

Devenir « médecin de famille »

Entretien avec
Louis Velluet,
médecin
généraliste,
psychanalyste,
enseignant au
département de
médecine
générale de
Bobigny et
Necker.

Propos recueillis
par Marie
Kaysers.

Article paru dans
la revue *Pratiques*
n° 36 de janvier
2007.

(1) WONCA est
l'acronyme de
World
organization of
National
Collegues,
academies and
associations of
general
practitioners/
family physicians.
(www.globalfamily
doctor.com)

Mots clefs : médecine générale,
formation, recherche-action, autonomie,
psychologie.

.....

Il est urgent d'en finir avec la folie hospitalière et de redonner leur place au médecin de famille et aux petites structures proches des patients. On peut former les futurs médecins à exercer pleinement leur rôle, dans toutes ses dimensions, y compris celui de psychothérapeutes.

.....

● *Pratiques : Vous faites la distinction entre « médecin de famille » et « médecin interniste ». Qu'entendez-vous par là ?*

○ Louis Velluet : On est face à une énorme contradiction. La formation théorique et pratique des étudiants en médecine est faite pendant les six premières années par des enseignants qui eux-mêmes n'ont été formés et n'exercent qu'en centre hospitalo-universitaire. Ces hospitaliers pensent que la médecine pratiquée dans les services de médecine interne, et la médecine générale, dont le domaine se situe dans un autre espace, celui de la « vraie vie », sont une seule et même chose. Ils sont dans l'incapacité totale d'enseigner une pratique qu'ils ne maîtrisent pas. Cette pratique ne peut en effet s'acquérir qu'au contact des réalités cliniques quotidiennes et par un travail continu de supervision en groupes de pairs ou en groupes Balint.

Il y a eu des confrontations au cours desquelles, pendant ces trente dernières années, la médecine générale a réaffirmé son identité à travers une volonté européenne de promouvoir des actions de recherche spécifique au travers de regroupement comme celui des chercheurs dit de *Leeuwenhorst* ou de la *WONCA*¹.

Elle revendique une prise en compte de l'entourage familial et social, ainsi que des inévitables interactions entre le psychisme et

le fonctionnement du corps. Médecine psychosomatique au vrai sens du terme, elle demande nécessairement le renfort des sciences humaines pour répondre aux multiples exigences de son exercice.

● *Vous dites qu'on ne quitte pas la faculté en étant médecin de famille, mais qu'on le devient avec le temps. Qu'entendez-vous par là ?*

○ L'histoire du patient, sa vie, ses carences affectives refoulées, ses deuils traumatiques non faits, les maltraitances ou abus sexuels de tous ordres, tous ces événements influent sur l'apparition ou l'évolution de toutes les pathologies. C'est au médecin de recueillir et d'intégrer ces éléments.

Ce recueil suppose de sa part une écoute bienveillante, sans intention normative. Il est facilité par le « bavardage thérapeutique ». Cette pratique de l'échange familial joue un rôle fondamental dans la conduite de la psychothérapie spécifique du médecin de famille, il permet à un autre discours d'apparaître, discours « qui parlerait de la chose importante » (J.F. Renault). Ce « bavardage » peut permettre de recueillir des éléments fondamentaux pour la compréhension et l'amélioration de manifestations pathologiques, par exemple dans certaines maladies dites psychosomatiques comme l'asthme, mais également pour beaucoup d'autres pathologies dites « organiques ».

La psychothérapie spécifique du médecin généraliste a pour but de favoriser l'autonomie physique et psychologique des patients et, chaque fois que cela est possible, leur capacité à vivre au sein d'un équilibre familial et social stable. Cette prise en charge est indissociable de l'approche physique et des prescriptions médicamenteuses, ce qui la différencie des psychothérapies exclusives. La psychothérapie du médecin de famille s'appuie d'une part sur les caractères spécifiques de la « médecine générale-médecine de famille », d'autre part sur la prise en compte, consciente ou empirique, par le médecin, des phénomènes produits par l'inconscient. Pour le médecin de famille, plus il sera proche de son patient, plus ses propres profondeurs seront sollicitées, plus il devra comprendre ce qui se joue dans cet espace et être en capacité de manier la distance dans la relation.

● *Quelles sont les caractéristiques d'une prise en charge psychothérapeutique par le médecin généraliste² ?*

○ La psychothérapie du médecin généraliste se situe schématiquement dans plusieurs espaces thérapeutiques, qui dans l'idéal se succèdent, mais peuvent alterner.

Le premier espace ou espace primaire est celui où l'effet dit de « pare-excitation »³, de protection du patient, joue à plein : tout sujet subissant une agression physique ou psychique est susceptible de se retrouver dans cet espace à travers le maintien de la relation interpersonnelle avec le médecin de famille ; cet aspect est aujourd'hui ignoré de la médecine académique.

L'espace intermédiaire ou « espace transitionnel » est celui où se déroulent la plupart des relations thérapeutiques en médecine générale. Les objectifs sont de reconstituer l'histoire du patient, de l'aider à « réhabiter » son passé et donc à mieux se connaître, d'aboutir à un langage commun, de démystifier l'image du médecin « tout sachant » et d'aider le patient à découvrir la part qu'il peut prendre dans la résolution de ses difficultés.

Le troisième espace est l'espace d'intégration ou d'autonomisation. Il devrait être l'aboutissement d'un parcours qui a permis au patient de prendre conscience de son individualité et du caractère indissociable de son unité psychosomatique.

La spécificité de la médecine de famille réside dans le fait que, dans les trois espaces, l'abord sans violence du corps et « l'enveloppe sonore » que constitue la parole peuvent matérialiser, si le médecin est bien formé, l'effet pare-excitation protecteur.

● *Pour vous, la psychanalyse est une des sciences humaines dont l'apport est fondamental pour la médecine générale ; comment voyez-vous l'intégrer dans la démarche médicale ?*

○ La psychanalyse est le fondement même de la psychologie, elle en a mis à jour la dynamique. Au-delà du descriptif, elle met en lumière le « pourquoi » des phénomènes observés. La notion de transfert s'applique complètement à la relation en médecine générale : patients et médecins de famille se choisissent

librement, la rencontre va être déterminée par les ressemblances avec les circonstances anciennes et les images inconscientes conservées par les uns et les autres. Transfert du patient et contre-transfert du médecin se répondent ainsi en permanence, influencent toute situation, modifiant aussi bien le climat des rencontres que l'expression des pathologies : on peut ainsi prendre conscience de l'importance variable attribuée par les patients à des manifestations physiques qui ne sont ni évolutives, ni invalidantes en fonction des convictions (ou des angoisses) du médecin et de la réponse que celui-ci donne.

● *La plupart des soignants n'ont pas de formation analytique. Comment, au cours de la formation initiale et continue, susciter chez eux le désir de s'engager dans cette démarche ?*

○ Le recrutement et la sélection en médecine se font sur les matières scientifiques. C'est un problème. L'accent mis sur le cognitif tend inévitablement à déconsidérer et à refouler le « psychoaffectif ». Quant à la proposition de faire de la première année de médecine une année de stage dans différents lieux où se mènent la réflexion, le débat et l'action au niveau de la santé, elle est peut-être utopique, mais je la trouve intéressante : il faudrait ne voir engagés dans ces études que des étudiants conscients de l'importance du rôle du psychisme, aussi bien dans leur comportement professionnel que dans la manifestation des pathologies. Les concepts de base de la psychanalyse devraient être enseignés tôt sans doute, mais le plus important est l'introduction rapide d'un travail sur la clinique relationnelle par la méthode pédagogique de la discussion de cas.

En 1980, j'ai participé, avec Anne-Marie Reynolds, à la mise en place de « groupes de formation psychologique » pour les étudiants de quatrième année. Cette expérience a été rendue possible par la création à Bobigny du premier vrai « département de médecine générale » français, conçu et animé uniquement par des médecins généralistes.

● *Comment cela se passait-il ?*

Les étudiants étaient répartis en six groupes d'une vingtaine de personnes qui se réunissaient une fois par quinzaine en présence d'un méde-

(2) L. Velluet, A. Catu-Pinault, « La psychothérapie spécifique du médecin généraliste », Exercer janvier-février 2001.

(3) S. Freud, « Au-delà du principe de plaisir » in Essais de Psychanalyse, P.B.P., 1981.

cin généraliste formé à la pratique analytique. Ces groupes travaillaient sur les principes des groupes « Balint » : les étudiants exposaient une situation clinique qu'ils avaient vécue à l'hôpital, et à partir de là, dans un climat de confidentialité et de neutralité, les participants essayaient de dire ce qu'ils avaient vu, entendu et ressenti. Ce travail fait au moment où ils démarraient leurs stages hospitaliers leur permettait en particulier de prendre du recul par rapport aux attitudes des soignants seniors censés détenir le savoir. Cette expérience a duré pendant six ans avec un plein succès. Elle a été utilisée depuis pour installer des groupes de formation dans plusieurs facultés françaises. Par ailleurs, j'ai installé, depuis maintenant six ans, à la demande du Pr. Philippe Jaury et du Pr. Serge Gilberg à Paris V, des groupes « Balint » obligatoires (une dizaine de séances) pour les jeunes généralistes de troisième année du DES de médecine générale, pendant leur stage chez le praticien.

Il s'agit d'aider l'étudiant à analyser ce que le malade manifeste au niveau émotionnel et ce qu'il ressent, lui, en tant que soignant. Mais également de lui faire percevoir l'importance de la prise en compte de l'histoire du patient dans sa globalité. J'insiste sur la nécessité du caractère obligatoire de cette formation. Les notions d'engagement personnel, qui courent dans le « monde psy », n'ont aucune pertinence ici. Il est indispensable de toucher tout le monde au titre de la formation et non de sélectionner sur le mode du volontariat des étudiants qui y chercheraient des réponses à des problèmes psychologiques personnels, comme c'est parfois le cas dans les modules optionnels.

Le bilan de ces deux expériences est la nette modification du regard des étudiants qui y ont participé, sur la pratique de la médecine. En toutes ces années, je n'ai eu qu'un refus de participation et une difficulté avec un étudiant ayant lui-même d'importants problèmes psycho-logiques non détectés au cours des stages précédents.

● *Pouvez-vous nous parler de l'Atelier français de médecine générale ?*

○ L'Atelier français de médecine générale est une société médicale dont le domaine est la

recherche sur la clinique et la pédagogie de la médecine de famille. Le travail se fait sur des observations cliniques originales écrites à partir d'un thème choisi en commun. Puis a lieu une analyse en groupe et enfin l'écriture d'une synthèse sur ce thème. L'Atelier fonctionne depuis 1979, de très nombreux thèmes ont été abordés dont « l'adolescent », « la dépression », « l'asthme », « la peau », et bien d'autres...

● *Vous parlez du médecin de famille, « un psy qui s'ignore », mais ne faudrait-il pas qu'il soit aussi un sociologue ou un anthropologue qui s'ignore ? Comment voyez-vous l'intégration de ces différents éléments dans la formation des soignants ?*

○ La sociologie et l'anthropologie sont importantes, mais peuvent se travailler dans les livres.

Pour moi, en dehors du rôle primordial de la science analytique, l'apport d'une deuxième science humaine serait fondamental : l'Histoire. Pour soigner « au long cours », il faut savoir reconstituer les faits, analyser les témoignages, etc., etc., toutes choses que la médecine actuelle a complètement perdu de vue. Bref, redonner vie à la science clinique.

Il est urgent d'en finir avec la folie hospitalière et de redonner au médecin de famille et aux petites structures proches des patients leur place. La vraie médecine passe par la connaissance « réelle » des patients et de leurs environnements. La médicalisation abusive est une des calamités de notre époque, elle tue, physiquement ou psychologiquement, aussi sûrement que bien d'autres fléaux officiellement reconnus. ●

Note : l'auteur a publié en 2005 *Le médecin, un psy qui s'ignore ; Médecine de famille et psychanalyse* (L'Harmattan).