

Les Défis de la santé. Vol. III : Pratiques et innovations. Travaux réunis par Jean-Pierre Fragnière. - Lausanne, Ed. Réalités Sociales, 1986. (Collection "Politique Sociale")

Approche médicale et approche domestique de la santé et de la maladie: la notion de compétence

PHILIPPE LEHMANN

Sociologue, Institut universitaire de médecine sociale
et préventive, Lausanne

Les réflexions qui suivent se rapportent essentiellement à une interrogation sur la compétence en rapport avec la santé et la maladie. En effet, qu'il s'agisse de la compétence du médecin ou de celle des usagers, des jugements sont portés sur l'aptitude des uns et des autres à reconnaître la maladie et à la soigner, ou à prendre les décisions opportunes pour maintenir une bonne santé. **Comment cette compétence est-elle évaluée, et par qui?** Dans quelle mesure des stéréotypes culturels jouent-ils le rôle de critères de compétence et se substituent-ils à une mesure précise des résultats obtenus en termes de santé? la réponse à ces questions s'inscrit dans la perspective d'une sociologie culturelle des institutions du secteur de la santé.

J'ai choisi ce thème de la compétence parce que j'ai été frappé par l'importance que cette notion prend dans les réflexions et discours qui entourent la fonction de **médecin généraliste** depuis une vingtaine d'années¹. Or, à part le critère de la durée de la formation initiale et postgraduée, aucun moyen concret n'est mis en œuvre pour donner une validation empirique à toutes les affirmations (positives ou négatives) sur ce sujet. Dans l'étude des professions, on observe couramment une telle situation, où la formation initiale attestée est la condition nécessaire pour l'autorisation à exercer une activité, en l'absence d'évaluation institutionnalisée des résultats obtenus, hormis des fautes professionnelles graves. Or, les discours sur la compétence des omnipraticiens et les stratégies mises en avant sur ce thème par les milieux concernés constituent une étape significative du développement de la médecine, particulièrement de la médecine d'usage courant. Une telle floraison d'articles, de conférences,

¹ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ: *La formation du médecin de famille*. Rapport du Comité d'experts de la Formation professionnelle et technique du personnel médical et auxiliaire. Série de rapports techniques N° 257, 1963, 42 p. Cité par E. Martin.: *La place de l'omnipraticien dans la médecine de demain*. Revue médicale de la Suisse romande, 89, 923-938, N° 10, 1969.

de livres et de prises de position traitant de façon globale des fonctions et des compétences d'une discipline médicale, et cependant aussi longtemps, constitue un phénomène unique, s'agissant de la médecine générale. Aucune spécialité ni aucun autre mode d'exercice de la médecine (hôpital, recherche, hygiène, prévention) ne suscite pareille confrontation opposant des thèses de rejet entier (la médecine générale, c'est dépassé) à des désirs de revalorisation (la médecine générale peut mieux que toute autre répondre aux besoins de la population).

Sans entrer en matière plus avant, on peut remarquer un débat tout à fait comparable sur la compétence « in globo » des thérapeutes ou l'efficacité des thérapies des médecines dites parallèles ou alternatives. Les jugements sur l'homéopathie, l'acupuncture, le magnétisme ou les manipulations manuelles sont aussi des évaluations de compétence où l'impact des modèles culturels et des valeurs prime la mesure des résultats.

On ne peut comprendre tous ces discours sur la compétence des généralistes que comme le contrepoint à un autre thème, implicite ou affirmé chaque fois que l'on parle de la médecine (je ne pense pas maintenant au leitmotiv du coût), celui du progrès de la médecine. Dans ce siècle, c'est essentiellement le progrès — progrès réel et réputation du progrès — qui assure la crédibilité de la médecine.

Dans un premier temps, nous nous limiterons aux discours et critères qui concernent la médecine. La confrontation avec les points de vue des usagers n'interviendra qu'ensuite, comme un timide écho. Ce décalage vient de ce que, sauf de rares exceptions, les usagers tiennent peu de discours autonomes sur la médecine, et leurs pensées intimes ne sont généralement pas retransmises en-dehors d'une interprétation médicale. On parle au nom de « mes patients », voire de « nos assurés » ; il s'agit chaque fois de personnes mises en situation d'un rapport avec la médecine et dont l'institution se croit en mesure de retransmettre l'avis ou l'attitude à partir de ce qui a été perçu et enregistré dans les rapports codifiés (diagnostics, compliance, consommation, factures, questionnaires, etc.). A part notre propre point de vue en tant qu'usagers, ou certains résultats d'enquêtes qualitatives, l'approche domestiquée de la santé et de la maladie, notamment la compétence de tracer le seuil entre santé et maladie, pour rester en santé ou pour soigner la maladie, sont globalement absents du débat sur l'efficacité des soins de santé. On cherchera en fin d'article quelles pistes nous suggèrent à ce sujet certaines opinions d'usagers. A noter cependant que, pour parler de la médecine, les gens se réfèrent à des critères de compétence qui rejoignent les représentations que les médecins cultivent à leur sujet.

La relation entre la compétence et le progrès

Depuis la Deuxième Guerre mondiale, au fur et à mesure des découvertes thérapeutiques et des recherches dans les sciences bio-médicales, les pouvoirs nouveaux de l'action médicale ont creusé l'écart qui sépare la

médecine de famille de celle des spécialistes et des centres hospitaliers les mieux équipés; alors que jusque dans les années 30 il existait une certaine unité, les enseignants et spécialistes gardant la plupart une activité de médecine générale¹. L'importance du progrès entendu à la fois comme réalité historique (innovations thérapeutiques...) et comme norme culturelle (orientation des ressources sociales et médicales) devient majeure à partir du moment où les potentialités scientifiques des recherches expérimentales se traduisent en possibilités thérapeutiques (chirurgie et pharmacologie surtout) et où la mise en place des politiques sociales rendent accessibles au plus grand nombre les soins médicaux (sécurité sociale)². La nouvelle « medicina triumphans » se caractérise par la spécialisation et le gigantisme: 30 000 diagnostics d'affections sont identifiés, les spécialités pharmaceutiques se comptent par milliers, les revues et congrès scientifiques également. Les investissements dans le béton et dans la technologie ne sont pas en reste.

Or le « naturalisme médical moderne »³, qui sous-tend le développement de la science et de la pratique médicale depuis les travaux du XIX^e siècle, se fonde sur la séparation entre la maladie et le malade. Un auteur américain (Jewson) parle même de la « disparition de l'homme malade de la cosmogonie médicale » à partir de l'ère de la médecine de laboratoire⁴. La recherche se dirige vers l'identification et l'explication des phénomènes pathologiques particuliers et la découverte des possibilités thérapeutiques appropriées à chaque maladie. L'efficacité de ce mode de raisonnement scientifique et clinique et les efforts déployés dans chaque domaine particulier de la pathologie ont permis de faire des progrès incontestables dans le traitement des maladies. La démonstration des résultats (même si une part importante de la pratique reste dominée par l'empirisme tâtonnant) accrédite la validité, comme règle clinique, du modèle de raisonnement: symptômes — examens — diagnostic — thérapeutique qui trouve son fondement dans la recherche de précision du diagnostic⁵.

La spécialisation du médecin s'impose alors comme condition d'une plus grande précision dans l'identification de la maladie, basée sur une connaissance plus approfondie de chaque domaine pathologique particu-

¹ Cf. P. Gallois & A. Taib: *De l'organisation du système de soins — Rapport au Ministère de la Santé*. Documentation française, Paris, 1983, 256 p., p. 19; et Braun R.N.: *La médecine générale, sa position et son rôle dans la médecine*. Documents de recherche en médecine générale, Paris, N°7-8. 1983, 73 p., p. 2-3.

² Cf. C. Lichtenhaeler: *Histoire de la médecine*. Fayard, Paris, 1978, 612 p., pp. 491-507.

³ Cf. C. Lichtenhaeler, op. cit., p. 30.

⁴ N. D. Jewson: « The disappearance of the sick man from medical cosmogony ». *Sociology*, 10, 225-244, 1976.

⁵ Cf. Hamburger J. Préface à Fabre J.: *Thérapeutique médicale*. Flammarion, Paris, 1978: Il n'est de bonne thérapeutique que fondée aussi bien sur de solides connaissances pharmacologiques que sur un diagnostic exact du problème à résoudre » (p. 3).

Et cf. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 8th ed. International Student Edition, New York, 1977: « Nevertheless, the principle remains: the clinical method is a orderly intellectual activity which proceeds almost invariably from symptom to sign, to syndrome, to disease », p. 5.

lier. Plus l'on donne d'autonomie à la maladie, plus se justifie la fonction du spécialiste de telle classe d'affections, puisqu'il saura mieux décider du traitement spécifique pour cette maladie. Cette règle de compétence trouve sa raison non dans la gravité de la maladie, mais dans le mode de raisonnement fondamental qui fait de la précision du diagnostic la clef du traitement. Dès lors la compétence du spécialiste se trouve fondée pour toutes les maladies qui appartiennent à son registre, des plus banales à celles qui impliquent des risques vitaux.

A contrario, selon la même définition des connaissances, le médecin qui devrait considérer la totalité des maladies ne devrait raisonnablement pas pouvoir atteindre la même précision dans l'identification d'une affection, et son diagnostic est réputé par avance moins exact. La précision du diagnostic du spécialiste n'est pas exclusivement un service que le médecin doit à son patient; avec E. Freidson, nous pouvons faire l'hypothèse qu'il s'agit aussi d'une démarche signifiante de la conformité confraternelle: la norme de compétence d'une discipline spécialisée qui veut qu'on arrive à identifier la pathologie spécifique dans le champ de la discipline s'impose probablement plus fortement que l'impératif thérapeutique vis-à-vis du patient¹.

Le lien entre le progrès, la compétence et la spécialisation ne s'est pas créé dans l'abstraction du raisonnement médico-scientifique, mais repose évidemment sur l'institution puissante que constituent ensemble la Faculté et le Centre hospitalier universitaire. En médecine, c'est en effet la même institution qui réunit l'enseignement initial, postgradué et continu, la recherche et le traitement des malades dont la vie est en jeu. La prise en charge « lourde », « sophistiquée » ou « de pointe », avec tout son cortège d'instruments et de personnel spécialisé, représente l'entreprise-type de défi à la mort, et c'est à cause de cette limite toujours présente qu'elle acquiert, au plan de la compétence, une suprématie incontestée. Or c'est ce modèle extrême de compétence et de prise en charge qui constitue la référence et l'ambiance de toute la formation médicale. Ce conditionnement est d'autant plus assuré vu l'« universalité » de la science médicale et la mondialisation de la circulation des connaissances. La norme de compétence se manifeste par excellence dans deux démarches, qui sont symbolisées à l'hôpital par deux moments privilégiés: les entrées (précision du diagnostic) et les soins intensifs (prise en charge à la limite de la mort). L'orientation vers la maladie est un fil directeur: en entrant à l'hôpital, le malade devient un cas, une maladie, que les explorations ultérieures préciseront; aux soins intensifs, le cas n'est plus qu'un système de fonctions vitales.

¹ E. Freidson: « Client control and medical practice ». *American Journal of Sociology*, 1960, 374-382.

² Cf. L. Israël.: *La décision médicale — Essai sur l'art de la médecine*. Calman-Lévy, Paris, 1950, 235 p., p. 14.

De la norme hospitalière à la règle universelle.

Les valeurs et règles culturelles du milieu médical, en particulier celles touchant le progrès et la compétence de « sauver la vie », sont partagées par une très large partie de la population, si ce n'est la totalité. Les hommes ont rapidement cessé de s'étonner de l'étendue des pouvoirs de la médecine qui est montrée en spectacle dans les médias, pour seulement admettre que de telles prouesses devraient être généralisées¹; si eux-mêmes se trouvent dans la situation des malades en question, la compétence des médecins et l'ensemble des moyens mis en œuvre devront se situer au moins au même niveau que ceux montrés dans le journal. Cette illustration du combat de la médecine contre la Mort dans des situations dramatiques devient la norme en fonction de laquelle on se sent en mesure de juger les résultats de toute la médecine. L'importance des efforts au sein de certaines équipes hospitalières pour figurer parmi celles qui feront la une des médias médicaux et grand public est aussi une mesure de la valeur accordée à cette facette de la compétence.

L'évocation des prestations médico-hospitalières les plus sophistiquées, montrées ou non au grand public, trouve son sens dans le fait que les « prodiges » deviennent, dans l'inconscient collectif des médecins et de la population, une référence certaine sur les possibilités que peut atteindre la médecine. C'est parce que, dans des circonstances exceptionnelles et avec des moyens extrêmes, la médecine peut défier la mort (ou la malformation, ou le handicap), que l'on peut attendre d'elle des moyens, des compétences et des résultats dans toutes les situations beaucoup moins graves. La fixation de telles exigences a largement contribué à déprécier la fonction de médecin de famille, tant aux yeux des futurs médecins qu'à ceux des usagers. Les critères de performance des équipes hospitalières, utilisés comme étalon de l'activité médicale dans sa banalité quotidienne, ne pouvaient que disqualifier ceux qui ne peuvent mettre en œuvre des moyens sophistiqués pour affiner un diagnostic rare, et ne peuvent exhiber quotidiennement des victoires spectaculaires sur la mort. En fait, la différence des vocations, entre la médecine de famille et la spécialisation, est perçue comme une différence de compétence, même si l'on n'a jamais à proprement parler évalué globalement l'aptitude du généraliste à soigner avec succès tous les malades se présentant à sa consultation, compte tenu du système de soins existant. Le jugement porté sur la compétence est de l'ordre des représentations, et se réfère implicitement ou parfois explicitement à la découverte des maladies rares (pas forcément graves). Du fait de l'accent mis sur la particularité des maladies, le spécialiste acquiert une réputation de qualification supérieure qui vaut dès lors non seulement pour des pathologies exceptionnelles, mais s'applique à l'ensemble des activités de tout le groupe professionnel.

¹ J. P. Escande: *Les médecins*. Grasset, Paris, 1975, 310 p., p. 47.

La revalorisation de la médecine générale: de l'orientation vers la maladie à l'orientation vers le patient.

Face à la position dominante et privilégiée de la médecine spécialisée et hospitalière sur les plans des moyens et de la réputation de compétence, donc sur les plans institutionnel et culturel, la médecine générale n'a pas cessé d'exister. Certes, les choix de carrière des médecins ont inversé la proportion 60%/40% des généralistes et des spécialistes libres praticiens en 1935 à 36%/64% actuellement, en Suisse.

C'est cependant sans compter les « généralistes de la médecine interne » qui ont une fonction grosso modo semblable à celle des généralistes (ces derniers d'ailleurs n'existent pas comme tels dans certains pays européens, en France notamment); si on les unit aux généralistes, les proportions ci-dessus sont ramenées à 51%/49% en 1981.

Dans les autres systèmes de santé occidentaux, le rapport entre généralistes et spécialistes en médecine praticienne est aussi de l'ordre de moitié-moitié, et la tendance récente est à un renforcement relatif de la proportion des généralistes.

Au cours de ces 20-30 dernières années, plusieurs tendances propres à la prise en charge médicale courante des malades sont venues valoriser la compétence spécifique de la médecine générale; cela a commencé surtout par la revendication d'identité des généralistes, rejetant leur image de « soutiers » de la médecine¹ et rappelant qu'ils étaient par excellence au service de la population. Au moment où l'image romantique du médecin de famille disparaît (sous les coups simultanés de l'évolution de la médecine et de celle de la famille), les généralistes se réunissent en associations nationales et mondiale et plaident pour que leur rôle de médecin de référence polyvalent, connaissant l'environnement social et familial, suivant les patients pendant de longues années, les voyant aussi en bonne santé, coordonnant les soins spécialisés le cas échéant, etc. leur soit reconnu comme une contribution propre à la prise en charge médicale de la population. Ils ne prétendent plus soigner toutes les maladies, mais être en mesure néanmoins d'aborder (avec ou sans l'aide d'un spécialiste) tous les problèmes de santé de leur clientèle. C'est d'ailleurs le rôle que leur confie le Service National de Santé britannique en instituant un « passage obligé » par les généralistes avant l'orientation vers les spécialistes. Un même système existe aux Pays-Bas. Dans les autres pays occidentaux, les omnipraticiens sont en situation de concurrence avec les spécialistes et doivent convaincre les patients et les confrères de l'utilité de leur fonction.

Ce rôle d'interlocuteur privilégié des patients ne dispense pas d'une formation aussi poussée que celle des spécialistes. Les sociétés de médecine générale, de même que nombre de responsables de santé

¹ Ces exigences étaient déjà présentes dans OMS: *La formation du médecin de famille*, 1963, op. cit., et sont répétées dans toutes les prises de position récentes sur le sujet.

Année	SUISSE 1981	FRANCE 1984	ALLEMAGNE FÉDÉRALE 1982	GRANDE- BRETAGNE 1982	ÉTATS-UNIS 1980	U.R.S.S. 1975
Généralistes	36 %	43 %	21 %	54 %	16 %	29 %
Autres médecins de « famille »	internistes généraux 15 %	gén. avec orientation 9 %	sans spécialisation 23 % internistes généraux 16 %		family practice 3 % internistes généraux 9 %	
	51 %	52 %	60 %	54 %	28 %	29 %
Spécialistes	49 %	48 %	40 %	46 %	72 %	71 %
Corps médical considéré:	médecins praticiens, assistants exclus	médecins actifs, internes en for- mation exclus	médecins praticiens en cabinet	médecins actifs, junior hospital drs exclus	médecins actifs, résidents exclus	médecins actifs, assistants exclus

Sources:

- FÉDÉRATION DES MÉDECINS SUISSES: *Statistique médicale 1981*. Bulletin des médecins suisses, 63, 1745-1764, 1781-1796, N° 36 & 37, 1982; les données plus récentes, en cours d'informatisation, n'ont pas été publiées; la tendance connue est à la stabilisation des proportions.
- *Effectif des médecins inscrits au Tableau du Conseil de l'Ordre (1979-1984)*. Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales, 24, 337-346, N° 4, 1984.
- HORBACH L. & STROBRAWA F.: *L'évolution démographique et l'expansion du corps médical de l'Allemagne fédérale*. Cah. Socio. Démo. Med., 24, 275-290, N° 4, 1984.
- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION & DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, British Medical Journal, 286, 323, 22.1.1983.
- FIELD M.G.: *Changements dans la profession médicale aux USA et en URSS*. Cah. Socio. Démo. Med., 24, 291-320, N°4, 1984; MOORE F.D. & LANG S.M.: *Board certified physicians in the United States*. New England Journal of Medicine, 304, 1078-1084, N° 18, 1981; REITMEIER R.J. & al.: *Participation by internists in primary care*. Arch. Intern. Med., 135, 255-257, 1975.
- FIELD M.G. op. cit.

publique et enseignants en médecine exigent en effet qu'après la fin de leurs études les généralistes effectuent une formation pratique comme médecins assistants, comme les spécialistes, en abordant toutes les principales disciplines cliniques en milieu hospitalier ou ambulatoire. En outre ils souhaitent une orientation des études qui aborde aussi les problèmes des malades tels qu'ils se présentent au cabinet, avec des enseignants qui soient eux-mêmes des praticiens généralistes¹. La première partie de ce programme est acquise, en Suisse, mais à titre facultatif, depuis 1965 avec le programme de formation postgraduée et le titre de médecin généraliste FMH¹. Même si les organes dirigeants de la FMH et des Facultés, ainsi que les milieux de généralistes, sont convaincus qu'une telle formation postgraduée est indispensable pour exercer la médecine, ils ont décidé de lui garder un caractère volontaire. La situation est identique en Allemagne fédérale, où, consultés à trois reprises (1979, 1980 et 1981), les médecins ont refusé de rendre obligatoire la formation postgraduée pour les « Hausärzte »². Aux USA, où la tendance à la spécialisation a réduit la proportion des généralistes à 16% du corps médical ayant achevé sa formation postgraduée, on a créé en 1970 la spécialisation en « médecine de famille », qui ne regroupe dix ans plus tard encore que 3% des médecins installés. Les family practitioners viennent plus que compenser les pertes d'effectifs des généralistes. Bien que la formation postgraduée en médecine générale ou de famille reste libre, des mesures drastiques ont été prises pour renforcer les soins médicaux de base, et notamment le Congrès des États-Unis a décidé en 1976 de retirer les subventions aux Facultés de médecine si, d'ici 1980, la proportion des diplômés s'orientant vers les soins de base ne dépassait pas 50%³.

La formation proposée aux futurs généralistes n'implique pas actuellement la préparation à une conception de la maladie et du rapport aux malades qui diffère de ce que font les médecins spécialisés. Il s'agit qu'ils aient vu et traité des malades, en passant par plusieurs disciplines, et si possible en ne se limitant pas à des cas hospitalisés. Le cursus proposé tient plus de la mosaïque que d'une vision intégrée de la médecine générale.

La revendication d'une spécificité de la méthode de travail du généraliste apparaît dans les écrits de quelques-uns d'entre eux depuis les

¹ COMMISSION INTERFACULTÉS MÉDICALES SUISSE: « Médecine générale et études de médecine ». *Bulletin des Médecins Suisses* 63, 2193-2201, N° 47, 1982; FÉDÉRATION DES MÉDECINS SUISSES: *Généralistes et spécialistes ayant une activité de médecin de famille — Conclusions de la séance en conclave de Schinznach Bad*. B.M.S. 64, 2121-2124, N° 50, 1983; FÉDÉRATION DES MÉDECINS SUISSES: *Réglementation pour la formation postgraduée — Programme de formation postgraduée requis pour le titre de praticien en médecine générale FMH*. Et SOCIÉTÉ SUISSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE: *Recommandations de la SSMG pour la planification de la formation postgraduée*. B.M.S., 65, 2033-2041, N° 43, 1984.

² E. Sturm. *Renaissance des Hausarztes — Konzept für eine wissenschaftliche Grundlegung hausärztlicher Tätigkeit und für eine Wissenschaft vom Patienten*. Springer, Berlin-Heidelberg, 1983, 277 p., p. 8-10; DREIBHOLZ J. et HAEHN K. D.: *Hausarzt und Patient — Lehrbuch der Allgemeinmedizin*. Schlütersche, Hannover, 1983, 415 p., pp. 46-66.

³ E. STURM, op. cit., p. 58.

années 1950. Ils distinguent une médecine centrée sur la maladie de celle qu'ils pratiquent, et qui doit être orientée ou centrée sur le patient¹. La différence, c'est que le généraliste « ne doit pas seulement répondre à la composante de la maladie qu'on appellera la pathologie (disease), mais considérer l'expérience globale que le patient a de la maladie (illness) »². A cela s'ajoute que les patients présentent souvent des problèmes complexes ou diffus qui ne se laissent pas réduire à des diagnostics; selon Braun, qui a développé une théorie professionnelle du rôle du généraliste³, celui-ci ne peut établir un diagnostic précis, au sens où l'enseigne la Faculté et l'hôpital, que dans un dixième des cas (résultats de consultations); pour 25% des patients, il dégage des symptômes « cardinaux » et 25% des groupes de symptômes; enfin, dans 40% des cas, le médecin doit se contenter d'un « tableau de maladie »⁴. C'est à partir d'informations complexes et diffuses, récoltées dans la brève durée de la consultation, mais aussi par toute la connaissance acquise du patient, que le médecin doit arriver à décider d'une prise en charge médicale « rationnelle, valable, rapide et finançable » de la masse des cas banals pour lesquels un diagnostic ne peut être établi⁵.

En développant cette théorie par des recherches en pratique générale, Braun a contribué à une relativisation de la notion de diagnostic, et à mettre par là en doute la validité exclusive de ce principal pilier du mode de pensée orienté vers la maladie, et donc également du mode d'exercice de la médecine qui en découle⁶.

Parmi d'autres, les travaux de Braun et des enseignants allemands⁷ et ceux des groupes de travail britanniques du Royal College of General Practitioners⁸ demandent la reconnaissance d'une compétence propre des généralistes, distincte de celle mise en œuvre dans la médecine spécialisée ou hospitalière. Les sociétés de médecine générale dans tous les pays européens se fondent sur la même idée de l'adéquation de la compétence aux besoins de la population pour revendiquer une meilleure considération de leur rôle dans le système de soins médicaux.

¹ ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS: « The Future General Practitioner — Learning and Teaching ». *RCGP et British Medical Journal*, London, 1972, 265 p., chap. III; cf. aussi STURM E. op. cit., chap. 2.

² RCGP, op. cit., p. 21.

³ R. N. Braun: *Pratique, critique et enseignement de la médecine générale*. Payot, Paris, 1979, 512 p. Ouvrage traduit et publié sous les auspices de la Société française de médecine générale. Edition originale: *Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis*. Urban et Schwarzenberg, München, 1970.

⁴ R. N. Braun: *La médecine générale, sa position et son rôle dans la médecine*. Documents de recherche en médecine générale, N° 7-8, 1983, 75 p., p. 31. Edition originale: *Allgemeinmedizin — Standort und Stellenwert in der Heilkunde*. Verl. Kirchheim, Mainz, 1982.

⁵ R. N. Braun, op. cit., 1983, pp. 58-65.

⁶ E. STURM, op. cit., p. 53; cf. aussi J. DREIBHOLZ et K.D. HAEHN, op. cit., chap. 5.2, pp. 191-217.

⁷ E. STURM, J. DREIBHOLZ et K.D. HAEHN citent de nombreuses autres références.

⁸ ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS: *The Future General Practitioner*. op. cit.; RCGP: *Trends in General Practice*. RCGP et BMJ, London, 1977, 193 p.; J. FRY: *Present State and Future Needs in General Practice*. RCGP, London, 1983, 86 p.

Des fondements scientifiques appropriés

Plusieurs courants d'idées ont aussi proposé à la médecine générale des références scientifiques qui, en s'intégrant au mode d'exercice de la médecine de famille, ont précisé l'approche des patients. c'est le cas de l'héritage freudien, dont l'étude par M. Balint de l'interaction médecin-malade a dégagé « le remède-médecin »¹; la demande d'aide et de considération trouve chez le médecin une offre toute disponible, et le généraliste plus que les autres doit accepter de « soigner » les problèmes que lui proposent ses patients, y compris ceux qui sont avant tout une quête d'identité du malade. De même il se rend compte peut-être mieux que d'autres médecins que la seule prise en charge médicale du patient est déjà une thérapie spécifique et appropriée dans nombre de situations.

Les groupes de rencontre et d'analyse entre médecins, selon la méthode proposée par M. Balint, sont aussi un lieu d'explicitation de l'identité propre des généralistes² qui permet d'évaluer plus précisément les notions de compétence et d'efficacité du médecin.

Les résultats de la psychosomatique ont aussi abondamment été mis dans le creuset d'une renaissance de la médecine générale³. On retiendra en particulier la notion psychosomatique de la maladie, qui est un langage « choisi » par le patient pour exprimer des problèmes personnels, et la conception psychosomatique de la médecine, qui s'intéresse à la transaction établie entre le malade et le médecin avec la maladie pour objet⁴. Dans ces deux définitions le cas du malade ne peut se ramener au diagnostic d'une pathologie précise, mais demande à être compris dans ses dimensions affective et symbolique. Peu importe même parfois la maladie que le patient apporte, car ce qui compte c'est sa demande de considération, pour laquelle il lui a fallu passer par la présence d'une maladie. Le diagnostic ne peut être précis au sens classique du terme, et la thérapeutique ne saurait être seulement spécifique.

Les apports de l'épidémiologie des grandes maladies chroniques rendent les médecins — généralistes en particulier — sensibles aux facteurs de risque liés au mode de vie et à l'environnement physique et social. Les problèmes de stress, de fatigue, d'alimentation déséquilibrée, de tabac et alcool, de manque d'exercice physique, etc. suscitent d'une part un « nouvel hygiénisme », d'autre part interviennent dans la consultation médicale aux plans de l'étiologie et de la thérapeutique. Lorsque cela

¹ M. BALINT: *Le médecin, son malade et la maladie*. PUF, Paris, 1960, 362 p.; édition originale: *The Doctor, his Patient and the Illness*. Pitman, London, 1957.

² Cf. B. VINCENT et al.: *Le médecin, le malade et la société*. Epi, Paris, 1975, 188 p.; F. FAVRE: *La doctrine de Michaël Balint*. Payot, Paris, 1978, 262 p., 1^{re} et 3^e parties; C. HERZLICH: « Du symptôme organique à la norme sociale: des médecins dans un groupe Balint ». *Sciences sociales et santé*, II, 11-50, N° 1, 1984.

³ B. LUBAN-PLOZZA et W. POELDINGER: *Le malade psychosomatique et le médecin praticien*. Ed. Roche, Bâle, 1974, 251 p. Édition originale: *Der psychosomatische Kranke in der Praxis. Erkenntnisse und Erfahrungen*. Springer, Berlin-Heidelberg, 1971.

⁴ N. BENSAÏD: *La consultation*. Denoël-Gonthier, Paris, 1974, 308 p., pp. 234-235.

dépasse le banal « vous devriez cesser de fumer », se pose la question de l'imbrication des habitudes de vie et de la possibilité réelle de changements en rapport avec la santé. Il s'agit en effet de facteurs bien plus récalcitrants à l'action du médecin que les agents microbiens. Et ce n'est que par une approche globale du style de vie (et du sens de la vie) que l'on pourra saisir les raisons et les bénéfices de comportements par ailleurs auto-dommageables.

Dernière vague de ces apports qui aident la médecine générale à acquérir une compétence propre de la compréhension des patients: la **sensibilité humaniste et holiste** qui s'érige en réaction contre le découpage des patients et la réunification des problèmes et maladies. C'est une volonté de reconsidérer l'individualité, et d'être plus attentif à l'idée de terrain¹ propice ou non à réagir à la maladie. On peut rapprocher de cette quête de globalité certains penchants vers des thérapies « alternatives » ou « douces » qui agissent sur la personne entière ou hors de la localisation du mal (les réflexothérapies, la musicothérapie, etc.).

Toutes les tendances qu'on vient d'évoquer visent à une meilleure appréhension de la personne malade et sont constitutives d'une compétence du médecin différente de celle qu'apportent les progrès de la spécialisation et de la technologie. Mais elles sont contestées ou considérées avec indifférence par une partie importante du corps médical, pour qui une maladie reste une maladie (et bien souvent un organe malade). Pourtant, ces efforts pour considérer l'ensemble des aspects de l'expérience de la maladie constituent une investigation nosographique au moins aussi importante que des travaux sur telle ou telle pathologie rare. La différence, c'est que le couple diagnostic-thérapeutique y est souvent relativisé et la spécificité des entités nosologiques mise en question.

Des discours à l'observation

On voudrait savoir dans quelle mesure les généralistes et ceux qui font comme eux de la médecine de famille se servent de telles approches dans leurs contacts avec les malades, et par là se consacrent à une médecine qui tient largement compte des points de vue des patients. On voudrait aussi pouvoir vérifier que ce que les médecins conçoivent comme « orientation vers le patient » rencontre effectivement la perception que les patients ont de leur maladie et les attentes qu'ils ont à l'égard du médecin.

S'il y a beaucoup de discours sur ce que la médecine générale devrait être, et des théories professionnelles qui structurent la conception idéale de leur travail, bien plus rares sont les approches descriptives, quantitatives ou qualitatives, sur ce que font effectivement les médecins². Dans une

¹ M. ROUZE: « Les avatars de la notion de terrain ». *Science et vie*, N° 150, 136-143, 1985, numéro hors série sur « les médecines parallèles ».

² Cf. E. FARINE: *L'activité d'un généraliste en milieu urbain*. Thèse, Faculté de médecine, Lausanne, 1979, 65 p. Cette étude est la seule qui ait été faite sur ce sujet à l'Université de

enquête sur l'activité des médecins praticiens¹ à laquelle environ 60 % des médecins installés en pratique privée des cantons de Vaud et Fribourg ont répondu en 1980, on a une indication relative à l'approche Balint: 28 % des participants ont indiqué que cette approche occupait une place importante dans leur pratique, dont 13 % régulièrement. Près de 40 % des généralistes et des pédiatres la signalent, 30 % des internistes et gynécologues, et encore 15 % des autres spécialistes. La mention du « Balint » est plus fréquente chez les jeunes (40 % des médecins de 30 à 39 ans, 25 % chez les plus âgés). On voit là deux choses: d'une part que la réflexion sur la relation médecin-malade et son rôle dans l'efficacité de la pratique médicale n'est pas le propre de la médecine générale, même si c'est dans cette discipline qu'elle est la plus fréquente; d'autre part que telle démarche ne concerne finalement qu'une minorité de médecins.

La même enquête permet d'estimer la durée de la formation postgraduée des médecins, et montre notamment que le délai entre le diplôme et l'installation est en moyenne de 6 ans pour les généralistes, et de 8 à 9 ans pour les autres médecins; or la formation nécessaire pour obtenir le titre FMH de médecine générale et la plupart des autres titres FMH est de 5 ans. Cela montre que les généralistes (avec ou sans titre FMH d'ailleurs) ont peu dépassé la durée de formation postgraduée requise², alors que les spécialistes ont souvent prolongé leur carrière hospitalière au-delà des exigences réglementaires. Néanmoins, avec 5 à 6 ans de formation postgraduée, on peut admettre que les généralistes ont obtenu une qualification initiale sérieuse, comme le demandent les milieux concernés. Toutefois, l'usage de faire une partie de l'« année à choix » des études de médecine ou une partie de la formation postgraduée comme assistant d'un généraliste installé reste une chose rare, faute d'intérêt des jeunes médecins et faute de places disponibles auprès des praticiens³. Ainsi, l'essentiel de la formation reste ancré dans le modèle hospitalo-universitaire, orienté vers le raffinement du diagnostic et donc globalement orienté vers la maladie plutôt que vers le patient. Ce n'est en tout cas pas durant cette période que le futur généraliste peut développer sa

Lausanne, et ses limites empiriques et épistémologiques sont significatives du déséquilibre entre le discours et la recherche des faits:

Voir à ce sujet, en Grande-Bretagne, A. CARTWRIGHT: *Patients and their Doctors: a Study of General Practice*. Routledge et Kegan Paul, London, 1967, 295 p. et A. CARTWRIGHT et R. ANDERSON: *General Practice Revisited: a Second Study of Patients and their Doctors*. Tavistock, London, 1981, 228 p. en Suisse, voir les travaux de T. ABELIN, notamment: « Eine Studie über Befunde in der ärztlichen Praxis ». *Médecine Sociale et Préventive*, 24, 240-242, 1979.

¹ Projet « Quantification et qualification des prestations de soins ambulatoires », requérants Dr J. MARTIN, G. DEMIERRE, F. PACCAUD et Ph. LEHMANN, crédit FN 4.356.0.79.08. Voir *Médecine Sociale et Préventive*, 27, N° 6, 1982, consacré à une présentation de résultats de cette recherche.

² Compte tenu de l'allongement du délai entre le diplôme et l'installation pour cause de service militaire, maternité, vacances, etc.

³ B. GRUENDLER: « Année d'études à option chez des médecins praticiens: bilan d'une décennie d'expériences ». *Bulletin des Médecins Suisses*, 65, 2082-2089, 1984.

« théorie professionnelle », relégué qu'il est souvent à des fonctions mineures dans des services hospitaliers qui privilégient les futurs spécialistes.

Bien trop souvent on associe l'évaluation de la compétence à la durée de la formation, aux branches étudiées pendant les études de médecine ou aux services cliniques fréquentés par la suite. Ce qui est pertinent du point de vue de la délivrance officielle d'une autorisation de pratiquer ne parle pas de la compétence mise en œuvre dans l'activité auprès des patients. Or, on ne dispose d'aucune évaluation des prestations effectuées et les discours de type « prise de position » restent la règle sur ce sujet. Cela met en évidence peut-être l'impasse devant laquelle on se trouve si l'on veut expliciter la compétence d'un groupe professionnel, et en l'occurrence savoir si, après une tendance à la disqualification des généralistes face au progrès de l'hôpital, ceux-ci sont ou non en train de conquérir une compétence particulière fondée sur l'orientation vers les patients.

Le fait que subsistent les discours, dans le milieu médical, sur la nécessaire revalorisation des généralistes (donc considérés comme compétents mais insuffisamment reconnus) et sur l'indispensable amélioration de la formation des futurs généralistes (donc les praticiens actuels sont inadéquats) permet d'accréditer l'hypothèse que, sur ce sujet, on se contente volontiers d'images approximatives ou de représentations idéales. Le pas vers une évaluation des procédures et des résultats concrets est difficile à faire, d'autant plus que les problèmes des patients sont multiples et imprécis et que les thérapies sont souvent incertaines. Du point de vue de la réponse aux besoins de soins des usagers, et donc des orientations souhaitables du système de prise en charge médicale, il importe de trouver des critères plus précis que les états d'âmes et impressions actuels. Un défi épistémologique est adressé aux chercheurs afin de fournir une indication, à partir de l'observation de la pratique médicale curative actuelle, des résultats pertinents en termes de santé de la population.

Les attentes des patients: intelligence et responsabilité

Vis-à-vis de la médecine, les usagers ont des attitudes multiples, qui varient suivant leur susceptibilité d'être (gravement) malades. Sans rejeter l'intérêt des enquêtes représentatives sérieuses effectuées auprès d'échantillons de la population¹, il faut admettre qu'on connaît mal les cheminements de pensée et les références sous-jacentes qui conduisent les usagers à adopter telle conduite face à la santé ou la maladie.

¹ Autorengroupe SOMIPOPS: « Die Haushaltbefragung: Methoden zur Definition und Erfassung von Gesundheits- und Versorgungsindikatoren ». *Médecine Sociale et Préventive*, 26, 21-25, 1981; Autorengroupe SOMIPOPS: « Inhalt und Ablauf der Hauptbefragung ». *Méd. Soc. Prév.*, 27, 324-325, 1982.
M. BUCHMANN et al.: *Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Alltag*. Haupt, Bern, 223 p., 1985.

Lors d'une série d'interviews en profondeur dans une quarantaine de ménages¹, j'ai pu constater que des gens qui essaient de vivre consciemment leur existence quotidienne (condition préalable de l'enquête) cherchent à limiter au maximum le recours à la médecine et pensent que de nombreuses personnes pourraient faire de même. Ils ne désirent pas se passer des médecins, ni se mettre à leur place, mais en y allant seulement en cas de vrai besoin, ils pensent qu'ils pourraient alors bénéficier d'autant plus complètement de l'expérience et du savoir du médecin consulté. C'est pourquoi ils accordent beaucoup d'importance à la dimension intellectuelle de la consultation, et soulignent ainsi les aspects qui devraient être améliorés: connaissance du malade, prise en considération de son mode de vie, de sa situation familiale, écoute de son vécu et de ses préoccupations, etc. Quant à l'action thérapeutique, ils voudraient que le médecin propose au patient plusieurs options quand cela est possible, par exemple entre des démarches médicamenteuses, comportementales, psychologiques... en acceptant de comprendre aussi les penchants des patients vers des méthodes parallèles ou des remèdes laïcs.

Leur demande de revalorisation de la médecine générale par plus d'intelligence et moins de routine technique est un aspect de leurs préoccupations. Il y en a deux autres: l'hôpital universitaire et la santé familiale. A propos des cotisations élevées de l'assurance-maladie, les interviewés disent volontiers: c'est le prix de la sécurité, là au moins on a l'impression de faire une dépense utile, même si elle est élevée. Ces gens accordent en effet un grand prix à la sécurité, qui est à la fois le maintien de la vie et la survie économique. Ce n'est donc pas un luxe de disposer, à proximité de chez soi, et économiquement accessible, d'un équipement médico-hospitalier à la pointe du progrès, jouissant de tous les moyens pour faire face aux maladies et accidents graves, avec les personnels médicaux les plus performants selon les règles de la médecine moderne.

Médecine générale plus intelligente et plus douce, et centre hospitalier à la pointe des nouvelles techniques, les usagers souhaitent pouvoir s'adresser à ces deux registres de la médecine, même s'il faut y mettre le prix. Ce qui est grave à leurs yeux, ce n'est pas de dépenser 8 à 10% du produit national brut pour la santé et la médecine, mais de mal utiliser cet argent, de le détourner en gaspillages, en superprofits, etc. C'est donc l'orientation des choix économiques et des modèles thérapeutiques qui est critiquée, et non le montant global des sommes dépensées pour la santé et la médecine. Peu d'usagers en effet s'inquiètent de l'« explosion » des coûts de la santé; ils sont plutôt préoccupés de la façon dont on pratique la médecine dans notre société. La compétence des médecins, en particulier, n'est pas mise en doute et les usagers se sentent démunis pour l'évaluer

¹ Ph. LEHMANN: *Opinions et attitudes d'usagers face au problème du-coût de la santé — Enquête exploratoire*. Lausanne, 47 p. 1984. Recherche effectuée dans le cadre du projet « Prise en charge domestique et professionnelle de la santé et de la maladie », req. P. Gilliland, crédit FN 3.854-0.81.

précisément. Néanmoins, quand en médecine générale le contact personnalisé et l'interrogatoire intelligent du malade est délaissé au profit de trop d'examen de laboratoire ou d'explorations radiologiques, les usagers tendent à penser que la compétence médicale est mal employée. Leurs exigences concernent des prestations professionnelles précises, elles ne se limitent pas à la politesse ou à la douceur de la relation, dont certains sociologues prétendent que ce sont les seuls critères de jugement que les personnes de milieu modeste ont pour évaluer leur médecin, à défaut d'une maîtrise du savoir scientifique¹.

S'ils demandent plus de responsabilité aux médecins et à l'hôpital, nos interviewés sont prêts à en assumer aussi eux-mêmes une bonne part en ce qui concerne leur santé: on peut faire beaucoup pour éviter la maladie. Les interviewés se retrouvent tous dans cette option positive vis-à-vis d'une promotion de la santé dans la vie de tous les jours: alimentation saine, équilibrée et agréable, même si elle est plus chère; rythme de vie, résistance au stress et aux difficultés imposées de l'extérieur; sourire, harmonie, ambiance familiale, amour, confiance en soi...; sport, loisirs, jardin, écologie... Si les gens étaient plus heureux, ils seraient moins malades! Il s'agit d'une philosophie de la vie, qui donne un sens à l'existence bien au-delà des problèmes de santé ou de maladie.

Cette enquête n'est pas un sondage représentatif de la population. Mais elle illustre avec force des manières de penser et des préoccupations qui sont présentes dans la population. Les personnes interrogées habitaient tous les cantons romands, et appartenaient à des situations économiques, familiales et politiques très variées. Néanmoins, leurs opinions se ressemblent dans la façon de saisir les problèmes actuels du système de soins, ainsi qu'en ce qui concerne les vœux qu'ils expriment. Toutes voudraient que l'on recherche une meilleure santé et une meilleure médecine, ce qui signifierait — au prix de certains contrôles et de restrictions acceptables — une meilleure utilisation des ressources sociales dans ce domaine. Cette similarité des points de vue est une des découvertes remarquables de l'enquête. Elle est probablement à rattacher à la sélection qualitative des interviewés parmi des milieux jugés « pas trop naïfs » dans leur perception de la vie quotidienne et des institutions. Il y a là un effet de convergence des attitudes qui dépasse les différences socio-culturelles bien établies² entre groupes sociaux cultivés et socialement favorisés, qui privilégient la dimension symbolique de la santé (perception réflexive) et la compétence spécifique de la médecine, et groupes défavorisés sur les plans de l'instruction et de l'économie, concernés par la valeur d'usage du corps et soucieux d'une médecine qui rétablisse rapidement l'aptitude physique et économique du corps.

¹ L. BOLTANŃSKI: « Les usages sociaux du corps ». *Annales E.S.C.*, 26, 205-233, N° 1, 1971; pp. 212-214.

² L. BOLTANŃSKI, op. cit.; M. BUCHMANN, op. cit.; G. CORAJOU et Ph. LEHMANN: *Cultures et pratiques dans le champ sanitaire*. IREC-EPFL, Lausanne, 222 p., 1981.

PHILIPPE LEHMANN

L'approche de la santé par les usagers est déterminée par la relation spécifique que nous avons tous à la santé, bien commun et bien menacé par les plus grands risques. La maladie oscille entre la grippe et le cancer, la médecine entre le mercurochrome et le scanner... Il y a des choses dont l'usager se sent capable de parler, et d'autres où il est muet devant les blouses blanches; cette conscience des risques fait dès lors accepter une certaine toute puissance du corps médical et une partie des privilèges dont il peut bénéficier, vu que lui seul sait guérir ou sauver quand la vie est en danger. La confiance dans la compétence des médecins est alors la seule attitude possible, puisque le monde médical ne propose pas d'instruments conceptuels ni empiriques pour juger de sa propre compétence.

Normes culturelles et critères scientifiques

Ces réflexions sur la compétence, autrement dit sur ce qui fait un « bon médecin », montrent l'importance de représentations et de normes qui sont bien plus du ressort de la culture que de la science. Le progrès, la spécialisation, l'orientation vers la maladie ou vers le patient, la médecine douce et l'écoute thérapeutique, voilà des notions que nous aurions voulu définir de façon explicite, avec des critères scientifiques, sans trop de présupposés idéologiques. Or, le milieu médical ne se prête pas à de telles investigations, et encore moins à des généralisations à partir de la pratique courante. Les essais cliniques randomisés, qui testent l'efficacité de procédures thérapeutiques, ne permettent pas d'évaluer globalement la compétence de médecins de telle ou telle orientation. En fait, c'est essentiellement la réputation attachée aux institutions en place et l'investissement des modes ou modèles d'action thérapeutique qui alimentent les images que l'on a de la compétence, dans le milieu médical comme chez les usagers. Cette conclusion doit stimuler l'intérêt scientifique que divers chercheurs pourraient porter aux valeurs culturelles qui déterminent les représentations et attentes vis-à-vis de la médecine.

Débats recueillis par Daniel Schneider

Le thème de l'exposé a attiré un grand nombre de personnes; c'est surtout, semble-t-il, l'« approche domestique » qui a suscité l'intérêt de nombreux travailleurs sociaux et infirmières en santé publique. Cette partie de l'auditoire s'attendait visiblement à tout autre chose que les propos introductifs, elle reproche par exemple au conférencier de n'avoir parlé que des médecins sans faire mention des soins à domicile.

Un débat limité à un très petit nombre d'intervenants s'engage tout de même autour de la notion de compétence médicale. Pour certains, la population est parfaitement capable d'effectuer un choix raisonné de ses médecins, alors que d'autres tiennent qu'il est impossible pour un simple citoyen de comparer des pratiques médicales. Seuls les actes les plus techniques (chirurgicaux par exemple) peuvent être évalués en termes de

LA NOTION DE COMPÉTENCE

réussite, l'essentiel de ce qui caractérise une bonne médecine reste inaccessible au patient moyen.

Ainsi, le public apprécie la compétence médicale d'une toute autre manière que les médecins eux-mêmes. Parmi les critères de cette évaluation populaire les problèmes de communications ne sont pas les moins importants. Le professeur Tschopp met un terme à la discussion en indiquant qu'il n'accorde plus aucun crédit à des enquêtes sur les pratiques médicales. Son expérience (SOMIPOPS) lui permet d'affirmer que les gens « mentent incroyablement » et que leurs discours très raisonnables ne tiennent pas face à la réalité de la maladie.

Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive
Services de Santé - rue du Bugnon 17
LAUSANNE 1005 (Suisse)