avec celle-ci pour retrouver la santé.

Le rôle social du médecin comporte donc un aspect de contrôle social : il est chargé de retourner la personne affectée à un fonctionnement normal. Parmi les caractéristiques de l'attitude du médecin, Parsons souligne :

- la neutralité affective : le rapport au malade doit être objectif et non émotionnel. Ceci ne signifie pas que le médecin ne ressent aucune émotion, mais que sa réponse émotionnelle première est contrôlée de façon à ne pas affecter son jugement technique ;
- l'universalisme : ceci signifie que la fonction du médecin est de traiter tous ses patients de la même façon, selon des règles abstraites fondées sur la compétence technique ;
- la spécificité fonctionnelle : de façon complémentaire le médecin ne doit s'intéresser qu'aux choses strictement médicales qui constituent la spécificité de sa



compétence technique et ne doit pas faire d'intrusion dans les affaires privées du patient.

Dans la relation thérapeutique, on s'attend à ce qu'un changement significatif soit produit dans le comportement et l'état de santé total du patient. Ainsi quand la personne compétente rencontre la personne profane et essaie de la modifier, on a une relation qui ressemble beaucoup à celle d'un parent avec un enfant ou d'un professeur avec un élève.

Corrélativement, on s'attend à ce que le patient prenne une attitude passive et dépendante dans la plupart des situations de soins.

2. Le modèle de Szasz et Hollender

Thomas Szasz et Marc Hollender (1956) ont décrit un modèle fonctionnel de la relation médecin-malade en trois types, qui s'inscrit dans le cadre de la théorie fonctionnelle de Parsons.

Pour eux aussi, le prototype de toute relation humaine se situe dans la relation entre l'enfant et ses parents et les différents modèles peuvent donc être conçus comme une évolution de ce prototype.

● Le type activité-passivité

Le médecin est actif et exerce son activité sans la moindre restriction venant du patient qui est passif. C'est le cas typique des situations d'urgence médicale (coma, grands blessés).

● Le type direction-coopération

Ce type correspond à la plupart des situations de la pratique médicale, à l'action curative des médecins surtout dans les maladies aiguës. Le malade est venu parce qu'il souffrait et il est prêt à coopérer à l'aide que le médecin va lui offrir. Même si le patient peut porter un jugement, on s'attend à ce qu'il obéisse. Le prototype de cette relation est celui d'un enfant avec ses parents.

Il n'y a donc plus ici un pouvoir sans restriction mais un pouvoir dont les partenaires sont plus

ou moins conscients, mais toujours sous le couvert du bien. Cela comporte naturellement le danger d'abus de pouvoir. Mais Szasz insiste à propos de ce modèle, pour en souligner la complémentarité dans le sens où le patient se présente en disant à peu près : « *Docteur vous savez le mieux ce qui me convient, faites selon votre opinion* ».

● Le type participation mutuelle

Ce modèle se voit surtout dans les maladies chroniques et dans la phase de réadaptation, ainsi que dans tous les états où le patient peut prendre en charge et assumer son traitement. L'expérience propre du patient devient ici un élément capital de l'approche thérapeutique. De plus, une bonne partie du programme thérapeutique est exécutée par le patient lui-même et devient sa responsabilité. D'une façon schématique, on peut dire ici que le médecin aide le patient à s'aider lui-même.

Sur le plan psychologique, cette mutualité repose sur le processus complexe d'identification et/ou d'empathie, qui facilite la compréhension entre les êtres humains, tout en maintenant une distance minimale entre eux. Pour que ce type d'interaction puisse prendre place, il faut que les participants aient à peu près un pouvoir équivalent, soient mutuellement interdépendants, c'est-à-dire aient besoin l'un de l'autre et s'engagent dans une activité qui apporte une certaine satisfaction à chacun des deux.

Pour Szasz et Hollender, ce type de participation mutuelle est essentiellement étranger à la médecine. Cette relation, qui comporte des grands éléments d'empathie, est souvent associée beaucoup plus avec des notions comme l'amitié, l'association ou le partage de compétences et de responsabilités. Le médecin cette fois ne prétendra pas savoir exactement ce qu'il veut pour son patient, car la recherche de ceci devient l'essence même de l'interaction thérapeutique. L'expérience propre du patient fournira ici une information indispensable à l'aboutissement d'une véritable entente sur ce qui est réellement le mieux à faire et ce qui est réellement la santé du patient.

Le prototype de cette relation se trouve dans

une relation entre deux adultes ou dans la relation parent-adolescent, en ce que le professionnel possède un savoir qui peut, s'il aide l'autre à s'en approprier, aider celui-ci sur le chemin d'une plus grande autonomie. Le postulat qui sous-tend ce type est celui que l'égalité entre les êtres humains est désirable.

3. Relation médecin-malade et situations médicales

● Variation en fonction de la pathologie

Le type optimal de relation médecin-malade dans le modèle de Szasz et Hollender varie en fonction de la situation médicale : un médecin n'assumerait pas son rôle si, devant un malade inconscient, il n'arrivait pas à prendre seul les décisions qui s'imposent... Mais à l'inverse, être autoritaire avec des malades chroniques en phase de réhabilitation les maintient dans un état de dépendance infantile et handicape leur retour à l'autonomisation.

L'évolution de la société tend à privilégier le modèle de participation mutuelle comme idéal. C'est le reflet de ceci que l'on trouve dans l'évolution des réformes du droit médical en matière de consentement ou dans les chartes des droits des patients.

● Variation en fonction du cadre de pratique et de la spécialité des médecins

Le cadre médical dans lequel se joue la relation importe beaucoup. On fait allusion à la différence entre la relation médecin-malade telle qu'elle s'observe dans l'hôpital ou au cabinet du généraliste, ou dans les autres professions de la santé ; ainsi chez les infirmières, la pratique d'infirmière de salle d'opération ou de soins intensifs est à l'opposé de celle d'infirmière sociale dans des circonstances de soins à domicile.

La contribution de Tatossian (1971) se situe dans le courant des réflexions des psychanalystes sur ce qui se passait dans la relation médecin-malade. Il a distingué deux modèles de relation médecin-malade, celui d'une relation interpersonnelle et celui d'une relation technique de service.

Le schéma de la relation interpersonnelle, qui est utilisé plus particulièrement par les différents psychothérapeutes et que l'on retrouve assez souvent en médecine familiale, est caractérisé par le fait que la relation est directe entre le médecin et le patient, se fait aux niveaux intellectuel, affectif et inconscient, utilise aussi le monde imaginaire, celui des fantasmes s'il s'agit de la psychothérapie.

Le schéma de la relation technique de service, plus spécialement conçu comme service de réparation, correspond davantage aux activités de la plupart des spécialistes. La relation avec le client ne comporte que le rituel social de la prise de contact avec des explications sur la défectuosité de l'objet et sur la réparation que l'on demande. C'est un peu comme si le malade venait déposer l'organe malade dans le bureau du médecin et que le spécialiste traite l'organe comme un véritable objet sur lequel il pratique des examens, des analyses, des tests psychologiques, etc.

C.A. Haney (1971) a tenté de construire une description de l'attitude des différentes spécialités médicales selon trois dimensions bipolaires : d'abord celle décrite par Szasz et Hollender, ensuite l'opposition entre scientisme et humanisme et enfin l'opposition entre interventionnisme et conservatisme. Ces deux dernières dimensions évoluent relativement de pair : le médecin interventionniste est en effet davantage orienté vers la maladie, entendue comme une affection biologique face à laquelle le médecin possède le savoir. Par opposition, le médecin orienté vers une attitude plus conservatrice tend à être beaucoup plus orienté vers le patient et dans ce sens recoupe la dimension humaniste qui voit davantage l'exercice de l'acte médical comme une forme particulière d'interaction psychosociale.

Enfin, le champ de recherche le plus fécond des dernières années est celui de l'étude des comportements des clients, patients, usagers. Parmi ces travaux, l'étude de C. Capet (1985) a permis de mettre en évidence deux logiques opposées.

a. La logique d'abandon aux intervenants extérieurs, tels les médicaments et les médecins, auxquels elles recourent



fréquemment. Face à l'expert, elles se soumettent à lui. Les actes qu'il pose sont des actes médicaux, les médicaments qu'il prescrit sont qualifiés de médicaments.

Hors de la « sphère médicale », elles ne sont plus soumises au médecin : elles suivent les prescriptions à leur manière, n'avertissent pas le médecin des médicaments qu'elles prennent en automédication : en effet, ceux-ci ne sont pas reconnus par elles comme médicaments.

- b. La logique de gestion :** les personnes fonctionnant dans cette logique font confiance à la nature, à leur propre capacité d'être le premier acteur de leur santé. Leur stratégie passe par des étapes successives : attente, automédication et enfin recours au médecin.

4. Le modèle structurel de Freidson

Pour Freidson (1971), le modèle à considérer n'est pas celui d'une société se composant de médecins et de clients, mais celui d'un système qui comprend des représentants de la profession médicale exerçant dans des cabinets de consultation, eux-mêmes situés dans les communautés locales de clients éventuels.

Freidson attire l'attention sur le fait qu'il faut tenir compte de la structure sociale dans laquelle se situent les protagonistes et que ceci entraîne des contraintes. Alors que Parsons considère comme fondamentale l'internalisation psychologique des expériences de socialisation et des valeurs normatives de la société, donc de la culture, Freidson tend à laisser l'aspect de l'internalisation comme accessoire et à mettre davantage l'accent sur les structures interpersonnelles et sociales comme sources d'influences directes et immédiates.

Freidson a conceptualisé la relation médecin-malade comme la rencontre de deux systèmes sociaux différents : le système professionnel qui contient le médecin et le système profane qui contient le patient. Le caractère même de la communauté professionnelle à laquelle appartient le praticien repose sur la prétention

que ses capacités sont spécifiques, avec cette conséquence que le client peut difficilement en estimer la valeur et que seuls sont reconnus comme valables les jugements des collègues. Il s'ensuit donc que l'exercice de la médecine consiste en l'action réciproque de deux séries de normes différentes et parfois contradictoires : celles du système professionnel et celles du système profane. Elles se rejoignent au niveau de chaque cas concret : chaque médecin, et selon nous c'est ici le rôle absolument cardinal du médecin de famille (Bury J.A. et Frenette J., 1981), remplit alors une sorte de rôle de charnière entre le système profane local et le système professionnel extérieur.

En fait, tout le processus de recherche d'aide se fait à l'intérieur d'un réseau de consultants s'étendant du domaine intime et informel du noyau familial, en passant par des profanes successifs de plus en plus éloignés spécialisés et autorisés dans la communauté locale, avant d'en arriver aux professionnels. Parallèlement le réseau de référence professionnel, réseau de relations entre collègues, généralistes puis spécialistes, s'étend souvent bien au-delà de la communauté locale et tend à converger vers des organismes contrôlés par des membres de la profession, tels les hôpitaux et les facultés de médecine. Le prestige et le pouvoir professionnel ont leur origine dans ces organisations et diminuent à mesure qu'on s'en éloigne. Plus on pénètre avant dans le réseau de référence professionnel, plus il se montre indépendant de toute communauté locale de malades.

Quand il commence à ne pas se sentir bien, le malade se considère compétent pour décider s'il est réellement malade et de quelle catégorie générale de maladie il s'agit : il se soigne lui-même. L'échec de son traitement initial le conduit à avoir recours au réseau de référence profane et l'échec du nouveau traitement indiqué par les profanes le conduit vers le médecin. C'est sur cette séquence d'échecs que repose l'autorité pratique du médecin. Ce médecin, et c'est presque toujours le médecin de famille, placé au sommet du réseau de référence profane, est le dernier des consultants à être choisi à partir des conceptions des profanes. Quand, à son tour, ce praticien renonce à résoudre lui-même le problème, c'est

à lui et non au malade qu'il revient le plus souvent dans la pratique d'en appeler à un autre praticien.

C'est à ce moment que le malade est introduit dans le système référentiel professionnel. Plus il s'enfonce à l'intérieur du système professionnel, moins il est libre de contrôler ce qu'on lui fait. Le choix et par la suite le contrôle effectif sortent des mains du client pour être déposés entre celles du praticien.

Cette évolution est en opposition directe avec tout ce qu'on a pu décrire comme une orientation vers une autodétermination de la santé, une autonomisation du patient, vers des notions de patient participant ou actif. Or cette dernière orientation se situe indissociablement dans le courant qui marque l'évolution de la société occidentale dans l'ensemble de la vie sociale. Ceci se transpose donc au niveau de la relation médecin-malade dans un mouvement vers une diminution de l'asymétrie de la relation, vers une augmentation de la négociation dans l'établissement du contrat thérapeutique, ou encore, pour reprendre le schéma de Szasz et Hollender dans un glissement de fréquence vers le type de participation mutuelle. Ce mouvement est également renforcé par l'orientation prise par les ministères de la Santé des pays occidentaux vers l'éducation sanitaire qui se fera de façon congruente avec l'action spontanément entreprise par les médias vers une augmentation du savoir médical dans la population (Bury, 1981), même si celle-ci n'est pas idéale.

Freidson critique donc les conceptions homéostatiques contenues dans le modèle parsonien. Au lieu du concept de mutualité et de réciprocité contenu dans l'analyse dynamique de Parsons, il introduit les notions de conflit, d'hostilité et d'ambivalence, qui découlent de son modèle structural.

Freidson reproche à Parsons d'avoir décrit un modèle conceptuel basé sur la façon dont le médecin et le malade devraient se comporter, et non sur la façon dont ils se comportent en réalité. D'avoir donc décrit les attentes, les comportements prévisibles, et d'avoir prêté à ces attentes une influence sur le comportement qu'elles n'ont pas et d'avoir ignoré l'influence

qui découle de la position de la personne dans la relation. Et non seulement cela, mais encore d'avoir conceptualisé le rôle du malade dans la perspective de celui du médecin et d'avoir ainsi ignoré les variables qui venaient du patient lui-même. Freidson accuse encore Parsons d'ignorer la nécessité du conflit dans toutes les relations humaines et selon lui il est plus réaliste de voir la relation comme une forme de compromis :

« Le professionnel attend du patient qu'il accepte ses recommandations conçues dans ses propres termes, le patient lui est venu chercher un service conçu également dans ses propres termes. De ce fait que chacun cherche à obtenir de l'autre quelque chose conçu selon ses propres termes, il y a un conflit ».

Autre point d'opposition à Parsons, la légitimité du rôle du médecin : pour Parsons, la maladie est essentiellement un état biologique avec des implications et des conséquences sociales. Dans le rôle de malade, il y a un choix et un comportement variable alors que la maladie en soi n'en comporte pas par essence.

Donc Parsons défend la légitimité de l'autorité du médecin comme agent de contrôle social sur la maladie par le fait que le médecin possède la compétence spécifique de juger quels sont les liens valables entre la maladie et le comportement de malade. Au contraire, Freidson non seulement conteste que la médecine ait le pouvoir de légitimer le fait qu'un individu se comporte comme malade en affirmant qu'il est réellement malade, mais il affirme qu'en ayant autorité sur ce qu'est réellement la maladie, la médecine crée les possibilités sociales pour se comporter comme malade. Dans ce sens, le monopole de la médecine inclut le droit de créer la maladie comme un rôle social officiel. ●

La bibliographie générale de ce texte et du livre est disponible sur simple demande.



Bref plaidoyer pour une culture générale

.....

Si la connaissance de la médecine permet de combattre les maladies, est-elle suffisante pour parler de la santé ?

.....

Le décodage de la plainte

Une douleur qui fait clic ici, monte jusque là et chatouille, accompagnée de fièvre sans température, surtout dans les escaliers ou en début de semaine, et qui bizarrement résiste au lait chaud additionné de miel et de sauge...

Nombre de patients se plaignent de maux sans queue ni tête. Pour celui qui souffre, la maladie est dans sa vie. Pour la médecine, elle se localise dans le corps. Pas facile alors pour le médecin de repérer dans le discours du patient des éléments suggestifs d'une pathologie connue à confirmer par les examens cliniques et techniques. Cette façon de procéder suggère qu'il y a une distance culturelle entre patient et médecin et qu'il suffit à ce dernier de la réduire pour faire entrer le patient dans ses catégories nosologiques : une fois le problème étiqueté, il ne resterait qu'à suivre la voie classique menant au diagnostic, au pronostic et au traitement. « J'ai le cœur qui se soulève » se traduira par nausées et orientera vers des problèmes d'estomac, le « mal aux reins » attirera l'attention sur la colonne vertébrale. On voit des mères amener leur enfant obèse en déclarant « il ne mange pas » : on y verra volontiers un signe d'anxiété de la mère, de conflit entre elle et l'enfant ou de tensions à la maison, mais il ne sera pas rare de découvrir une superbe angine qui empêche l'enfant de déglutir...

Le décodage de la plainte ne se résume pourtant pas à la mise en application d'un dictionnaire « profane-professionnel ». Il nécessite aussi une approche plus globale.

Un patient se plaignait de ne plus savoir marcher. Impossible de lui faire expliciter

d'avantage sa plainte. L'examen complet ne décèle qu'une anomalie : la plante des pieds était couverte de verrues qui furent traitées en plusieurs séances. Peu après le patient revint avec la même plainte : il ne savait plus marcher. Son discours était toujours aussi « peu parlant ». Il ne manifestait pas de trouble psychologique, gagnait bien sa vie, était heureux avec son épouse et fier de ses enfants qui faisaient de belles études. Le médecin se rendit alors compte que cet homme de soixante-trois ans, manœuvre de chantier, passait ses journées à coltiner des charges de plusieurs dizaines de kilo. Et « ça ne marchait plus ». Ses plaintes s'évanouirent quand il fut muté à des tâches plus légères...

*Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.*



Évitons l'interprétation stérile qui conclurait que les verrues du patient étaient le mode d'expression physique de son problème. Il s'est passé dans notre exemple autre chose qu'une erreur de traduction : le patient a présenté une souffrance et le médecin a cherché une maladie. S'agissait-il d'un « faux » malade ? Ou alors, pour ne pas nier sa souffrance qui ne rentrait pas « dans le cadre », est-ce à la médecine d'intégrer dans son champ d'action cette baisse de performance liée à l'âge ?

Maladie ou problème de santé ?

La première ligne de soins est le lieu de l'accueil de la plainte. C'est aussi celui où elle revient sédimenter quand elle n'a pas trouvé de réponse ailleurs. Le soignant généraliste n'est pourtant pas formé à jouer ce rôle d'articulation entre un moi-sujet en souffrance et un savoir objectif à qui le soulagement est demandé. Ses études, où il est instruit par des spécialistes à manipuler des concepts scientifiques, le conditionnent à dévaloriser ce qui ne rentre pas dans ce cadre. On en voudra pour preuve la désaffection pour la tâche de généraliste, souvent envisagée comme un second choix par les étudiants. Le statut financier plus attrayant du spécialiste n'en est pas la seule raison. Rejeté dans des cours à option ou considéré de seconde zone, tout ce qui ne relève pas du biomédical est en fait laissé « la qualité humaine » de l'étudiant et à l'expérience qu'il développera en pratiquant. Peut-on s'en contenter ?

Il est évident que la maîtrise des maladies est la raison d'être des soignants et doit constituer la base de leur formation. Problème pourtant : la pratique débutante se basera sur la prémisse scientifique enseignée et il sera difficile pour nombre de praticiens de dépasser ce cadre. Le jeune médecin aura assez de mal à mettre en action un savoir théorique massif pour ne pas trop s'encombrer de considérations relevant de sciences humaines dont on lui a fait comprendre qu'elles sont peu dignes d'un scientifique et peuvent être assumées par son « humanisme » et son empathie. Même ses stages de médecine générale, s'ils développent la « pratique », souffrent souvent d'être vécus dans un climat assez académique, le maître de stage étant lui-même pris dans le courant biomédical dominant (heureusement pas toujours). Plus tard, la formation médicale continue fera encore la part belle à la parole des spécialistes ou aux sponsors pharmaceutiques.

L'accent est donc posé dès le départ et tout au long de la carrière du généraliste sur l'aspect scientifique : il demeurera un scientifique non spécialisé. Le public ne s'y trompe pas, qui tend à recourir aux spécialistes vus comme des médecins « plus aboutis »... ou se détourne vers des disciplines « parallèles » quand il est veu-

être écouté !

Un changement de mentalité est pourtant en route. Depuis Alma Ata, la santé n'est plus cantonnée à l'absence de maladie mais se définit comme un état ou une dynamique de bien-être physique, psychologique et sociale. La notion de problème de santé vient se frotter à celle de maladie, et c'est au niveau de la première ligne de soins que cette rencontre a lieu. L'homme « qui ne savait plus marcher » nous posait un problème de santé que nous avons voulu prendre pour une maladie. Combien comme lui errent de médecins en médecins sans jamais être entendu ? L'ouverture à des connaissances « humaines » permettrait sans doute une approche bien plus correcte des problèmes de santé en première ligne.

Est-ce à dire que le généraliste doit être à la fois médecin, psychologue, assistant social, anthropologue, ethnologue, philosophe... Évidemment non. Ce n'est pas possible et surtout ce n'est pas souhaitable : quel orgueil ! Mais à notre sens, il est nécessaire de développer chez lui deux qualités qui lui permettront d'aider son patient : celle d'identifier les problématiques et celle de collaborer avec les professionnels de ces différents domaines.

Identifier les problématiques

Tout stagiaire en hôpital l'a vécu : quand un patient manque résolument de collaboration, conteste l'organisation du service, se dérobe au sacro-saint diagnostic et/ou saccage son traitement, un « avis psy » est demandé. Avis qui bien souvent n'arrive jamais : le psychiatre sait qu'une personne qui ne rentre pas dans le cadre ne relève pas forcément de la maladie mentale et il a autre chose à faire qu'à gérer l'agacement des somaticiens.

Quand un usager de soins de santé s'adresse à un généraliste, il vient avec un problème qu'il juge digne de l'intérêt du médecin, ou dont il croit que le médecin saura le résoudre. Si, ne décelant pas de trouble somatique, celui-ci adopte une attitude « avis psy » et le renvoie en disant : vous n'avez rien (ou pire encore, le



déclare malade à tort !), l'usager n'aura pas avancé d'un pas dans sa problématique (peut-être même aura-t-il reculé).

La question se pose : est-ce le rôle du médecin d'aller au-delà de la limite médicale et d'accompagner le demandeur dans l'identification de sa problématique ? Peut-il s'éloigner du corps pour faire quelque pas avec une personne ? N'est-ce pas une volonté de contrôle, un saut dans l'incompétence, une perversion de sa vocation de sauveteur ?

En dépassant l'optique « absence de maladie » et se plaçant dans une visée « santé », il paraît raisonnable que le médecin s'implique dans l'éclaircissement des questions que l'usager lui pose. Tout d'abord parce que la question lui est posée à lui : il y a là une divergence de représentation de la maladie et de la santé entre professionnel et usager qu'il est bon d'explorer et éventuellement de négocier. Ensuite, on connaît l'importance des déterminants non médicaux de la santé. Le mode de fonctionnement médical classique n'a pas de pouvoir direct sur ces déterminants mais peut les mettre en lumière tant pour recentrer les problématiques et faciliter une prévention que pour éviter une médicalisation intempestive. Autre intérêt non négligeable, cela apportera au soignant de mieux cerner son propre rôle et de reconnaître dans quel jeu le patient et le système l'entraînent à jouer.

A l'inverse, quand une pathologie est diagnostiquée, le médecin peut-il se cantonner à fonctionner dans l'axe thérapeutique sans prendre acte des répercussions que la maladie et les soins auront sur la personne ? Ici aussi, accompagner le patient dans l'identification des problématiques et la recherche des intervenants adéquats ne pourra avoir que des effets bénéfiques pour l'usager et sa santé.

Or, pour identifier une problématique, il faut y être sensibilisé et lui accorder un statut valable. La formation de base des médecins et de soignants dévalorise les matières qu'elle juge « littéraires ». Le seul domaine non biomédical ayant large entrée dans la formation continue est... l'économie de la santé (ironiquement jumelée à la notion d'éthique dans le processus

de l'accréditation).

Collaborer

Une approche globale de la personne, caractéristique de la médecine générale et de la première ligne de soins, implique une ouverture toujours plus grande aux divers aspects des problèmes de santé.

Mais on ne crée pas des humanistes (au sens noble) en surchargeant des programmes. On peut par contre valoriser les aspects non biomédicaux de la santé dans les formations. Sociologie de la santé, psychologie de la maladie, anthropologie de la santé, approche interculturelle, philosophie de la santé, théories de la communication, politique de santé, santé publique, réflexions sur la pratique et ses limites, sur le normal et le pathologique... Tant de savoirs qui appellent non pas la connaissance des médecins, mais leur conscience. Conscience et pas connaissance, car il s'agit non pas de fabriquer des généralistes omniscients ou de faire rentrer davantage la santé dans le monopole de la médecine, mais de ne plus badigeonner de la bienveillance (ou de la morgue) sur l'incompréhension quand ces savoirs sont disponibles ailleurs.

On peut rêver que ces sujets soient abordés aux différents niveaux de formation (base, agrégation, continue) non comme des savoirs « en plus » à accumuler, mais sous forme d'exposés donnés par de véritables pédagogues capables de développer le goût de la réflexion et de susciter des séminaires de discussions, des interventions de la pratique, collaborations, ... On peut encore rêver que ces sujets soient reconnus comme de première importance, sans ironie ni condescendance... On peut rêver enfin que, grâce à une formation adéquate, des ponts s'établissent avec les chercheurs et les praticiens de ces différentes disciplines... que ces savoirs soient mis au service de la pratique médicale et des usagers...

Las, n'est-ce pas un des grands travers contemporains de former des techniciens avant de former des hommes... ●

Un regard neuf sur le savoir médical en appliquant l'intelligence artificielle au savoir professionnel

Peter Pritchard, senior medical adviser, Imperial cancer research fund, 1995, London.

Traduction par Hélène Blanc, médecin, documentaliste au Centre de documentation en soins de santé primaires.

.....

Toute la question de la nature du savoir a été débattue pendant près de deux mille ans depuis l'époque de Socrate. Une étude internationale récente centrée sur la Suède nous a donné un regard neuf sur le savoir médical en appliquant l'intelligence artificielle au savoir professionnel. Cette initiative a aidé à clarifier la façon dont les connaissances et les compétences peuvent être appliquées à la médecine de famille. Göranson et ses collègues¹ ont postulé trois catégories de savoir : théorique, pratique et expérimental.

.....

Trois catégories de savoir médical

● Savoir théorique

Ce terme recouvre le savoir académique, logique et scientifique, celui qui répond à des questions comme le « qu'est-ce que ? » et le « pourquoi ? ». Ce savoir est explicite en grande partie et peut être écrit. Il peut être stocké dans des textes ou à l'aide de symboles et constitue le substrat de la plupart des enseignements et de la recherche. Les ordinateurs en traitent très bien.

● Savoir pratique

Il se mêle aux compétences pratiques du comment, du quand et du quoi faire. Il comprend l'application de technologies, et le type de savoir nécessaire pour utiliser, par exemple, un ordinateur, conduire une voiture ou communiquer avec un patient, ce qui est très

difficile à décrire dans un texte. Les compétences d'un expert sont essentiellement pratiques et difficiles ou impossibles à décrire avec des mots. Si on demande à un expert de s'expliquer, le terme de savoir pratique n'est plus approprié. Le « savoir en action » de Donald Schön² est un excellent exemple pour cette catégorie - le savoir est dans l'action. Le savoir pratique est le substrat de l'apprentissage.

● Savoir expérimental

C'est aussi un des ingrédients de la compétence, et son utilisation permet de généraliser, prendre des raccourcis et travailler en pilotage automatique. Un tel savoir est probablement stocké en gros morceaux pour pouvoir le ramener plus facilement en mémoire. Il a beaucoup à voir avec la façon dont nous nous créons des habitudes pour économiser de l'énergie dans des actes répétitifs. Avec son concept de réflexion-en-action, Donald Schön soutient que le praticien éveillé raffine en permanence et améliore ses habitudes. Si le savoir pratique est considéré comme une expertise, alors le savoir expérimental est considéré comme une expérience.

Interdépendance des trois catégories de savoir

Les trois types de savoir se recoupent et interagissent nécessairement. Ils dépendent également les uns des autres. Le savoir pratique est éclairé et justifié par la théorie, mais l'essentiel de la pratique est empirique et ne peut pas être expliqué par des concepts théoriques. Nous pouvons essayer de démêler ces éléments de savoir mais en pratique ils sont combinés comme un tout.

Le savoir théorique ne peut pas exister seul sans les autres types de savoir. Le but est de les intégrer dans un corpus décrit par Göranson et ses collègues sous le nom d'intelligence pratique (figure 1). Ce concept peut aider à

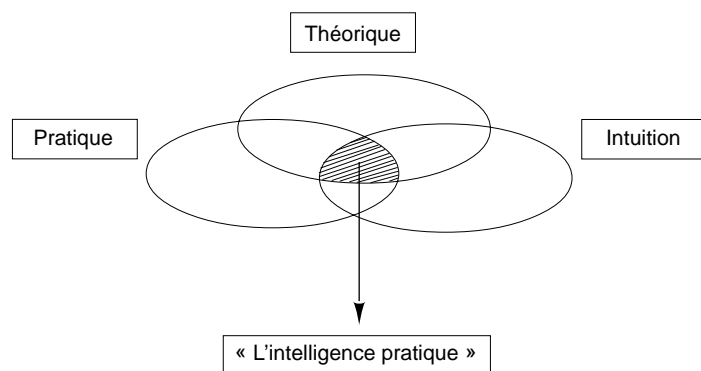


Figure 1 : Les sources de connaissances médicales (Göranzon, 1993).

comprendre la nature de la pratique médicale, avec ses requièvements en savoir et en formation. La médecine de famille où l'incertitude est grande et les connaissances difficiles à appliquer, peut bénéficier particulièrement de cette réévaluation.

Le savoir médical, tel qu'il est enseigné dans les écoles de médecine est fortement orienté vers le savoir propositionnel et théorique. Les médecins de famille doivent s'appuyer plus sur le savoir empirique et sur les compétences qu'ils ont durement acquises avec l'expérience. Leurs connaissances sont basées en grande partie sur des incertitudes et une partie de ces connaissances sont passagères puisque de nouvelles découvertes rendent caduques les anciennes. Les décisions doivent être basées autant sur l'intuition que sur l'évidence. Et cela ne donne pas confiance en lui au médecin de famille face au médecin spécialiste qui a la possibilité de travailler dans un domaine de savoir plus étroit et mieux défini.

Le métier de médecin de famille

Ce qui rend unique la fonction professionnelle du médecin, c'est qu'il met ses connaissances et ses compétences au service de la prise de décision AVEC ses patients afin d'améliorer leur santé et leur bien-être. Cette prise de décision est le point focal des soins médicaux et elle est de plus en plus partagée par le patient et le professionnel. Pour prendre les meilleures

décisions possibles, ce dernier doit faire appel à toutes informations pertinentes pour traiter le problème particulier d'un patient à un moment donné. Ces informations doivent couvrir l'histoire de vie du patient, le contexte social et ses croyances en matière de santé.

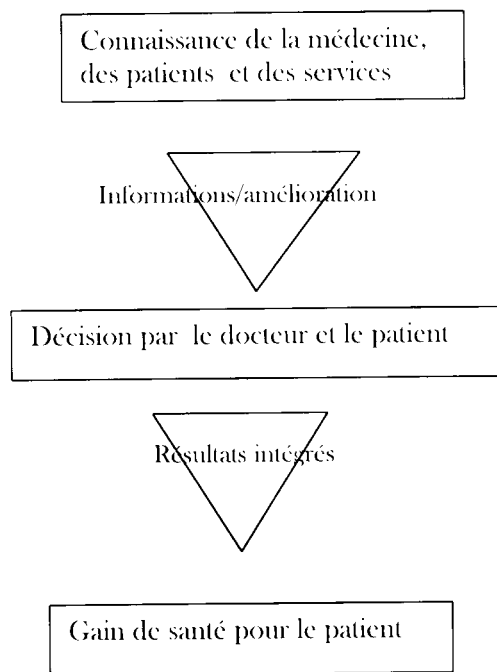
Pour cela, il faut avoir de vastes connaissances de la médecine et des services existants, tant médicaux que sociaux.

Cet objectif est très élevé, en partie à cause de la grande diversité des connaissances, mais surtout à cause de la masse imposante d'informations médicales d'où il est difficile d'extraire ce dont on a besoin. La quantité de connaissances est presque infinie, et leur qualité variable. La surcharge en information défie l'imagination, avec près de sept mille cinq cents périodiques biomédicaux édités chaque semaine et à peu près le même nombre de livres chaque année.

Aller de l'avant grâce aux protocoles

Les lignes directrices, les protocoles ou les plans de soins sont des morceaux de connaissances limités à un domaine, tel que le traitement de l'asthme chez l'enfant. Ils sont basés sur le savoir théorique, mais pour les appliquer sagement en prenant en compte les besoins particuliers du patient et ses préférences, il faut avoir des compétences pratiques. Avec l'aide des nouvelles technologies de l'information, des protocoles peuvent être taillés sur mesure pour cerner les problèmes particuliers d'un patient considérés dans leur contexte, et assister l'utilisateur averti quand il dérive trop de la ligne proposée. Améliorer la qualité et le ciblage de l'information permet d'en réduire la quantité.

Un regard neuf sur le savoir médical en appliquant l'intelligence artificielle au savoir professionnel



Le modèle conceptuel de l'application de la connaissance en soins médicaux

L'aide au processus décisionnel existe

Prendre une décision pour chaque patient est la fonction clé du médecin généraliste. Là culminent tout le savoir, les compétences et la formation, mais le processus de décision lui-même est entouré de mystère, bien que quelques progrès pour le comprendre aient été faits³. Les nouvelles technologies d'aide à la décision peuvent rendre accessibles les connaissances appropriées au moment de la décision, et aussi aider le médecin à classer les options possibles. Mais c'est le médecin qui prend la décision, pas l'ordinateur. Pour prendre la plupart des décisions il faut avoir des connaissances pratiques et une expérience qui ne sont pas explicites. Dans ce domaine, l'informatique n'est d'aucune utilité. Nous pouvons donc porter un regard neuf sur des domaines pour lesquels les nouvelles technologies de l'information seront vraisemblablement utiles, mais garder à l'esprit les vastes domaines où le médecin doit être libre de pratiquer des compétences traditionnelles et intuitives, et d'exercer son jugement.

Seuls les résultats comptent vraiment

Le test pour une prise de décision, c'est que le patient soit content et que sa santé se soit améliorée. Même si la décision est une décision pratique, le savoir théorique peut aider à évaluer les résultats objectivement, par exemple en utilisant des essais contrôlés randomisés et des méta analyses. Un système d'information pratique étendu permettra d'enregistrer automatiquement les résultats, et de collecter progressivement les données pour évaluer la validité des protocoles et affiner les processus de prise de décision.

Les médecins généralistes et les enseignants en médecine générale en particulier sont confrontés à la perspective de posséder un outil nouveau et puissant qui les aide à utiliser leur savoir plus efficacement, et en même temps à la nécessité de se former à la fois dans des compétences neuves et traditionnelles, comme le recommande le sommet Edimbourg⁴. Cette nouveauté constitue un défi pour l'avenir, au même titre que la gestion du changement, le développement du travail d'équipe et de la gestion, la communication avec le patient individuellement et dans l'organisation, et l'utilisation des aides à la décision basées sur les connaissances. ●

Bibliographie

1. Göransson B., *The practical intellect : computers and skills*, London, Springer-Verlag, 1993.
2. Schön DA., *Education the Reflexive Practitioner*, San Francisco, Jossey-Bass, 1990.
3. Gale J., « Medical Diagnosis : from student to clinician », *Oxford Medical Publications*, Oxford, 1993.
4. Christie B., « Conference calls for changes in medical education », *British Medical Journal*, p. 307-468, 1993.



Concepts délimitant le codage et la structuration de l'information clinique en médecine de famille

.....

Cet article tente de cerner de manière compacte les éléments qui entrent en ligne de compte lorsqu'on aborde le traitement de l'information en soins de santé primaires au niveau des médecins de famille. La complexité du champ conceptuel et du champ opératoire de la médecine de famille, l'inclusion du temps comme élément caractéristique, la terminologie, le codage et le flux de l'information, les notions de problème de santé et d'épisode sont successivement abordés.

.....

provenant du domaine bio-mathématique, il est plus complexe de synthétiser certains aspects anthropologiques parce qu'ils sont pour la plupart purement conceptuels et culturels. De plus, la rencontre entre ces deux êtres que sont médecin et patient est une rencontre hautement symbolique dont l'interprétation et donc la création de sens, c'est-à-dire d'information clinique, est sujette à d'importantes variations suivant les trajectoires personnelles des deux protagonistes.

A titre d'exemple, l'intégration et l'interprétation de données provenant d'un service spécialisé comme la cardiologie est déjà difficile, mais peut être aisément réalisée en tenant compte du caractère fini des informations recueillies. Images, paramètres sanguins et ondes électriques sont facilement computérisables. Les faits recueillis se résument à des entités diagnostiques pour lesquels des instruments nosographiques sont clairement définis (CIM-10* par ex).

Il n'en va pas de même lorsqu'il s'agit de transformer en information les faits socioculturels, anthropologiques ou des conduites symboliques. Comme le soulignent les participants de GALEN, un consortium

*Marc Jamoulle
et Michel
Roland, médecins
de famille, école
de santé publique
de l'Université
libre de
Bruxelles.*

**CIM-10 :
dixième version
de la
classification
internationale
des maladies.*

Un champ complexe

Le codage de l'information est le préalable indispensable à la genèse de l'information en médecine de famille. L'information ne devient computationnelle que si elle peut être traitée par l'ordinateur comme une entité reproductible et mobilisable.

La difficulté de la médecine de famille réside dans le fait qu'il s'agit d'une discipline scientifique complexe. On peut considérer la médecine de famille comme une méta-science¹ en ce sens qu'elle doit intégrer aussi bien les sciences bio-mathématiques et statistiques que les sciences anthropologiques² (voir figure 1) et en même temps être en mesure de fournir une analyse, une pensée et un regard sur cette intégration dans ses rapports avec les personnes au service desquelles elle se place.

S'il est relativement aisé de transformer en information computérisable les éléments

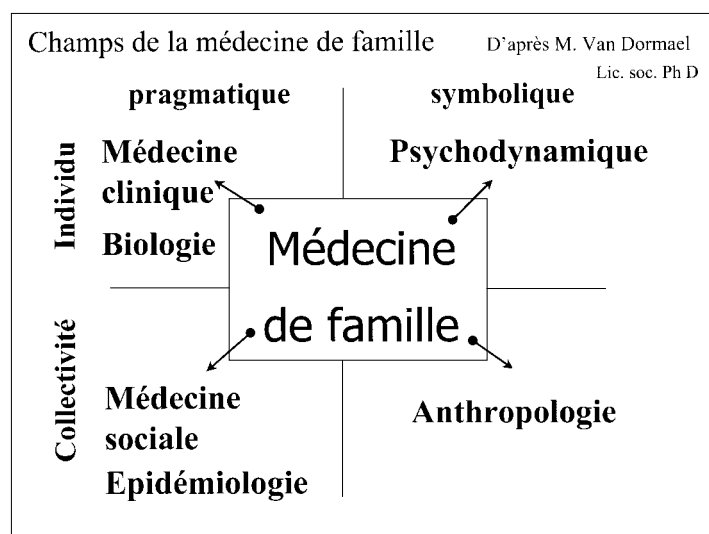
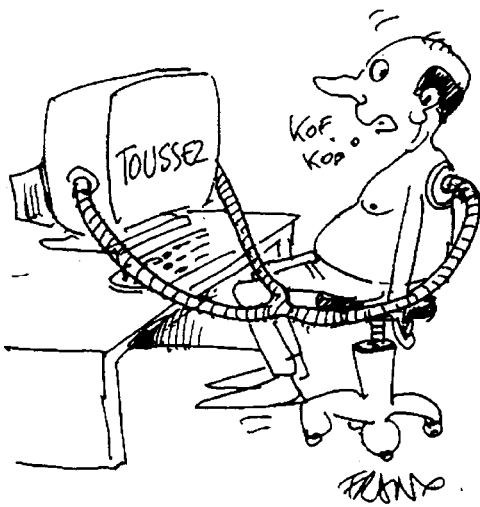


Figure 1 : Les champs conceptuels de la médecine de famille sont à l'interaction de l'être (champ symbolique) et du faire (champ pragmatique) et mettent en tension l'approche de l'individu et de la collectivité (adapté de Monique Van Dormael).

Concepts délimitant le codage et la structuration de l'information clinique en médecine de famille

européen de recherche en informatique médicale hospitalière : « (...) *Il est assez difficile de développer une structure classificatoire qui couvre le conflit conjugal, le refus d'aller à l'école, le stress au travail ou une mauvaise relation avec un patient âgé dément. Aucune technique ne peut compenser le manque de modèle médical sous-jacent (...)* »**.



Le médecin de famille se doit d'intégrer dans sa pratique des éléments qui appartiennent au domaine de l'humain et qui conditionnent le plus souvent le succès de ses interventions. Cette médecine est « générale » dans la mesure où elle s'adresse tout le champ de la médecine et se doit donc d'intégrer les informations provenant de toutes les spécialités et sous-spécialités de la médecine. Il lui revient aussi d'interpréter et de donner un sens aux conduites symboliques des personnes qui lui font confiance et lui donnent sa dimension de thérapeute. Cette médecine est « de famille » dans la mesure où elle s'adresse à l'humain et son groupe de survie élémentaire, la famille, même si cette dernière, particulièrement dans le monde occidental, est réduite à une seule unité.

Les concepteurs de GALEN se trompent en affirmant l'absence « *d'un modèle médical sous-jacent* ». Cette phrase montre bien le fossé existant entre les développeurs du réseau hospitalo-universitaire et leur collègues

appartenant au terrain de la recherche en médecine de famille. C'est justement la spécificité de la WONCA*** et de son groupe de travail en classification⁴ d'avoir mis sur pied un modèle conceptuel permettant l'intégration des informations générées par ce domaine si complexe. La classification internationale des soins primaires (CISP-2)⁵ est en ce sens bien plus qu'une classification et plus qu'une méthodologie de traitement de l'information. C'est une proposition de regard différent sur la pratique médicale, orientée clairement vers le sujet souffrant. C'est en ce sens qu'on évoque le thème du changement paradigmatique⁶. Le paradigme proposé pose la médecine de famille comme une méta-science orientée vers l'être humain et faite pour et avec lui.

Une responsabilité élargie au temps

Le médecin de famille est censé gérer l'information de son patient. On vient de voir que la complexité de ce travail est considérable puisqu'il s'agit de gérer l'information en provenance de toute l'activité spécialisée et de l'intégrer aux disciplines de l'humain. Encore faut-il introduire un élément majeur qui vient rendre la problématique encore plus ardue : le temps.

La médecine de famille se joue dans le temps et avec le temps comme premier thérapeute. Cette dimension du temps est peut-être une des dimensions les plus profondes et les plus productives. On ne parle pas ici seulement de l'intégration du savoir sur un groupe social ou une famille que permettent vingt cinq ans de pratique continue dans le même environnement. Il s'agit aussi de l'intégration du temps à la pratique curative et à ses procédures diagnostiques et thérapeutiques. Le croisement de procédures judicieusement élaborées en fonction d'objectifs définis et de leur moment de réalisation forme le fondement même de toute inclusion de la prévention (primaire à quaternaire) dans la pratique médicale⁷.

La question de l'inclusion du temps comme élément déterminant de la pratique et donc de l'informatique médicale en soins primaires pose la question de l'évanescence des informations et de leur instabilité relative.

** Source : The Shared Medical Model, The Galen Organisation, CD-ROM, Septembre 1998³.

*** WONCA : World organization of national colleges, academies and academic associations of général practice/ family physicians.



Si on ajoute à cela le fait que les décisions prises en médecine générale sont constamment marquées du sceau de l'incertitude, on comprendra aisément pourquoi l'informatique médicale généraliste s'est développée extrêmement lentement et n'est pas encore arrivée à un niveau de maturité suffisant pour être clairement opérationnelle.

Le codage et le flux de l'information

On sait que le codage des informations médicales est, en clinique, une opération fastidieuse, itérative, non immédiatement productrice de sens et qui paraît complètement aberrante à réaliser. Et en effet, passer son temps à ranger des éléments dans des cases n'a rien de particulièrement intéressant pour un clinicien. Le médecin occupé à traiter un patient a d'autres chats à fouetter que de se livrer à ses exercices d'apparence un peu puérile et mangeurs de temps.

La question n'est pas tant d'obtenir des médecins qu'ils codent une information que de leur faire saisir l'importance du codage de ce qu'ils manipulent. Il n'est en effet pas aisé pour qui n'a pas abordé le champ informatique de se figurer ce qu'est une information et d'imaginer les implications possibles du traitement des informations recueillies. Et pourtant, caractériser un élément c'est lui conférer un sens, donc lui donner valeur d'information. Le codage, volontaire ou automatisé, est le point de départ obligé du flux informatif du système considéré.

Dans ce domaine, les fantasmes les plus déments prennent souvent le pas sur les raisonnements élémentaires et le spectre de « big-brother » est le plus souvent agité comme un épouvantail paralysant toute démarche sensée.

Il est bien évidemment hors de question de proposer aux cliniciens du quotidien de se livrer à un exercice aussi fastidieux que celui de coder leur information au quotidien. La collection d'informations codées ne prend son sens actuellement que dans la recherche, particulièrement en médecine générale.

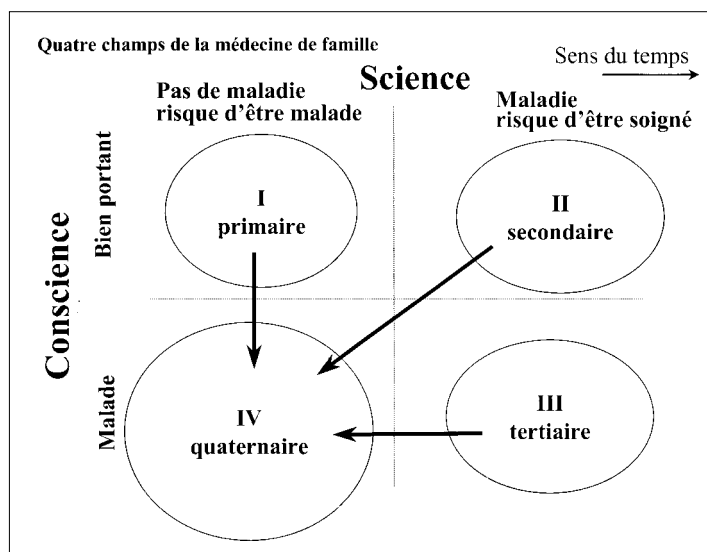


Figure 2 : En terminologie de troisième génération, le problème à coder est traité par l'ordinateur lui-même selon un réseau sémantique et le codage est semi-automatique en fonction de la classification choisie.

Heureusement, l'homme a inventé des machines qui sont capables de l'aider et bientôt de le remplacer dans cette étape aussi limitante qu'indispensable. La technique du codage a évolué en quelques décennies⁸. Du recueil d'information par la méthode papier crayon encore absolument nécessaire et magnifiquement productive comme dans la récente étude réalisée par les médecins de famille roumains⁹, on en est maintenant à technique de codage partiellement transparent totalement informatisé à partir de texte libre. Il est clair qu'on va à terme vers la reconnaissance vocale et le codage semi-transparent pour l'utilisateur.

Coder l'information en médecine de famille ne représente pas de problème technique monstrueux et peut être fait avec un système élémentaire analogue d'une mobylette (terminologie de première génération)¹⁰ même si une Rolls (terminologie de troisième génération - voir figure 2)¹¹ est parfois bienvenue. C'est dans cette optique que notre équipe a développé le LOCAS-PC¹², un système terminologique évolué et multilingue destiné au codage semi-automatique en soins primaires.

Concepts délimitant le codage et la structuration de l'information clinique en médecine de famille

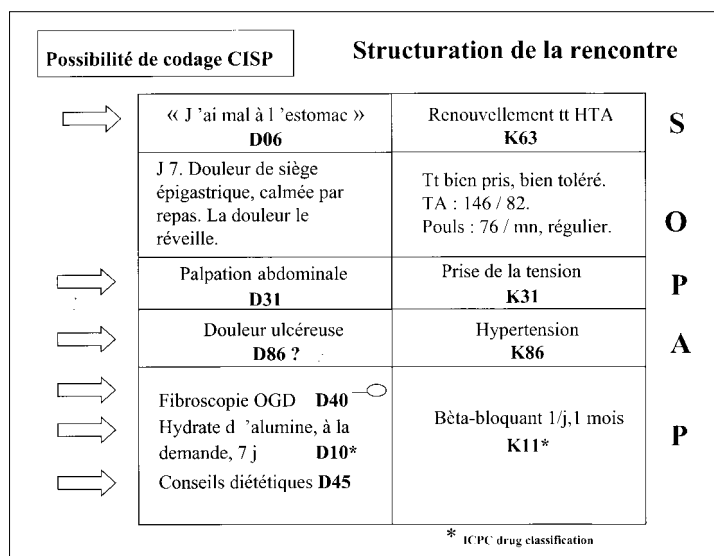


Figure 3 : Les problèmes, souvent multiples, évoqués lors de la rencontre, structurés selon le schéma SOPAP, sont codables par la CISP et par l'ICPC-Drug classification. Ils peuvent initier un nouvel épisode ou suivre un ancien (adapté de H.Falcoff).

Structurer

Structurer l'information est le préalable obligé dans tous les cas. En médecine de famille, les patients ne consultent que rarement de façon exclusive pour une « maladie ». Ils présentent au praticien ce qu'ils pensent être relevant de la pratique qu'ils imaginent que ce praticien doit avoir. De cette façon, la source de ce qu'il est convenu d'appeler le « problème de santé » est diffuse et multiple et sera variable au gré de l'expérience de vie, d'autres recours possibles ou de la perception particulière qu'on a de ce praticien là.

● Genèse de l'information clinique

L'information clinique va émerger lors du contact¹³. Que le contact soit rencontre ou interrogation à distance (téléphone, courriel, tierce personne) il y aura consensus entre patient et médecin, entre émetteur et récepteur, sur le ou les (en moyenne 1.7) problèmes à gérer. La qualité du contact et donc de l'information sera directement corrélée à la qualité de la communication entre acteurs, à la capacité d'identification des problèmes et à la capacité à gérer le ou les problèmes bien plus qu'à la capacité du médecin à établir un diagnostic.

● L'unité : le problème

Pour autant qu'il y ait consensus sur ce qu'il est convenu d'appeler un problème^{14 15}, il faut encore que ce problème, même modifiant pour le moment dans la vie du patient (problème actif versus passif) soit abordé (problème ouvert versus fermé) au cours d'une ou plusieurs rencontres (R1, R2, R3...) (voir figure 4) et que de son évocation (**subjectif**), identification (**objectif**), manipulation (**procédures**) sorte une proposition (**appréciation**) de modification (**procédures**) éventuellement évaluable (schéma SOPAP). En effet les personnes porteuses de problèmes les affectant actuellement ne sont pas toujours disposées à les aborder au moment même du contact. Dans ce contexte, le diagnostic n'est que l'expression

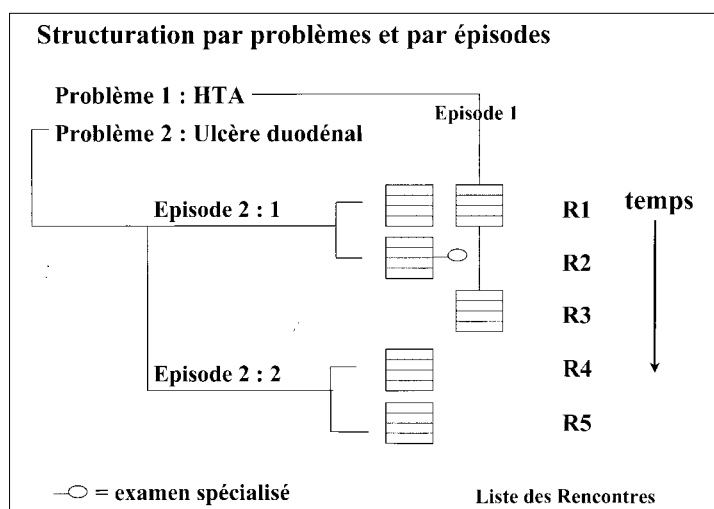


Figure 4 : Les épisodes se construisent dans le temps, au décours des rencontres sur base des problèmes identifiés (adapté de H. Falcoff).



de la médicalisation opératoire d'un problème vécu comme de santé.

● Le problème se croise avec le temps : l'épisode

Si on définit un épisode¹⁶ (voir figure 5) comme un problème évoluant dans le temps, il ne prend la dimension d'épisode de soins (E1-E2...) que pour autant que le patient donne au thérapeute le droit d'interférence. Seul le retour à la vision de l'entièreté de la vie du patient permettra de retrouver la notion du long terme et de l'entier (épisode de maladie). Cet épisode de soins pourra être plus ou moins important (signifiante), plus ou moins certain (probabilité), plus ou moins grave (sévérité)¹⁷ chez un sujet plus ou moins invalidé (fonction)¹⁸. L'ensemble des épisodes (maladies ou risques) d'un patient, codé selon la CISP ou l'ICPC Drug Classification¹⁹ munis de ses dates d'ouverture et de fermeture éventuelles et affublé de ses qualificatifs formera le tableau de bord de la gestion de santé au quotidien d'un individu (liste des problèmes) ou d'une collectivité (index diagnostique de la population)²⁰.

● La prévention ; gestion dans le temps de l'épisode de maladie ou de risque

L'intervention (procédure) peut gérer (identifier, expliciter, résoudre, accompagner) le risque d'être ou ne pas être malade (prévention primaire et quaternaire) ainsi que la maladie (procédures diagnostiques et thérapeutiques) y compris le risque d'être ou ne pas être soigné (prévention secondaire et tertiaire).

● Le tableau de bord du patient

Les identifications nécessaires, du patient et des acteurs clef, associées à la liste des problèmes et des interventions y compris la thérapeutique médicamenteuse (index thérapeutique) forment une sorte de tableau de bord qui doit s'incrémenter en permanence de nouvelles informations et auquel toutes interventions ultérieures doivent être reliées.

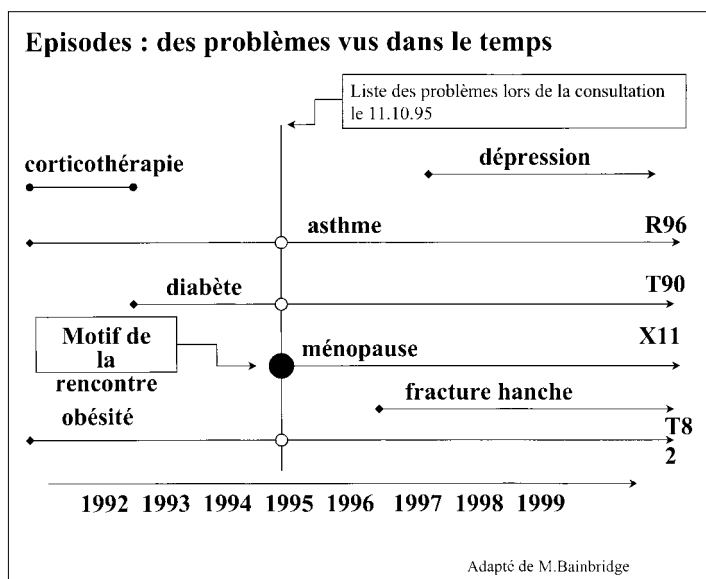


Figure 5 : En médecine de famille, un patient suivi, ici « pour son asthme », présente généralement plusieurs problèmes de santé actifs concomitants qui, vus dans le temps, prennent le nom d'épisode. On parlera de co-morbidité (Adapté de M. Bainbridge).

Naissance de l'information

On voit que structurer l'information c'est la faire naître à partir de la formalisation de son unité première, le problème de santé. Cette structure devient dynamique par l'injection de la composante temps. L'épisode émerge alors en tant qu'élément central de l'intervention transformatrice.

On définit ainsi une sorte d'axe permanent orienté dans le temps (le tableau de bord du patient) qui forme la base de l'intervention à long terme et de la continuité factuelle du système de soins primaires. Sur cet axe viennent se greffer les interventions des différentes composantes du système de soins secondaires.

Concepts délimitant le codage et la structuration de l'information clinique en médecine de famille

Bibliographie

1. Fourati A., *Introduction à l'étude de l'information médicale, réflexions épistémologiques et éthiques*, Centre de publications universitaire, Tunis, 1998.
2. Van Dormael M., *Médecine générale et modernité. Regards croisés sur l'Occident et le Tiers Monde* [Dissertation], Bruxelles, Université libre de Bruxelles, 1995.
3. The Galen organisation, *Advanced terminological services to support integrated clinical information systems*. Par internet, <http://www.galen-organisation.com>, accédé le 09 novembre 1998.
4. Site internet du WONCA International Classification Committee : par internet (<http://www.wonca.org>).



5. WONCA International Classification Committee, *Classification internationale des soins primaires*, deuxième édition (CISP-2), Care Editions, Bruxelles, (à paraître) (en anglais : ICPC-2, Oxford University Press, 1998).
6. White KL. (ed.), *The Task of Medicine. Dialogue at Wickenburg*, The Henry J Kaiser Foundation, Menlo Park, California, 1988.
7. Jamouille M., « Information et informatisation en médecine générale », [Computer and computerisation in general practice] in *Les informa-g-iciens*, Presses Universitaires de Namur, p. 193-209, 1986.
8. Lamberts H., Wood M., Hofmans-Okkes I. (eds), *The International Classification of Primary Care in*

the European Community, Oxford Medical Publication, 1993.

9. Olariu M., *Etude pilote de morbidité en médecine générale et de famille en Roumanie*, présentée lors de l'atelier du CISP-Club, St Etienne (France), novembre 1998. Par internet, <http://www.ulb.ac.be/esp/cisp/olariu.html>, accédé le 14.03.99.
10. Roland M., Jamouille M., Dendeau B., *Approches taxinomiques en médecine de famille assorties d'une terminologie standardisée et classifiée selon la CISP à usage informatique en soins de santé primaires*, Care Editions, Bruxelles, 1996.
11. Ceusters W., Spyns P., De Moor G., Martin W. (eds), « Syntactic-Semantic Tagging of Medical Texts : The Multi-Tale Project », *Studies in Health Technology and Informatics*, vol 47, IOS Press, 1998.
12. LOCAS-PC, *Linguistic Oriented Code Acquisition System for Primary Care*. Par internet, <http://www.ulb.ac.be/esp/cisp/locas.en.html>.
13. Un lexique est disponible sur demande pour les mots employés dans cette partie de l'article.
14. Weed LL., *Medical records, medical education, and patient care. The problem oriented medical record as a basic tool*, The press of Case Western University, 1969.
15. Falcoff H., « Le dossier orienté problème existe, je l'ai rencontré » in *L'informatisation du cabinet médical du futur* (Eds. Venot A, Falcoff H), Informatique et Santé, Springer-Verlag, Paris, n°11 : p. 149-157, 1999.
16. Bainbridge M. et al., « The Problem Oriented Medical Record - just a little more structure to help the world go round ? » in *The Proceedings of the 1996 Annual Conference of The Primary Health Care Specialist Group of the British Computer Society*. Par internet : <http://www.ncl.ac.uk/nphcare/PHCSG/conference/camb96/mikey/html>, accédé le 13.03.99.
17. Parkerson GR. Jr, Broadhead WE., Tse C-KJ., « The Duke Severity of Illnes Checklist (DUSOI) for measurement of severity and comorbidity » in *J.Clin.Epidemiol.*, n°46 : p. 379-393, 1993.
18. Nelson EC., Wasson J., Kirk J. et al., « Assessment of function in routine clinical practice. Description of the COOP Chart method and preliminary findings » in *J. Chron. Dis.*, n°40 (suppl.1) : p. 55S-66S, 1987.
19. De Maeseneer J., « The ICPC Classification of Drugs » in Lamberts H., Wood M., Hofmans-Okkes I., *The International Classification of Primary Care in the European Community*, Oxford Medical Publication, p. 163-170, 1993.
20. Metsemakers JFM. et al., *Health problems and diagnoses in family practice. Registration network family practice [Monography]*. Department of General Practice, University of Limburg, 1992. Sur internet, accédé le 15.03.99.



forcément incomplète : si l'on veut inculquer aux étudiants des connaissances théoriques et pratiques approfondies dans des domaines d'application aussi variés que la cardiologie, la gynécologie, la médecine interne, l'urologie, la neurologie, l'orthopédie, la pneumologie, etc., on doit alors envisager quelques années d'études supplémentaires. Face aux progrès constants de la médecine, la kinésithérapeute répond par une formation de base solide et étendue, mais aussi et surtout par une formation continue, seule garantie de qualité et de compétence.

En cabinet ou à domicile

Et les kinésithérapeutes qui s'occupent de vous dès que vous sortez de l'hôpital, ou pour vous éviter d'y séjourner, qui sont-ils ? Ce sont, en quelques sortes, les « généralistes » de la kinésithérapie : ils doivent faire face non seulement à toutes les pathologies soignées en clinique, mais aussi aux multiples problèmes que l'on ne rencontre qu'en dehors des hôpitaux. C'est à eux que sont envoyés les patients sortant d'hospitalisation, une semaine ou deux après la pose d'une prothèse de genou ou de hanche par exemple, avec mission de remettre le patient en ordre de marche au plus

vite et le plus complètement possible et également de réintégrer le malade dans son milieu de vie. C'est aussi ces kinésithérapeutes-là qui vont soigner les torticolis, les dorsalgies, les entorses, les épicondylites, les séquelles de fracture et qui devront par ailleurs se montrer compétents en relaxation, en rééducation psychomotrice, en drainage lymphatique, en gymnastique pré et post-natale, en gériatrie, en pneumologie, en neurologie, et dans tous les autres domaines d'application qui s'étendent chaque année davantage. Bien sûr, le kinésithérapeute devra se spécialiser dans l'un ou l'autre domaine, car il est impossible de se maintenir à un niveau acceptable de connaissance dans autant de disciplines diverses.

Le kinésithérapeute qui travaille à son cabinet ou au domicile de ses patients peut souffrir de n'être pas entouré comme il le souhaiterait parfois, lorsque l'on rencontre un cas un peu plus difficile à soigner, que l'on se trouve devant une pathologie très rare ou que, tout simplement, on a des doutes quant au traitement à appliquer. Que faire alors ? Appeler un collègue, lui expliquer le problème, y réfléchir à deux ou à plusieurs, trouver de la littérature à ce sujet, contacter un spécialiste. On doit aussi se recycler : pour un kinésithérapeute diplômé depuis vingt ans, tellement de choses ont changé que les cours qu'il a reçus sont presque tous dépassés, la kinésithérapie et les techniques opératoires étant constamment en progrès !

Ce kinésithérapeute, loin du milieu hospitalier, est cependant le plus proche de son patient : il le connaît bien, surtout si le patient est âgé, il connaît l'évolution du patient, ses problèmes antérieurs, son milieu familial. Il tient beaucoup à ce patient qui le fait vivre, travailler, mais il trouve aussi dans cette relation un épanouissement personnel : quel plaisir de rendre sa mobilité à une grand-mère qui s'est fracturé le col du fémur ou au sportif qui a subi une plastie ligamentaire. Quel enrichissement ne tire-t-il pas également de la relation privilégiée qu'il entretient avec son patient ? Et vis-à-vis des ces personnes âgées pour qui il



sera peut-être la seule visite de la journée, le kinésithérapeute ne représente-t-il pas l'espoir d'un mieux être et le trait d'union avec le monde extérieur ?

Prix à payer pour pouvoir exercer une telle fonction ? Du savoir-faire, du dévouement, accepter de travailler tôt le matin et tard le soir, accepter de manger seul, à 21 heures ou plus tard encore, quand toute la famille a terminé son repas, recevoir les cas urgents le week-end, prendre sur son temps libre pour se perfectionner dans des nouvelles techniques, lire, étudier, aller à des congrès, remplir des paperasses pour les mutuelles, le ministère des Finances, les assurances, etc.

le problème de son patient et d'en trouver le traitement adéquat. Il devra aussi s'intégrer plus encore dans la relation personnel soignant-patient, au même titre que d'autres paramédicaux, afin de former autour du patient une véritable équipe.

Gavé de techniques pointues, de sciences diverses et d'un savoir plus étendu, le kinésithérapeute doit cependant garder son « âme » : il doit avant tout être à l'écoute, proche des gens qu'il soigne, ne jamais perdre de vue le sens profond de la vie, en un mot, rester humain. ●

Une profession en perpétuelle évolution

Cette kinésithérapie est certainement une kinésithérapie de première ligne : elle doit résoudre les problèmes sur le terrain en évitant si possible une hospitalisation. Elle doit aussi rendre aux patients une mobilité perdue. Le kinésithérapeute doit être à l'écoute de son patient, savoir interpréter ses paroles, le comprendre, identifier son problème et y apporter une solution dans un laps de temps le plus court possible. Pour une même pathologie, le médecin prescrit aujourd'hui quinze séances de kinésithérapie alors qu'en 1980, on en prescrivait trente ou quarante. Le kinésithérapeute a gagné en efficacité : il le doit à sa formation qui a évolué, mais aussi à la technique qui a changé. Pour cela, il a fallu se tenir au courant, en permanence ; un kinésithérapeute qui ignore la formation continue est un condamné en sursis.

Faut-il imaginer que l'on a apporté une solution à tous les problèmes de la profession ? Certes non ! Les universités, les hautes écoles et les associations professionnelles sont continuellement à la recherche d'améliorations quant à la formation du kinésithérapeute. On incite les kinésithérapeutes à la spécialisation : le travail de demain sera tellement diversifié et complexe qu'il devra être confié à des spécialistes bien formés. Plus que jamais, le kinésithérapeute devra être capable d'identifier avec certitude

La place de la psychothérapie en médecine générale

Nathalie Ortalo-Magné, étudiante en médecine, en collaboration avec Dominique Van Schepdael, médecin généraliste.

Travail pédagogique externe réalisé à l'occasion de stages de médecine générale.



Un jeune patient se présentait avec des plaintes typiques de dépression. Au terme de la consultation, le médecin proposa un rendez-vous rapidement. Le patient ne désirait pas voir un psychothérapeute et refusait toute médication. Il revint.

Plusieurs possibilités s'offraient : soit lui proposer de nouveaux rendez-vous, soit lui expliquer que nos compétences en psychothérapie étaient insuffisantes pour l'aider à résoudre son problème.

A partir de ces questions, nous nous sommes interrogés sur les limites entre la simple écoute attentive et un travail plus psychothérapeutique avec les patients. Quelle attitude un médecin généraliste peut-il adopter devant un patient présentant des plaintes essentiellement d'origine psychique ?



De l'écoute à la psychothérapie en médecine générale

Durant un mois, nous avons rencontré une dizaine de médecins généralistes, trois psychiatres et deux psychologues afin d'approfondir ce sujet à partir de l'expérience et des réflexions de chacun. Voici, en synthèse, quelles furent leurs réponses à quelques questions.

- *Trouvez-vous facilement les limites entre la simple écoute et le début d'un travail plus psychothérapeutique avec vos patients ? L'écoute attentive fait-elle déjà partie du registre de la psychothérapie ?*

Les avis sont variables : certains, grâce à leur expérience et à une psychothérapie personnelle, parviennent facilement à définir le type de relation qu'ils entretiennent avec leur patient, à cerner les limites de leur cadre thérapeutique. Pour d'autres, ces limites sont floues. Ils sont partagés entre le désir de poursuivre un travail plus psychique et le souci d'offrir à leur patient ce qu'il y a de plus adéquat.

- *Lorsque la relation devient plus d'ordre psychothérapeutique, amenez-vous le patient à poursuivre son cheminement avec vous ou proposez-vous le transfert vers un psychothérapeute ?*

La plupart des médecins disent ne pas transférer directement leur patient vers un psychothérapeute et préfèrent commencer un premier travail, tout en expliquant au patient les limites de leur pratique. Ils craignent surtout que ce transfert provoque un sentiment d'abandon chez le patient, mais se heurtent aux limites de leurs propres compétences.

- *Les généralistes psychothérapeutes sont-ils une bonne alternative pour des patients pour qui rencontrer un psychothérapeute professionnel paraît impossible, soit qu'ils sous-estiment leurs problèmes, soit qu'ils aient quelque a priori contre les « psy » ?*

Les patients montrent souvent une réticence à rencontrer un « psy ». Certains médecins affirment que le généraliste est effectivement une alternative plus ou moins bonne, d'autres entendent jouer sur la complémentarité entre psychothérapeute et généraliste.

- *Quel est l'intérêt pour les patients de suivre une psychothérapie chez un généraliste ?*

Les principaux intérêts que peuvent avoir les patients à rencontrer un généraliste avec une demande d'ordre psychothérapeutique sont principalement : de rentrer dans un cadre moins rigoureux que celui de la psychothérapie, d'être sûr qu'une cause organique sera écartée, et ne pas officiellement reconnaître la présence d'un désordre d'ordre mental. Par ailleurs l'avantage peut parfois n'être que simplement financier.



- *Contrairement aux psychiatres ou aux psychologues, le généraliste est proche de son patient ; cette « familiarité » est-elle un obstacle ou un atout pour la prise en charge psychothérapeutique ?*

La proximité du généraliste vis-à-vis de son patient et la connaissance de ses proches représentent effectivement un obstacle à la psychothérapie par le manque de recul et d'objectivité dont peut faire preuve le médecin. Mais la plupart affirment que dans le cadre de leur travail de généraliste et en vue d'une prise en charge globale optimale, cette proximité représente plutôt un atout.

- *Le généraliste a accès à l'intimité corporelle du patient ; cette relation de corps à corps est-elle compatible avec une psychothérapie ?*

L'examen clinique paraît effectivement difficile lors d'une consultation plus psychothérapeutique. Face à cette difficulté, les médecins disent souvent préférer faire revenir la personne à un autre moment pour l'examiner. Un médecin travaillant en groupe demande à des collègues de faire l'examen clinique chez certains de ses patients.

- *Une fois que vous suivez vos patients en psychothérapie, continuez-vous à assurer leur suivi purement médical ? Dissociez-vous les consultations psychiques et somatiques ?*

De façon unanime, les médecins se sentent souvent mal à l'aise devant des plaintes d'ordre somatique qui s'insèrent dans le « discours psychique », mais par ailleurs, il paraît difficile de faire accepter au patient de distinguer des consultations d'ordre psychothérapeutique, et celles d'ordre plus somatique.

Pour les médecins qui pratiquent des psychothérapies avec leur patient, la nécessité d'un contrat thérapeutique paraît évidente. Celui-ci doit inclure éventuellement la demande de rigueur et le respect de la dissociation des plaintes somatiques et psychiques, la durée des consultations, la fréquence et enfin les modalités de paiement.

- *Un patient qui souhaite arrêter le travail psychothérapeutique ne risque-t-il pas de perdre en même temps son psychothérapeute et son médecin généraliste ?*

Chez un psychothérapeute, le patient peut s'attendre à une relation intense mais limitée dans le temps. Pour un généraliste la difficulté de garder son patient après une relation d'ordre psychothérapeutique est souvent décrite. Cette difficulté s'accroît surtout s'il n'y a pas eu de suivi somatique comme généraliste avant d'entrer dans une relation psychothérapeutique.

- *Quand et comment favorisez-vous le transfert vers un psychothérapeute, psychiatre ou psychologue ?*

Certains généralistes éprouvent des difficultés à référer leurs patients à un psychothérapeute. Un travail préalable entre le patient et son médecin semble nécessaire avant le transfert vers un psychothérapeute. Cela permet de mieux définir le problème et d'aider le patient à formuler une demande psychothérapeutique. On insiste souvent sur l'intérêt d'introduire la possibilité de référence au psychothérapeute et le nom du « psy » dans la relation, dès que celle-ci devient d'ordre psychothérapeutique, afin que s'établisse lentement un travail de triangulation. Le transfert serait par la suite mieux accepté par le patient. Certains médecins généralistes soulignent le risque de débiter une relation d'ordre psychothérapeutique avec un patient, qui, au moment de l'envoi chez un psychothérapeute, ne souhaiterait plus reprendre le travail à zéro. Les psychiatres que nous avons rencontrés ont des avis divergents sur l'intérêt de ce travail préalable.

- *Vous soumettez-vous à une supervision personnelle ou par les groupes Balint * ou autres ?*

La supervision paraît être une démarche importante. Toutefois aucun médecin généraliste ne nous a dit se soumettre à une supervision personnelle ; certains insistent sur un travail personnel préalable. Plusieurs expliquent l'intérêt d'une supervision par les groupes Balint, ou via la pratique d'une médecine de groupe.

**groupe Balint : groupe de soignants se réunissant avec un ou deux animateurs pour étudier la relation soignant-soigné par l'analyse du transfert et du contre-transfert, au travers des cas apportés par les participants. L'objectif est d'améliorer la qualité thérapeutique de la relation. (Michael Balint est un psychanalyste qui a développé les groupes qui portent maintenant son nom).*

- D'après votre pratique, estimez-vous nécessaire que les étudiants en médecine aient une formation en psychothérapie ?

Une ouverture d'esprit est à offrir aux étudiants, un apprentissage à la communication et à l'écoute semble nécessaire. Si on envisage une formation supplémentaire pour le généraliste, certains médecins pensent qu'elle doit être assurée par un médecin généraliste et non par un psychologue qui risquerait de s'éloigner trop de la pratique quotidienne.



(1) Précis de psychiatrie clinique de l'adulte, édition Masson, 1989.

(2) Dans notre prochain numéro, nous consacrerons quelques pages aux apports des groupes Balint dans l'approche psychothérapeutique à portée des soignants de première ligne, médecins ou non-médecins.

Psychothérapie et attitude psychothérapeutique

Au sens étymologique du terme (le traitement de l'âme), on parle de psychothérapie lorsqu'un travail psychique s'effectue chez le patient, dans un but thérapeutique de changement, souvent imprécis au début mais qui va apparaître au fur et à mesure des séances et grâce à la participation du thérapeute. L'écoute attentive fait certes partie du registre de la psychothérapie, mais elle ne constitue pas à elle seule une psychothérapie, parce qu'elle n'a pas l'objectif premier d'un changement.

On peut reprendre une définition assez restrictive de la psychothérapie donnée par le psychiatre P.B Schneider : « La psychothérapie est une méthode médicale de traitement des troubles psychiques et physiques dus à des conflits intra-psychiques conscients et inconscients non résolus, nécessitant de la part du patient un engagement volontaire, une collaboration, le désir et la possibilité d'établir avec le psychothérapeute une relation interpersonnelle subjective bien particulière qu'on appelle la relation psychothérapeutique, laquelle permet l'établissement d'un processus psychothérapeutique où le langage intervient comme mode préférentiel de communication. Le but idéal de la psychothérapie est de permettre au patient de résoudre lui-même les conflits intra-psychiques en tenant compte de son idéologie et non pas de celle du psychothérapeute »¹.

On remarque l'importance de plusieurs aspects : la relation interpersonnelle dans le processus thérapeutique, l'optique psychodynamique, le rôle de l'attitude personnelle du psychothérapeute, et la puissance du verbe.

On peut à partir de cette définition, mieux spécifier le travail d'ordre psychique que peut effectuer un généraliste et le travail d'un psychothérapeute spécialisé, notamment en distinguant les attitudes psychothérapeutiques et les psychothérapies systématisées.

L'attitude psychothérapeutique, à la portée des généralistes, correspond à une manière globale d'être, de percevoir et d'agir avec son patient en rapport avec une certaine connaissance de son fonctionnement mental et de la relation qui en résulte avec le thérapeute. C'est Balint qui dans son travail de confrontation d'analyste avec la psychothérapie du médecin praticien a montré la valeur psychothérapeutique possible de telle remarque, de tel refus, de tel conseil, de telle temporisation².

Cette attitude psychothérapeutique est à distinguer de ce que l'on pourrait appeler, **les psychothérapies systématisées** qui s'ordonnent selon deux types de critères :

- des critères obligés : de temps et d'espace, rencontres régulières en un lieu précis et selon



une fréquence précise, demande du patient et réponse du thérapeute, notion de contrat, passage par la parole, et établissement d'un projet, le but thérapeutique ;

- des critères variables : utilisation de la relation transférentielle, reconnaissance de l'inconscient.

La distinction entre attitude thérapeutique et psychothérapie systématisée prend toute son importance pour le médecin généraliste chez qui la mise en place d'un cadre systématisé et le respect des critères obligés paraît difficile, pour ne pas dire impossible.

Les attitudes psychothérapeutiques maintiennent l'exercice du thérapeute dans son cadre habituel et paraissent parfaitement adaptées à la médecine générale.

Lorsqu'il est question de psychothérapie systématisée, le médecin généraliste sort de ce cadre habituel pour délimiter un espace nouveau.

Cet espace nouveau, il faut se rendre à l'évidence, ne reproduira jamais le cadre d'une psychothérapie systématisée pour diverses raisons :

- tout d'abord par la proximité que le médecin entretient avec son patient, par la connaissance de ses proches, de son passé personnel que familial ;
- par la pénétration de l'intimité corporelle lors de l'examen clinique ;
- par la difficulté de maintenir le cadre rigide de parole lorsque les plaintes somatiques viennent se mêler au problème psychique ;
- par l'espace qui entoure le généraliste : sa salle d'attente, son bureau, la table d'examen ;
- par la relation de continuité dans le temps que devrait idéalement offrir le généraliste, le travail psychothérapeutique étant voué à connaître un terme.

Autant ces différentes raisons font obstacle à la démarche psychothérapeutique systématisée, autant elles représentent des atouts dans l'attitude thérapeutique dont fait preuve le généraliste.

Pourquoi vouloir détenir de nouveaux espaces thérapeutiques et rentrer dans une psychothérapie systématisée ? Le généraliste devrait à notre sens centrer son intérêt sur l'attitude thérapeutique qu'il peut offrir à son patient, dans son propre espace en vue d'un accompagnement inscrit dans la durée. Par exemple, en ayant une bonne connaissance du psychisme, et des différents types de personnalité, en s'interrogeant sur le type de relation que l'on crée avec son patient, en analysant le transfert et le contre-transfert. L'analyse des sentiments, des émotions que l'on éprouve pour ses patients favorise une attitude empathique. Aussi le généraliste, s'il veut être un psychothérapeute adéquat pour ses patients, devra non pas tenter de créer tant bien que mal un cadre systématisé mais travailler son « attitude thérapeutique ».

D'autre part, il n'est pas impossible au généraliste de procéder à des psychothérapies systématisées : s'il acquiert une formation spécialisée en psychothérapie, s'il reçoit ses patients en psychothérapie dans un cadre différent, à des heures différentes de ses consultations de médecine générale, et s'il n'assure pas leur suivi médical.

Supervision

L'intérêt d'une supervision personnelle ou d'une intervision semble fondamental pour aider le généraliste. Ces expériences l'amènent à mieux se connaître lui-même en confrontant sa pratique à un regard nouveau. Elles permettent de travailler des questions essentielles telles que le contre-transfert, l'aidant ainsi à prendre du recul vis-à-vis des relations qu'il entretient avec ses patients. Permettre au patient de poursuivre un cheminement psychothérapeutique avec soi sans se soumettre à une supervision ou une intervision nous semble relever de l'empirisme. La médecine de groupe paraît plus propice à la remise en question de son travail et de sa pratique dans sa relation avec les patients. A défaut de supervision, ce type de pratique semble une bonne alternative.

Le transfert vers un psychothérapeute

Interrompre la relation avec un patient, lorsque les plaintes deviennent d'ordre plus psychique peut apparaître à ses yeux comme un abandon. Il importe de faire entendre au patient que nous prenons conscience de l'évolution de la relation, qu'il est temps de définir quels sont les buts thérapeutiques à poursuivre et les moyens disponibles.

L'information que l'on apporte au patient sur l'intérêt d'une démarche vers un psychothérapeute influencera son opinion. Cette information sera conditionnée par notre propre avis et notre propre expérience des psychothérapeutes. Il est essentiel de ne pas donner au patient l'illusion qu'il trouvera chez son généraliste une relation similaire à celle qu'un psychothérapeute peut lui offrir, et d'avoir l'humilité de lui faire entendre que les compétences d'un généraliste et d'un psychothérapeute peuvent être complémentaires mais non semblables.

A la lumière d'informations éclairées, on peut laisser le champ libre au patient de poursuivre chez le généraliste ou de faire la démarche de rencontrer un « psy ».

Comment favoriser le transfert vers un psychothérapeute chez des personnes qui au départ se montrent réticentes à cette démarche ? Tout en travaillant à définir le problème, l'introduction du psycho-thérapeute comme troisième personne potentielle peut amener le patient petit à petit à accepter la démarche et favoriser ainsi un transfert ultérieur. Cette « triangulation » l'amènera, consciemment ou inconsciemment, à admettre le passage du généraliste au psychothérapeute.

Le médecin généraliste : un psychosomaticien ?

Le médecin généraliste est au premier rang pour accueillir et gérer des problèmes relevant de l'ordre du psychosomatique. Une part importante des consultations médicales de première ligne sont motivées par des plaintes d'ordre psychologique ou émotif qui se manifestent par des symptômes physiques. Dans notre société et notre culture, quand les médecins, ils le font au travers des symptômes et des maladies en parlant ainsi un langage connu du médecin et admis par le contexte culturel. Un travail de traduction du trouble somatoforme en difficulté de vie est donc à entreprendre.

Le généraliste peut voir ici tout un registre de la psychothérapie pour lequel il sera l'acteur principal.



Formation

Surcharger de briques supplémentaires les étudiants ne serait pas très adéquat. Mieux vaudrait intégrer plus fréquemment le volet psychique et psychosomatique des maladies présentées lors des cours, afin de ne pas attendre le début de la pratique pour se rendre compte de l'impact du psychisme sur l'évolution d'une maladie.



Le schéma classique « hypothèse diagnostic traitement » des cours cliniques semble fort éloigné de la pratique quotidienne du généraliste. En médecine générale, la maladie doit être recentrée sur la personne, et ne correspond plus exactement aux critères livresques.

Le développement d'ateliers sur l'apprentissage de l'écoute et de la communication nous semble nécessaire.

Il serait bon d'éveiller chez les étudiants un esprit plus critique envers les connaissances acquises durant le cursus, de créer une ouverture vers d'autres aspects par exemple d'ordre plus social du rôle du médecin.

Enfin, nous soulignerons l'intérêt de susciter une réflexion et une recherche personnelle du jeune médecin. Une confrontation de la pratique par une supervision personnelle voire par une intervision entre confrères nous semble très utile dans l'intérêt du médecin et de ses patients. ●

Bibliographie

- 1 Balint M., Balint E., *Techniques psychothérapeutiques en médecine*, Petite bibliothèque Payot, 1976.
2. Moreau A., *Formation psychologique en médecine et groupe Balint*, Ed. Nauwelaerts, 1990.
3. Israel L., *Le médecin face au malade*, Ed. Dessart, Bruxelles, 1968.
4. *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*, Ed. Masson, 1989.
5. Heureux Ph., *Patient Care*, Ed. Belge, Avril 1999.

Quelle formation? Pour quelle médecine générale? Pour quelle qualité de soins aux patients ?

Évolution et situation de la formation à la médecine générale en Europe

Jacques Morel,
médecin
généraliste,
secrétaire
général de la
Fédération des
maisons
médicales et du
Secrétariat
européen des
pratiques de
santé
communautaires.

*Cet exposé a été
présenté à la
table ronde sur la
médecine
générale
organisée en
1995 par le
département de
médecine
communautaire
de la faculté de
médecine de
Monastir.*

.....

Le propos de cet exposé sera de mettre en parallèle quelques faits historiques de la pratique de la médecine générale, quelques déterminants de l'évolution de la pensée en matière de pédagogie médicale et l'évolution de la situation de la formation à la médecine générale.

.....

Enseignement et qualité ne vont pas nécessairement de pair. La qualité est en relation avec les soins aux patients. Soigner c'est accompagner, aider les gens à atteindre leur propre but dans la vie. En effet, quel intérêt d'avoir des connaissances médicales si elles ne procurent pas au patient une amélioration de sa santé ?

Le problème de l'enseignement de la médecine générale est qu'il s'appuie sur les critères et normes médicales principalement hospitalières. Nos méthodes d'enseignement sont inadaptées pour fournir une formation à des soins généraux de qualité ; elles sont basées sur une idée très académique qu'il y a une bonne corrélation entre la qualité des soins et les connaissances acquises (et donc très naturellement les meilleurs soins sont dispensés à l'hôpital universitaire). Pour mettre la formation en relation avec la qualité de soins, il est nécessaire d'apporter des changements fondamentaux.

Nous considérerons les trois niveaux d'éducation :

1. Dans le curriculum universitaire : réintroduire l'enseignement clinique à propos de problèmes réels qui relèvent d'une population réelle ;
2. Dans les séminaires spécifiques : s'appuyer sans complexe sur la contribution spécifique de la médecine générale (équilibre théorie/pratique/expérience) ;
3. Dans la formation continue : des procédures d'enseignement qui partent d'une réflexion sur le travail clinique.

L'impact nouveau de la pédagogie médicale

Trois ans de logique, cinq ans pour l'étude de la médecine et un an pour la chirurgie en internat, c'était en 1224, le curriculum de Salerno. Depuis plus de sept cent cinquante ans, les universités enseignent « la connaissance » et beaucoup moins l'application sur un patient en situation.

Sept cents ans plus tard, à la fin du 19^{ème} siècle, Flexner (Carnegie Institut) réécrit le curriculum en fonction du développement scientifique. Son rapport : « Années de base » (1908) propose la physique à la place de la logique ; rien de bien neuf depuis le programme de Salerno.

C'est très récemment, vers les années 1970, que l'Université Mac Masters au Canada publie les conclusions d'un programme de recherche en éducation médicale. Elle propose un programme éducatif basé sur la résolution des problèmes (« Problem-Solving »), c'est-à-dire l'éducation à un processus auquel participe le professionnel et le patient. Travail en petit groupe, clinique dès le premier jour, mise en



situation : il ne s'agit pas d'apprendre pour apprendre, mais d'apprendre comme un processus d'adaptation continue, de questionnement, de choix de solution adaptée. On entre dans une logique différente de la définition de diagnostics.

Ce modèle a effectivement une corrélation positive avec la qualité des soins. Si l'université de Harvard en a montré l'applicabilité, il reste difficile à introduire : ce qui est continu à être enseigné est le plus souvent ce que la profession médicale trouve important pour son développement (promotion ?).

En 1976, le pédagogue Engel publie dans *Médecine et Hygiène* un article qui fait aujourd'hui référence. Il argumente de la nécessité de passer d'un modèle causal, le modèle biomédical classique, à un modèle complexe, capable de prendre en compte les déterminants multiples de la maladie et de la santé. Intégrant les apports de l'approche systémique, il propose une formation à la médecine générale qui s'appuie sur un modèle bio-psycho-social et reconnaisse l'interaction entre ces polarités.

Le programme de l'Organisation mondiale de la santé pour changer l'éducation médicale rappelle la nécessité d'un « enseignement basé sur la communauté ». Ce programme affirme que le besoin le plus urgent est de changer les ordres de priorités et de retenir parmi celles-ci :

- l'humanisation des soins ;
- la participation des usagers ;
- l'accès égal pour tous ;
- la limitation des coûts ;
- la maîtrise de la technologie ;
- la promotion d'une vie saine.

Pourquoi rien de tout cela ne prend-il racine, ni à l'université ni dans les séminaires spécifiques ni en formation continue ? En

Europe, le développement des départements de médecine générale reste marginal et beaucoup se limitent à une vitrine de présentation de la profession par l'organisation de stages pratiques. On n'y trouve pas ou peu l'enseignement « généraliste » de la sémiologie, du raisonnement clinique de la prise de décision, de la participation du patient, de la sociologie médicale ou de la promotion de la vie saine. Pourtant ces matières seraient d'un apport important. Dans beaucoup d'universités « traditionnelles », les quelques changements ne se produisent qu'à la retraite ou à la mort du chef de département ! La médecine générale a un rôle à jouer non pour... tuer les chefs de département mais pour pousser à une adaptation du curriculum des études aux réelles priorités de la société.

Médecine générale ; crise et renouveau (?)

Partout en Europe, 1960-1970 sont les années d'un constat de crise pour la médecine générale. La médecine de famille, personnaliste, holiste et de proximité est perdue dans la logique de sectorisation, d'hyper-spécialisation et d'hyper-technicité ; l'hôpital en devient le lieu central et le mythe.

Dix ans plus tard à la faveur des chocs pétroliers et de la crise économique, l'inflation du coût de la santé commence à interpeller les décideurs politiques, la logique du « plus » est mise en cause et la question du « mieux » peut apparaître. L'efficacité comme un impératif ne nous quittera plus et la visée optimale sera dorénavant celle du mieux au moindre coût.

Réapparaît depuis lors un espace de réflexion autour de la médecine générale : des recommandations des signataires de la

Quelle formation? Pour quelle médecine générale? Pour quelle qualité de soins aux patients ?

conférence de l'Organisation mondiale de santé à Alma-Ata en faveur du développement des soins de santé primaires (1978), jusqu'aux revendications de revalorisation de la profession en passant par un mouvement de recherche spécifique sur la nature et le contenu à donner à la médecine générale (travaux de la WONCA*, par exemple).

En Belgique, cette évolution s'est traduite sur le plan de la formation à la médecine générale par étapes successives :

1. stages volontaires auprès de généralistes bénévoles ;
2. formation complémentaire de deux cents heures de cours ;
3. agrégation en médecine générale post-formation de base et mise en place de « centre universitaire de médecine générale » au sein des facultés, reconnaissance d'un statut de « maître de stage » en médecine générale financé par la sécurité sociale. Le programme de cette formation spécifique s'étalant sur deux ans comprend un stage chez un généraliste ou une pratique accompagnée et des séminaires de médecine générale ;
4. Une formation continue appelée accréditation : la participation à des séminaires de pratiques à concurrence de deux cents unités de formation continue (UFC) par an crédite le généraliste d'un remboursement supplémentaire de ses prestations de 5 %.

Parallèlement, la Communauté économique européenne a émis sur le sujet une première recommandation en 1986. La préoccupation est l'uniformisation de l'enseignement spécifique de la médecine générale ; les motivations tiennent uniquement aux dispositions de libre circulation des personnes et des biens, et nullement à une politique européenne en matière de santé. Ceci en explique aussi les limites.

C'est en 1993 que l'Union européenne publie une directive qui prévoit :

1. Une formation spécifique de deux ans après la formation de base ; celle-ci sera de six ans minimum dont cinq mille cinq cents heures de théorie ;

2. Cette formation devra être plus appuyée sur la pratique que sur la théorie ;
3. Elle comprendra au maximum six mois de pratiques hospitalières ;
4. et au minimum six mois dans la pratique d'un généraliste établi ;
5. Elle devra inclure une formation à l'évaluation et aux systèmes d'information ;
6. Elle devra ouvrir à la dimension communautaire ;
7. Le reste du temps se déroulera dans le cadre d'une pratique supervisée.

En quoi, en Europe, les séminaires spécifiques de formation sont-ils spécifiques à la médecine générale ?

Peut-être les séminaires spécifiques mis en place en Europe vont-ils raffermir la place de la formation en médecine générale sur le plan académique pour le futur. Si ces mesures sont globalement positives, elles présentent aussi des risques réels. Les directives européennes définissent uniquement une durée avec des critères minima et ne décrivent aucun contenu spécifique.

Notons trois remarques :

1. Il y a encore trop d'hôpitaux et trop peu d'environnement généraliste.
Les Danois ont instauré six mois de médecine générale dans un schéma de quatre ans ; une même période minimale est de mise en Allemagne et en Italie. Les Français planifient deux ans de formation spécifique en médecine générale mais on est content lorsqu'elle comprend trois mois de Médecine Générale au sein de deux ans à l'hôpital. Hors de l'Europe des douze : trois mois en Tchèque et un ou deux mois en Autriche ;
2. La deuxième remarque est que les aspects parmi les plus spécifiques de la profession sont les plus difficiles à transmettre. Nous avons besoin, et l'Europe peut y aider, de développer des modèles spécifiques de formation à notre profession ;
3. Il est urgent que se construise un enseignement théorique de la médecine générale. Il s'agira dès lors d'écrire dans d'autres « TEXT BOOK », dans d'autres

*WONCA : World organization of national colleges, academies and academic associations of general practice/family physicians.



syllabi. C'est une forme d'académisation qui est hautement nécessaire pour la médecine générale et qui d'un certain point de vue peut être dangereuse : prenons garde au temps plein « académique » de médecine générale !

l'immatunité et du manque de confiance vis-à-vis des généralistes et est peu de nature à valoriser la richesse des contenus de leur propre pratique.

Formation médicale continue (FMC)

C'est un élément important de la formation puisque après agrégation et licence spécifique, elle va concerner près de quarante ans d'exercice.

Elle doit toucher tous les professionnels et pas seulement les 20-25 % de motivés. On dit que le contenu professionnel pour les spécialités est renouvelé complètement deux fois au cours d'une carrière (et cela va en s'accéléralant). Pour le médecin généraliste le changement est peut-être un peu moins rapide en raison de l'importance du relationnel mais de toute manière, un médecin généraliste qui ne pratique pas de formation médicale continue est un danger pour lui et pour ses patients.

N'oublions pas la problématique de départ : la liaison formation-qualité. Les universités et les organismes professionnels sont capables de brillants programmes, avec contenu neuf, support audio vidéo, voire satellite : tout ceci ne vaudra rien sans la liaison avec la pratique quotidienne et la qualité de soins au patient sujet.

C'est l'évaluation et la réflexion à ce propos qui doivent être le point de départ d'un processus de formation. L'efficacité de la formation continue se mesurera au degré d'impact sur la capacité des praticiens de répondre aux besoins de la population qu'ils desservent.

La formation médicale continue doit apporter un « mieux faire », pas un « savoir plus ». Il est peu favorable que des spécialistes forts de leurs connaissances et pratiques interviennent trop dans le contenu des programmes de formation médicale continue comme c'est encore le cas dans beaucoup de pays d'Europe. Cela peut-être considéré comme le résultat de



FMA: formation médicale archaïque

Conclusion

En trente ans, la médecine a été confrontée à une évolution plus importante qu'au cours des sept cents ans qui ont séparé Salerno et Flexner. Elle est devenue puissante, plus spécialisée et technicisée, fixant peut-être ses priorités un peu trop loin des besoins de la société.

L'Europe semble vouloir la survie de la profession de médecin généraliste. Les États-Unis et d'autres dénie l'intérêt d'une dispensation de la médecine générale et attendent que les patients s'adaptent à la rigidité, à la fragmentation et à l'autosuffisance de la médecine. L'Europe attend du médecin généraliste de réaliser une interface entre la

Quelle formation? Pour quelle médecine générale? Pour quelle qualité de soins aux patients ?

rigidité de la médecine et le sujet-patient. La médecine doit assumer aussi cette tâche sociale et humaine. Cette fonction polyvalente, peu coûteuse, peu lourde en matériel technique est indispensable au centre du champ médical.

La médecine générale a un bel avenir, c'est un bon produit à promouvoir, il n'a que des avantages ! Mais nous avons à assurer son développement en adaptant les méthodes et les moyens à l'environnement actuel, à la spécificité de l'action et du travail en médecine générale.

La médecine générale forte, parce que reconnue comme une entité scientifique et académique propre est une entreprise utile et nécessaire en terme de santé publique, en terme d'économie publique, mais peut-être et surtout en terme de rapprochement des préoccupations et de respect des intérêts des patients en tant que personnes et personnes sociales. ●

Bibliographie

Heyrman J., *Can quality of care be improved by the quality of teaching and learning*, WONCA Den Haag, 1993.

Roland M., « Rapport sur la session de la WONCA : éducation médicale et perspectives de la CEE », La Haye, 1993 in *Courrier de la Fédération des maisons médicales*, Bruxelles, 1994.

Blanc H., « Savoir et compétences médicales », traduction de Pritchard, in *dossier thématique sur formation en médecine général*, 1996.

Journal Officiel, *CEE recommandations*.