

UNIVERSITE PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTE DE MEDECINE

Année 2010

n° _____

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

MALVEZIN Elodie

Née le 23 mai 1981 à Paris 20e

Présentée et soutenue publiquement le 19 mai 2010

**La relation médecin-patient à l'ère de la médicalisation :
point de vue de trois médecins généralistes et écrivains contemporains :
Christian LEHMANN, Luc PERINO et Martin WINCKLER**

Président : Monsieur le Professeur Jean-François BERGMANN

Directeur : Monsieur le Docteur Eric GALAM

DES de médecine générale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-François BERGMANN

Vous m'avez fait l'honneur de présider cette thèse.

Je vous en suis profondément reconnaissante.

A mon directeur de thèse, le Docteur Eric GALAM

Merci de m'avoir guidée dans ce travail tout en m'accordant une grande liberté.

Merci pour votre soutien, vos précieux conseils et votre disponibilité.

Aux membres du jury

Vous m'avez fait l'honneur d'assister à cette thèse.

Je vous remercie pour votre écoute et le temps que vous m'avez consacré.

Aux Docteurs et écrivains Christian LEHMANN, Luc PERINO et Martin WINCKLER

Merci pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail, pour votre disponibilité et votre gentillesse et pour les riches enseignements que vous m'avez prodigués au travers de vos ouvrages.

Aux Docteurs Nathalie CARON, Valérie DOUILLARD, Marina LAVIGNE et Bernard JOMIER, maîtres de stage et amis

Bien plus que la médecine générale, vous m'avez appris le soin dans toute sa dimension humaine.

Merci de m'avoir ainsi montré qu'une médecine bienveillante et altruiste n'est pas une utopie.

A tous les soignants que j'ai rencontrés durant mes études

Merci pour vos enseignements et votre gentillesse.

A mes parents

Partis trop vite, vous m'accompagnez chaque jour dans mon cœur.

Merci pour tout ce que vous m'avez donné et inculqué et qui m'a permis d'en arriver là aujourd'hui.

J'aurais aimé le partager avec vous, vous me manquez.

A mon frère

Merci pour ta bienveillance, ta force de caractère, ton sérieux et ton optimisme qui nous ont permis de traverser les épreuves de la vie.

J'espère que cette complicité qui nous unis durera à jamais.

A ma famille

Merci pour votre soutien tout au long de mes études et pour tout ce que vous avez fait pour moi.

Sans vous rien n'aurait été possible.

Je vous en suis éternellement reconnaissante.

A mes beaux-parents

Merci pour votre sollicitude et pour votre aide matérielle et affective tout au long de mon travail.

A mes amis

Merci pour tous les bons moments partagés, pour votre confiance en moi mais aussi pour votre présence et votre appui dans les instants plus difficiles.

A Mathieu, l'homme que j'aime

Qui m'a soufflé le sujet de cette thèse

Merci pour tout l'amour que tu m'apportes, pour ta grande patience, ton soutien « scolaire », tes conseils, tous tes encouragements et le réconfort dans les moments de doute.

Knock : Dans un canton comme celui-ci nous devrions vous et moi, ne pas pouvoir suffire à la besogne.

Mousquet : C'est juste.

Knock : Je pose en principe que tous les habitants du canton sont ipso facto nos clients désignés.

Mousquet : Tous, c'est beaucoup demander.

Knock : Je dis tous.

Mousquet : Il est vrai qu'à un moment ou l'autre de sa vie, chacun peut devenir notre client par occasion.

Knock : Par occasion ? Point du tout. Client régulier, client fidèle.

Mousquet : Mais encore faut-il qu'il tombe malade !

Knock : « Tomber malade », vieille notion qui ne tient plus devant les données de la science actuelle. La santé n'est qu'un mot, qu'il n'y aurait aucun inconvénient à rayer de notre vocabulaire. Pour ma part, je ne connais que des gens plus ou moins atteints de maladies plus ou moins nombreuses à évolution plus ou moins rapide. Naturellement, si vous allez leur dire qu'ils se portent bien, ils ne demandent qu'à vous croire. Mais vous les trompez. Votre seule excuse, c'est que vous avez déjà trop de malades à soigner pour en reprendre de nouveaux.

Mousquet : En tout cas, c'est une très belle théorie.

Knock : Théorie profondément moderne, monsieur Mousquet, réfléchissez-y, et toute proche parente de l'admirable idée de la nation armée, qui fait la force de nos Etats.

Extrait de *Knock*

Jules Romains

Sommaire

Introduction.....	11
Méthode.....	14
Résultats.....	16
I / Analyse des ouvrages des trois médecins-écrivains.....	16
I.1 La relation médecin-patient.....	16
I.1.1 Un colloque « singulier ».....	16
I.1.2 Les acteurs.....	17
I.1.2.1 Le médecin.....	17
Ses qualités - Ses limites	
I.1.2.2 Le patient.....	23
Une personne en souffrance - Des croyances - Des exigences - Notion de vrai malade	
I.1.3 La rencontre.....	27
I.1.3.1 Les lieux.....	27
La salle d'attente - Le cabinet - La visite à domicile - La garde - Le téléphone	
I.1.3.2 Les motifs.....	30
La santé et la maladie - La gériatrie - La femme - L'homme - Le couple - La pédiatrie - La violence intrafamiliale - L'annonce d'une mauvaise nouvelle - Les soins palliatifs - La douleur - La mort - Les pathologies chroniques et le renouvellement - La prévention et le dépistage - Le psychosomatique et la psychologie - Les pathologies occidentales - La distribution de médicaments - Les examens complémentaires - Les plaintes multiples - Le prétexte - Les idées fixes - Les demandes pour un tiers - Les premières fois - Les urgences - Les certificats - La médecine rurale	
I.1.3.3 Le déroulement.....	62
L'entretien - L'examen clinique - La prescription - Le paiement - La feuille de soins	
I.1.3.4 La nature.....	67

La confiance - Le respect - L'écoute - La collaboration - La patience - L'impartialité - L'effet
médecin - Le langage non verbal - Le secret professionnel - L'incompréhension - L'importance
du ton - L'affection

I.2 Les limites de la relation médecin-patient	77
I.2.1 La société et les patients	77
I.2.1.1 Le nomadisme médical	77
I.2.1.2 Sur-consommateurs	78
I.2.1.3 L'automédication	79
I.2.1.4 Société de consommation	80
I.2.1.5 Hyper-médicalisation	82
I.2.1.6 Augmentation du « psy »	83
I.2.1.7 Dogme du tout exogène	85
I.2.1.8 Perte des repères	86
I.2.1.9 Compétitivité	86
I.2.1.10 Judiciarisation	86
I.2.2 L'industrie pharmaceutique	88
I.2.2.1 Une médecine sous influence	88
I.2.2.2 Primauté du profit sur la vie humaine	90
I.2.2.3 La loi du marché	90
I.2.2.4 Désinformation du public	91
I.2.2.5 Les pouvoirs publics sous influence	92
I.2.3 Les médias	94
I.2.3.1 L'absence d'indépendance	94
I.2.3.2 Le rôle des médecins	94
I.2.3.3 Pouvoir des médias sur le public	95
I.2.4 Les pouvoirs publics	96
I.2.4.1 La santé publique	96
I.2.4.2 Complices de l'industrie pharmaceutique	98
I.2.4.3 Dévalorisation de la médecine générale	98
I.2.4.4 Prévention	100
I.2.4.5 Les caisses d'Assurance Maladie	100
Favorise la surconsommation médicale - Décharge administrative sur le médecin généraliste -	
Remboursement - Déficit de la Sécurité sociale.	
I.2.4.6 Education sanitaire des patients	102
I.2.5 Le milieu médical	103
I.2.5.1 La profession médicale	103
Sentiment de toute puissance - Le corporatisme - L'inhomogénéité de la profession - La rivalité professionnelle	
I.2.5.2 L'absence de remise en question	106
I.2.5.3 Statut de la médecine générale	108
I.2.5.4 Paiement à l'acte	109
I.2.5.5 L'ordre des médecins	109

I.2.5.6 Le progrès médical.....	110
Illusion - Hyperspécialisation de la médecine - Disparition du sens clinique - Influence sur la santé publique	
I.2.5.7 Une formation universitaire inadaptée.....	114
Concours de l'internat - Manque de formation humaine - Principe d'autorité et académisme médical - Absence de formation thérapeutique - Contenu des cours et examens - Formation à l'hôpital	

II/ Analyse de la médecine et de la maladie à partir d'ouvrages théoriques.....123

II.1 Approche historique.....123

II.1.1 Les révolutions médicales au XIXe siècle.....125

II.1.1.1 La théorie cellulaire.....	125
II.1.1.2 La physiologie.....	126
II.1.1.3 L'anatomo-clinique.....	127
II.1.1.4 La microbiologie.....	128

II.1.2 Les autres avancées médicales au XIXe siècle.....129

II.1.2.1 Les techniques d'exploration de l'organisme.....	130
II.1.2.2 L'autonomisation de la chirurgie.....	131
II.1.2.3 La spécialisation de la médecine.....	132
II.1.2.4 Les progrès thérapeutiques.....	133
II.1.2.5 Une nouvelle perception du psychisme.....	136

II.1.3 La place de la médecine dans la société.....137

II.1.3.1 La profession médicale.....	137
II.1.3.2 Les maladies infectieuses, la santé publique et la protection sociale.....	138

II.1.4 Perspectives médicales au XXe siècle.....140

II.1.5 Influence de la médecine moderne sur le diagnostic médical.....142

II.2 Approche anthropologique.....145

II.2.1 Place des maladies dans les sociétés.....145

II.2.1.1 Les épidémies.....	146
II.2.1.2 Le progrès sanitaire.....	146
II.2.1.3 Les maladies modernes.....	147

II.2.2 Détermination sociale des états de santé.....147

II.2.2.1 Les facteurs sociaux.....	148
La sélection sociale - La causalité sociale - La hiérarchie sociale	
II.2.2.2 Les variables individuelles.....	149
Le stress et les événements de vie stressants - Les types de personnalité - La capacité à faire face - Le soutien social	

II.2.3 Les modèles de la relation médecin-malade.....	150
II.2.3.1 Le modèle consensuel (selon Talcott Parsons).....	150
II.2.3.2 Le modèle conflictuel (selon Eliot Freidson).....	151
II.2.3.3 La négociation dans la relation médecin-patient.....	152
II.2.4 Les modèles étiologiques de la maladie.....	153
II.2.4.1 Les modèles ontologique et fonctionnel (ou relationnel).....	153
II.2.4.2 Les modèles exogène et endogène.....	154
II.2.4.3 Les modèles additif et soustractif.....	156
II.2.4.4 Les modèles maléfique et bénéfique.....	156
II.2.5 Les modèles thérapeutiques de la maladie.....	157
II.2.5.1 Les modèles allopathique et homéopathique.....	157
II.2.5.2 Les modèles soustractif et additif.....	158
II.2.5.3 Les modèles adorcistique et exorcistique.....	158
II.2.5.4 Les modèles sédatif et excitatif.....	159
II.2.5.5 Inter-relations entre les modèles.....	159
II.2.6 Ambivalence des modèles étiologiques chez les patients.....	161
II.2.7 Interprétation de la maladie par les malades et les médecins.....	161
II.2.8 La maladie et la société.....	162
 II.3 La médicalisation.....	 164
II.3.1 L'extension du domaine médical.....	164
II.3.2.1 Historiquement.....	164
II.3.2.2 Démographiquement et économiquement.....	165
La demande de soins - L'offre de soins	
II.3.2 L'extension du champ de compétence du médecin.....	166
II.3.3 La médicalisation de la vie.....	167
II.3.3.1 La santé comme valeur ultime.....	167
II.3.3.2 L'idéologie de prévention.....	168
II.3.4 La « pathologisation » grandissante.....	169
 III/ Analyse des entretiens.....	 172
III.1 La double vocation, médecin et écrivain.....	172
III.2 La part de la médecine et de l'écriture dans leur vie.....	172
III.3 L'expérience professionnelle comme sujet d'écriture.....	173
III.4 La relation médecin-patient.....	173
III.5 Influence de la médicalisation sur la relation médecin-patient.....	174

III.6 L'influence de la société sur la relation médecin-patient.....	175
III.7 Les attentes du médecin et du patient.....	176
III.8 Les limites de la relation médecin-patient.....	177
III.9 La formation des étudiants en médecine générale.....	177
III.10 La formation médicale continue.....	179
III.11 La remise en question des médecins généralistes.....	179
III.12 La responsabilisation des patients.....	180
III.13 L'éducation sanitaire des patients.....	181
III.14 La cohabitation avec l'industrie pharmaceutique.....	182
III.15 L'avenir de la médecine générale et de la relation de soin.....	183
 Discussion.....	 185
I/ Intérêts et limites de cette étude.....	185
II/ Le constat des auteurs.....	186
II.1 La relation médecin-patient.....	186
II.2 La médicalisation.....	187
II.3 Le médecin.....	190
II.3.1 Un être humain.....	190
II.3.2 Une formation universitaire inadaptée.....	191
II.3.3 Ambivalence du statut du médecin généraliste.....	192
II.3.4 Le manque d'indépendance.....	193
II.3.5 Les conditions d'exercice.....	194
II.3.6 Le burn-out.....	195
II.4 Les patients.....	196
II.4.1 La responsabilisation.....	196
II.4.2 Les attentes de la population.....	197
III/ Une situation ancienne.....	198
III.1 La formation médicale.....	199
III.2 Persistance de la relation maître-élève.....	202
III.3 La collusion de l'anonymat.....	202
III.4 Statut de la médecine générale.....	203
III.5 L'éducation de la population.....	205

III.6 La médicalisation.....	205
IV/ Des solutions apportées insuffisantes.....	206
IV.1 Définition de la médecine générale.....	206
IV.2 Diplôme d'Etudes Spécialisées et Filière Universitaire de Médecine Générale.....	207
IV.3 Statut de Médecin Traitant.....	208
IV.4 Mesures coercitives des pouvoirs publics.....	210
IV.5 Point de vue de la population.....	211
V/ Perspective d'avenir selon les auteurs.....	212
VI/ Constat personnel.....	213
 Conclusion.....	 215
 Bibliographie.....	 220
 Annexes.....	 225
I / Annexe I : Questionnaire d'entretien.....	225
II/ Annexe II : Entretien avec Christian LEHMANN.....	227
III/ Annexe III : Entretien avec Luc PERINO.....	242
IV/ Annexe IV: Entretien avec Martin WINCKLER.....	253
V/ Annexe V: Code de déontologie.....	261

Introduction

Les XIXe et XXe siècles ont connu de profonds changements techniques, scientifiques, sociaux, culturels et intellectuels, qui ont également touché le domaine de la médecine et par conséquent la relation médecin-patient. Nous avons assisté à une médicalisation de la vie, en faisant relever des phénomènes naturels ou sociaux du domaine médical, ainsi que de la société, en dotant le pays d'une infrastructure médicale. Ainsi selon Foucault, « *la médicalisation de la vie constitue l'une des dimensions de l'expansion, dans les sociétés occidentales, du paradigme biopolitique. La médecine s'est extraite au XXe siècle hors de son champ d'exercice traditionnel pour s'imposer comme une pratique sociale à facettes multiples et s'impose désormais à l'individu, malade ou non, comme un acte d'autorité* ».

La médecine, quant à elle, peut être considérée comme l'ensemble des connaissances scientifiques et des moyens de tous ordres mis en œuvre pour la prévention, la guérison ou le soulagement des maladies, blessures ou infirmités ; et le médecin, comme la personne qui, titulaire du diplôme de docteur en médecine, l'exerce. Le patient serait une personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale ; et le malade, une personne dont la santé est altérée. Ces deux protagonistes se rencontrent au cours de la consultation médicale qui est l'examen de ce malade par le médecin. La relation qui s'instaure entre les deux est appelée la relation médecin-patient. Elle désigne les interactions entre le médecin et le patient. Quentin Debray la définit comme « *une relation de soin. Cela signifie qu'elle est justifiée par la douleur et le danger, et qu'elle implique une certaine intimité, impudique, qui dévoile le corps et l'esprit. De plus, un certain mystère plane au-dessus de l'action thérapeutique : le médecin utilise des moyens sophistiqués, qu'il*

ne maîtrise pas toujours, et dont il ne connaît pas les conséquences précises ; nous sommes dans le domaine du vivant, aux infinies facettes, où chaque créature est unique. Autrement dit, l'état de souffrance, de danger lié à la maladie peut se prolonger par des émotions identiques, liées cette fois-ci au traitement. L'acte thérapeutique, parce qu'il implique la douleur, entraîne de la part du médecin des sentiments de sympathie, de projection : le médecin se met à la place du malade, d'où une évidente et permanente émotion qu'il n'est pas toujours facile de maîtriser. Mais, nous ne devons pas confondre le soin et l'assistance. Là où l'assistance n'est qu'un réconfort, une sympathie, le soin réalise un changement, une évolution : le patient n'est plus après comme il était avant. Cela est vrai pour toute médecine, qu'elle soit physique ou psychique, qu'elle se pratique dans l'urgence ou lors d'une consultation. Cette évolution entraîne des remaniements annexes, et dans certains cas la disparition du trouble sera vécue comme un manque : ce qui fait souffrir le corps peut parfois préserver l'esprit, ou l'équilibre familial. Cela signifie que le thérapeute doit avoir à l'esprit l'ensemble des caractéristiques qui composent l'existence de son malade : maladie, personnalité, statut social, familial, professionnel, culturel, histoire personnelle. »

Il s'agit ainsi d'une relation d'échange intime entre deux individus, le médecin et le patient, qui va inévitablement engendrer des émotions dans les deux camps. Elle est unique car chaque individu est unique, et dépendante de l'existence de ses protagonistes. Enfin, elle est l'élément pilier qui soutient toute démarche thérapeutique ultérieure.

C'est dans ce contexte que plusieurs médecins contemporains ont décidé de témoigner de leurs relations médecin-patient au travers d'ouvrages littéraires, dans lesquels ils nous présentent, non pas la dimension scientifique, mais avant tout les dimensions humaine et sociale de la médecine et de la maladie. En se replaçant dans le contexte des consultations, ils nous livrent les représentations que les médecins et les patients s'en font, comment elles s'inscrivent dans leur vie personnelle et sociale, et de ce fait, comment ils vont interagir autour d'elles. F. Laplantine qui a mené des travaux dans ce sens dans les années 1980, nous dit que « *les processus d'échange entre soignants et soignés ne*

s'effectuent pas seulement, entre l'expérience vécue du malade et le savoir scientifique du médecin, mais aussi entre le savoir du malade sur sa maladie et l'expérience vécue du médecin ». Le travail qui suit pourrait donc constituer une approche sociologique et anthropologique différente, la relation médecin-patient étant examinée de l'intérieur même du milieu médical, par les principaux acteurs de cette relation, qui la vivent au quotidien, choisissent d'en parler, d'analyser ce qu'elle représente pour eux et de voir comment elle s'inscrit dans notre société.

Cette étude porte donc sur les ouvrages de trois de ces médecins et écrivains, Christian LEHMANN, Luc PERINO et Martin WINCKLER, afin d'étudier leur perception de cette relation et la façon dont elle est influencée par la médicalisation de notre société.

Nous verrons dans un premier temps comment ils nous décrivent la relation médecin-patient et quelles en sont ses limites. Ensuite nous ferons un rappel historique, sociologique et anthropologique, à partir d'ouvrages théoriques sur la médecine, la maladie, la médicalisation et la relation médecin-patient, afin de comprendre leur évolution du XIXe siècle à nos jours. Enfin, après un entretien avec ces trois médecins, nous discuterons les résultats afin de voir quelle place la médecine générale et la relation de soin occupent dans notre société aujourd'hui, avant de tenter de leur donner quelques perspectives d'avenir.

Méthode

Tout d’abord, ce travail porte sur la lecture et l’analyse des ouvrages des médecins et écrivains Christian LEHMANN, Luc PERINO et Martin WINCKLER. Il s’agit d’ouvrages choisis pour leur description de la relation médecin-patient d’un point de vue romanesque ou sociologique :

LEHMANN, Christian. *Patients, si vous saviez... : Confessions d’un médecin généraliste*.

PERINO, Luc. *Carnets de santé ; La Sagesse du médecin ; Humeurs médicales ; Le Bobologue : Résolument médecin*.

WINCKLER, Martin. *La maladie de Sachs ; En soignant, en écrivant ; C’est grave docteur? : Ce que disent les patients, ce qu’entendent les médecins ; Nous sommes tous des patients*.

On tente d’appréhender la perception qu’ils ont de cette relation, quels en sont les acteurs, la nature, les modalités et les limites, dans notre société médicalisée d’aujourd’hui.

Dans un second temps, un rappel historique et sociologique sur l’évolution de la médecine et de la maladie au cours des deux derniers siècles est réalisé avec l’aide des ouvrages de référence suivants :

ADAM, P. et HERZLICH, C. *Sociologie de la maladie et de la médecine*.

FOUCAULT, Michel. *Naissance de la clinique*.

GRMEK, Mirko D. *Histoire de la pensée médicale en occident : Du romantisme à la science moderne*.

Une approche anthropologique de la maladie et de la relation médecin-patient est envisagée grâce à l’ouvrage de François LAPLANTINE : *Anthropologie de la maladie*.

Et un rappel sur la médicalisation qui a eu lieu ces deux derniers siècles est effectué à partir du travail dirigé par AIACH, P. et DELANOE, D. : *L’ère de la médicalisation : Ecce home sanitas*.

Parallèlement, afin d'approfondir les résultats et les pistes de réflexion issus de l'analyse des ouvrages des trois auteurs choisis, un questionnaire est réalisé et leur est soumis lors d'un entretien.

Celui-ci est enregistré pour Luc PERINO et Christian LEHMANN. Martin WINCKLER ayant émigré au Québec, l'entretien est réalisé par voie électronique via une correspondance e-mail.

L'ensemble des réponses à ces entretiens est synthétisé dans une troisième partie.

Ensuite, l'ensemble des données recueillies est discuté avec l'appui de textes législatifs et de rapports ministériels actuels, et de deux ouvrages, choisis parce qu'ils traitent des problèmes soulevés par nos trois auteurs :

BALINT, Michael. *Le médecin, son malade et la maladie*.

BRAUN, Robert N. *Pratique, critique et enseignement de la médecine générale*.

Puis vient la conclusion sur la relation médecin-patient, ses limites et ses perspectives d'avenir.

Résultats

Dans cette première partie, nous avons donc abordé la perception qu'ont nos trois auteurs de la relation médecin-patient et de ce qui la compose. Dans l'ensemble, ils partagent les mêmes idées, qu'ils réitèrent dans leurs différents ouvrages. C'est pourquoi le travail a consisté majoritairement en une synthèse de celles-ci, excepté les cas où se dégage une considération plus personnelle.

I/ Analyse des ouvrages des trois médecins-écrivains

I.1 La relation médecin-patient

I.1.1 Un colloque « singulier »

Il s'agit de la rencontre entre deux individus, le médecin et le patient, dans le but d'une relation d'aide et d'échange, librement consentie et en théorie neutre et bienveillante. Elle repose sur une confiance et une écoute mutuelles. Le patient peut alors confier ses angoisses même les plus intimes au médecin et lui accorder le droit aux questions les plus impudiques et à l'exploration de son corps. Il est ainsi investi d'un pouvoir touchant aux questions essentielles de la vie, la mort et la souffrance. Pourtant, progressivement, d'autres acteurs interviennent et viennent modifier cette relation privilégiée, comme l'assurance maladie, les médias, les pouvoirs publics ou les laboratoires pharmaceutiques.

I.1.2 Les acteurs

I.1.2.1 Le médecin

Selon M. Winckler, dans l'inconscient collectif, la vision du médecin est souvent très archaïque, marquée d'un désir de magie. L'activité médicale dont le but est de soulager l'humanité est considérée comme noble et respectée, de transmission familiale et pourvoyeuse de notoriété et de pouvoir.

Mais en réalité pour lui, *« un homme devient médecin pour la gloire, l'argent, le pouvoir, parfois pour soulager l'humanité souffrante ou pour parvenir à un statut symbolique mais surtout pour soigner une souffrance symbolique dans sa vie personnelle ou familiale car soigner l'autre permet de se soigner soi-même »*.

En pratique, le médecin est un avant tout un soignant, un omnipraticien, chargé du soin de l'individu de sa naissance à sa mort. Il prodigue le soin comme un don de soi, dicté par une motivation profonde et une obligation morale.

Mais il reste un être humain avec ses limites. Il n'est pas un robot et peut exprimer ses émotions. Il n'est ni omniscient, ni omnipotent. Il a le droit à l'erreur et peut toujours en apprendre quelque chose.

Il existe plusieurs types de médecins : ceux qui se focalisent sur la maladie, ceux qui se focalisent sur la cause psychologique à tout prix, ceux qui ne prennent pas le temps et ceux qui ont une pratique parallèle.

Mais surtout, un médecin est toujours médecin, même en dehors du cabinet.

« Drôle de profession, médecin, quand on y pense. Voilà des gens qu'on va voir pour se faire soigner, parce qu'on a peur, ou parce qu'on ne se sent plus bon à rien. On leur apporte notre vie, nos sentiments, on se déshabille devant eux, on leur raconte des trucs qu'on ne raconterait à personne. Et on fait ça sans jamais se demander ce qu'ils ont dans la tête. Parce qu'enfin,

d'habitude, si on veut confier un secret ou parler de ses misères, on cherche plutôt à le dire à quelqu'un en qui on a toute confiance, quelqu'un qui s'est montré digne : un ami, un parent proche, quelqu'un qui ne nous a jamais fait de mal. Pas facile à trouver ! Si on est croyant, encore, on peut se tourner vers un prêtre... Bon, je sais, ils sont pas tous folichons, mais au moins on peut se dire qu'ils font pas ce boulot là pour l'argent. Mais les médecins... Ils ont peut-être pas choisi ça pour l'argent, non, pas tous, quand même pas, mais s'ils ont fait sept ans d'études, c'est tout de même pas pour rester pauvres ! [...] Surtout que, quand on va les voir, c'est pas pour une visite de courtoisie, c'est quand même parce qu'on a pas le choix. Parce qu'on souffre, parce qu'on va pas bien. Alors, on aimerait bien tomber sur quelqu'un... de gentil, quoi. Quelqu'un qui nous maltraite pas. [...] Un médecin, c'est souvent quelqu'un d'impressionnant. Dame ! Sept ans d'éducation, c'est pas rien. »

Extrait des *Trois Médecins*, M. Winckler

Ses qualités

Toujours d'après M. Winckler, dans l'inconscient collectif, un bon médecin est un médecin « *dévoué, proche, sympathique, patient, ouvert, bon, humaniste, compatissant, fort, rassurant, fiable, fin diagnosticien, habile praticien, subtil confident et parfait adepte de la neutralité bienveillante* ».

Mais en réalité, selon lui, la mission première du médecin devrait être de faire en sorte que ses patients « *ne se sentent pas plus mal en sortant de chez lui qu'en entrant* ».

Le médecin apporte avant tout son savoir et son expérience, son sérieux et son humanisme.

Mais la médecine n'est pas une science exacte et il doit laisser la place également à l'intuition, l'impression, l'estimation, le flair, le bon sens, le vécu de terrain et le doute, ce que L. Périno nomme « *les statistiques intuitives* ».

Il utilise ses compétences afin de soulager la souffrance physique et psychique de ses patients, les rassurer, les assister et les accompagner.

Pour cela il doit faire preuve d'une qualité d'écoute particulière pour recueillir les confessions de ceux qui se confient à lui et faire appel à des qualités telles que la gentillesse, la bienveillance, la sollicitude, la franchise, l'impartialité, l'inquiétude ou l'humour.

Il doit également rester disponible, vigilant, prudent, attentionné, prendre des nouvelles et surveiller.

Il n'est pas passif, c'est un homme de soin qui souhaite agir, intervenir, ordonner, prescrire et hospitaliser. Il lutte pour la vie de ses patients. Il s'inquiète pour eux. Il doit nommer la souffrance de patients qui ne peuvent pas en témoigner facilement. Il lui faut faire un diagnostic entre l'anecdotique et l'essentiel et essayer de ne pas décevoir le patient.

Enfin, pour améliorer sa pratique quotidienne, il lui faut faire preuve de curiosité et se tenir informé.

Confident

Avec la médicalisation du psychisme, le médecin est un confesseur et un confident, ce qui nécessite d'avoir une écoute particulière, de décrypter, de chercher à comprendre ce que le patient lui confie.

Il doit le mettre en confiance avec subtilité, patience, empathie et compréhension.

Il l'invite à raconter ses maux mais doit rester vigilant car il peut-être aussi mauvais soignant en écoutant trop son patient qu'en négligeant ce qu'il dit.

« Monsieur Clément a probablement raison, la parole a une vertu thérapeutique incontestable, même et surtout sur des articulations dépourvues de diagnostic. Je pourrais me plaindre d'avoir été spolié de la partie médicale de ma prestation, mais je ne le ferai pas, car je crois moi aussi, aux vertus thérapeutiques de la parole. Je me demande souvent pourquoi le médecin est plus souvent choisi qu'un autre pour servir d'exutoire à la parole. Comme si la connaissance plus approfondie du corps donnait un droit naturel sur l'esprit. [...] Ainsi les techniciens des cordes vocales et du tympan sont devenus les dépositaires naturels de cette parole dont on prétend qu'elle est, avec l'écoute, une médecine à part entière.

Je suis un écouteur professionnel, mais mon ouïe est autodidacte. Personne ne m'a jamais appris à disséquer le verbe, ce fluide inconsistant issu de nos larynx. [...] Me voilà devenu l'oreille de Monsieur Clément et de beaucoup d'autres. Une fois, avec un patient, je me suis révolté, c'est moi qui ai parlé. J'en ai parfois envie, moi aussi. [...] Alors, Monsieur Clément, continuez à me parler, venez me parler souvent, je suis un dépositaire de confidences aussi efficace que le coiffeur ou le barman, je connais la pseudo-polyarthrite rhizomélisque bien mieux que votre voyante ou votre voisin de bureau, et mon oreille est bien plus vierge de votre passif que celle de votre cousin ou de votre conjointe. Restez chez moi, Monsieur Clément, je suis devenu une oreille excellente et relativement bon marché. Plus tard si les choses se gâtent, vous pourrez encore aller parler à des écouteurs exclusifs comme le curé, dépositaire de la vérité divine, ou le psychiatre dépositaire de la vérité cérébrale. Et puis qui sait ? Un jour avec un peu de chance, vous finirez bien par l'avoir votre diagnostic. Entre temps, Monsieur Clément, je vous aurais beaucoup écouté, et j'espère de tout mon cœur que je vous aurais aidé, car il m'est toujours aussi douloureux d'entrevoir mon inutilité.»

Extrait de la *Sagesse du médecin*, L. Périno

Pédagogue

Pour instaurer un climat de confiance, le médecin doit être pédagogue, en clarifiant de façon simple mais systématique les choses, avec des explications, conseils, recommandations ou illustrations. Il doit décrire les actes médicaux et commenter les résultats d'examens, expliquer les termes, utiliser ce que les gens savent ou connaissent pour les aider à comprendre, sans jamais recourir, comme l'écrit M. Winckler, « à une terminologie uniquement médicale qui peut être terriblement ambiguë et inquiétante, car l'éducation du patient va du plus simple au plus compliqué ».

« Cette femme italienne m'amène un jour son magnifique enfant d'un an pour le monostest avant de partir voir sa famille dans le Piémont. J'applique le timbre en expliquant qu'il faut bien le garder

quarante-huit heures, l'enlever et revenir ensuite pour la lecture. Elle m'informe que son mari viendra pour le résultat, car elle sera déjà dans le Piémont. Que m'importe, le mari fera l'affaire. Quatre jours plus tard, le mari discipliné arrive pour le résultat du test. Il est seul.

- Où est l'enfant ? lui dis-je.

- Dans le Piémont avec sa mère, mais j'ai amené le timbre, dit-il, en sortant délicatement l'objet d'une enveloppe.

Excusez-moi, monsieur le père discipliné, mais j'ai éclaté de rire, je n'aurais sans doute pas dû.

Ensuite, heureusement, après mes explications, nous avons ri ensemble. »

Extrait du *Bobologue*, L. Périno

Pivot du système de soins

Le médecin est le chef d'orchestre de la santé. Il est au centre d'une équipe informelle parce qu'il fait la jonction avec les autres soignants. Il peut être en face de différentes situations dont certaines ne relèvent pas de ses compétences, telles celles qui nécessitent l'avis d'un collègue, une consultation spécialisée ou un geste technique particulier, mais il reste indispensable car il fait souvent le diagnostic, il adresse les patients au spécialiste, il est là quand ils reviennent et s'occupe de tous les problèmes mineurs qui jalonnent leur vie.

« Du coup, moi, je ne sais plus quoi dire, où me mettre. Parce que j'ai toujours eu confiance dans l'hôpital public, que j'y ai appris mon métier, que je lui confie la vie de mon père, de ma mère, sans hésiter un instant. Que je lui ai, d'ailleurs, confié la vie d'une mère, car Joséphine a des enfants. Mais je me suis trompé. Je me suis trompé parce que j'ai présumé de l'humanité de mes confrères, de l'organisation de leur service, de leur charge de travail. Car même s'il s'agit d'une défaillance ponctuelle, d'une erreur de jugement qui ne se reproduira pas, elle demeure inqualifiable. Parce que loin des examens sophistiqués et des protocoles thérapeutiques complexes, la médecine se

résume à ça, souvent : écouter le malade, l'entendre, prendre en compte sa parole. Ne jamais le mépriser, au prétexte qu'il est allongé et que nous sommes debout. »

Extrait de *Patients, si vous saviez....*, C. Lehmann

Ses limites

Un médecin n'est pas un robot, c'est un être humain et en cela il a des limites.

Il ne peut jamais être totalement « neutre », nous explique M. Winckler car il a des préjugés, une sensibilité et peut porter des jugements ou manifester des antipathies. Il ne peut pas être totalement « bienveillant » non plus, du fait même de l'acte médical qui porte atteinte à l'intimité des patients. Il n'est pas toujours patient, se met parfois en colère, peut être méfiant et n'aime pas tous les jours ce qu'il fait et ceux qu'il rencontre.

Il n'est pas toujours sûr de lui et a des peurs, des hésitations et des incertitudes.

Il n'est pas omniscient et fait des erreurs. Il importe seulement qu'il les reconnaisse, qu'il en détermine les causes et qu'il évite de s'enfermer dans un sentiment inutile de culpabilité. Il ne doit pas agir comme s'il était un être supérieur, ou comme s'il devait faire semblant de l'être car aucun médecin ne peut être spécialiste de tout et il a un équilibre à trouver dans sa pratique.

Il a parfois un sentiment d'inutilité et d'incompétence face à des situations difficiles, sentiment ambigu alors même qu'il est en position de pouvoir. Certaines pathologies qui n'ont ni clinique, ni biologie, ni imagerie et dites fonctionnelles mettent en avant l'incompétence du médecin à tout comprendre et engendrent un sentiment de honte et de malaise face au patient.

Les médecins sont aussi déroutés face aux histoires de leurs patients. Cela en amène certains à ne jamais s'exposer aux émotions de leur patients, qui ne pourront alors rien exprimer, tandis que d'autres s'y exposent largement, attirent les patients les plus revendicatifs et sont constamment dépassés. La difficulté est de trouver un équilibre entre les deux car chaque médecin, par son comportement et par son mode de travail attire certains types de patients, suscite certaines demandes

et s'expose à certaines réactions. Il doit donc s'interroger sur lui-même et sur sa pratique afin de ne pas reproduire certaines situations désagréables.

Soigner ne laisse pas indemne et le médecin peut-être inquiet, triste, abattu voire déprimé. Il a parfois un sentiment de solitude et est dans certains cas, hanté par certains souvenirs. Le risque, souligne C. Lehmann, est celui du « burn-out », qui se manifeste par « *un épuisement émotionnel et physique et une baisse du sentiment d'accomplissement de soi au travail* » et qui engendrent « *la déshumanisation de la relation au patient* », qui devient un objet. L'extrême est le suicide, qui est la première cause de mortalité des médecins en activité.

Il a souvent envie de faire autre chose, il recherche un exutoire. Il ne peut maîtriser sa pratique médicale, que s'il s'est construit comme soignant mais aussi comme individu, en dehors du soin et de la médecine car les bons médecins sont ceux qui ont d'autres centres d'intérêt que la médecine. Sinon, ils sont trop exigeants et moins compréhensifs.

« La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins, de manière inégale. Certains en tirent des bénéfices durables. D'autres décident un jour de rendre leur blouse, parce que c'est la seule possibilité de guérir – au prix de quelques cicatrices. Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin. Mais on n'est pas tenu de le faire payer aux autres, et on n'est pas, non plus, obligé d'en crever. »

Extrait de *La maladie de Sachs*, M. Winckler

I.1.2.2 Le patient

Une personne en souffrance

Le patient qui vient consulter le médecin demande avant tout, comme nous l'avons vu, à « *aller mieux en sortant qu'en entrant* ». Il arrive souvent en s'excusant de déranger le médecin.

Il expose ses problèmes et le médecin doit garder à l'esprit que ce n'est pas facile de raconter sa vie

et de mettre à nu ses sentiments. C'est une démarche plus difficile que de se déshabiller et donc un effort pour le patient, que le médecin se doit de respecter.

Les patients arrivent avec une ou des plaintes qu'ils tentent d'exprimer avec angoisse, peur, abattement, pleurs, fatigue, désespoir, hésitation, timidité, culpabilité, honte ou pudeur.

Parfois ils ne disent pas tout, il existe des non-dits, des mensonges, la peur de dire certaines choses ou une rétention d'information par crainte des reproches du médecin.

Les patients attendent du médecin qu'il prenne en compte leur parole, les écoute et les rassure. Ils lui demandent avant tout de mettre un mot, un nom sur leur mal et dans un second temps, la prescription d'examen complémentaires, une thérapeutique ou une abstention car souvent la parole a une vertu thérapeutique. Ils ont besoin de conseils et d'explications.

Ils souhaitent une médecine individuelle dans le respect de leur dignité.

« Pourquoi venez-vous me voir ce soir ?

Parce que je ne sais plus quoi faire.

Parce que ça fait trop longtemps que ça dure.

Parce que ça ne peut plus durer.

Parce que j'ai grossi.

Parce que j'ai maigri.

Parce que je ne dors plus.

Parce que je dors sans arrêt.

Parce que je ne supporte plus mes gosses.

Parce que mon père m'a frappée.

Parce que je pleure tout le temps.

Parce que j'ai des mauvaises idées.

Qu'avez-vous ?

Eh bien, je ne sais pas, c'est à vous de me le dire ! Moi, je ne suis pas médecin. »

Extrait de *La maladie de Sachs*, M. Winckler

Des croyances

Les patients croient en les médicaments car l'essentiel de l'information est véhiculée par l'industrie pharmaceutique et dans l'inconscient collectif, ce qui définit avant tout une maladie, est l'existence d'un traitement. Il existe donc un sur-achat de médicaments et un cumul des ordonnances, même si certains patients sont peu consommateurs. L'exemple le plus représentatif est la surconsommation de médicaments préventifs cardiovasculaires. Ils croient aussi aux vertus magiques des injections, bien supérieures à celles des comprimés. Les médecins, nous dit L. Périno, participent également aux croyances des patients sur la maladie en vulgarisant certaines pathologies comme la grippe, qu'ils évoquent au moindre écoulement nasal ou fièvre hivernale ou le rhume, dont on détourne la physiopathologie pour le rendre responsable de toutes les pathologies de la sphère ORL ou respiratoire. L'influence du temps sur les maux reste également une croyance bien établie et il convient souvent de ne pas contrarier les patients sur ce sujet. Les patients confondent souvent corrélation et causalité et refusent de croire au hasard. Ils préfèrent croire à une relation de causalité dans la genèse d'une pathologie ou de leur guérison. Enfin, le niveau socioprofessionnel modifie la relation au médecin.

« Le succès médiatique du cholestérol est tel que son seul chiffre est devenu l'antonyme de la longévité. Un chiffre bas confère l'immortalité, un chiffre élevé expose aux affres de l'apoplexie avec son cortège de malfaisances. »

Extrait de *Carnets de santé*, L. Périno

Des exigences

Les patients ont des exigences. Elles sont la conséquence des cotisations à la sécurité sociale et le droit au soin et au remboursement. Ils souhaitent être soignés et souvent guérir vite. Certains patients sont impatients, têtus et rigides, ils n'aiment pas attendre et que le médecin les garde trop longtemps. Ils veulent que la consultation soit rapide et sans question personnelle. D'autres exigent que le médecin leur donne ce qu'ils veulent même si leur demande est abusive, travestissant parfois la notion d'urgence. Ils peuvent être hypochondriaques ou hystériques, éloignant ainsi le médecin de la plainte initiale. La réaction du médecin souvent les mécontente et les agace.

Certains au contraire, refusent les soins, l'anamnèse, l'examen clinique, les examens complémentaires ou les prescriptions. Ils peuvent ne pas être observants.

Enfin, le patient a le droit de se méfier du médecin car il est là pour recevoir ses projections, positives ou négatives, ses attentes mais aussi ses reproches. Il peut être mécontent ou en colère et signifier au médecin qu'il a commis une erreur. Il est libre de quitter son médecin.

« Elle s'est tournée vers Marie-Jo avec un regard interrogateur. L'aide soignante a soupiré :

- C'est Germaine qui fait ça avec les malades qu'elle trouve trop « exigeants ».

- Il n'y a pas de malades trop exigeants, il n'y a que des soignants insensibles. Cette sadique n'a rien à faire dans mon service. »

Extrait des *Trois Médecins*, M. Winckler

Notion de vrai malade

Dans la pratique médicale actuelle, le médecin voit environ dix pour cent de « vraies maladies » telles qu'elles lui sont enseignées à l'université et quatre-vingt dix pour cent de plaintes autres.

Il a donc, selon L. Périno, la notion de patients authentiques, de vrais malades, innocents et victimes, qui rendent son rôle au médecin, sa fierté médicale et la notion de beau diagnostic mais aussi la

notion de malades bénins, qui le spolient de la partie médicale. Or, le médecin est en difficulté face aux paramètres non vérifiables et préfère la médecine factuelle, dans laquelle les mots savants acquis de la faculté lui donnent un sentiment de supériorité.

Mais la situation lui impose de contester en permanence ses acquis et de poser un regard constamment vierge sur ses patients.

« Insuffisance cardiaque avec œdème pulmonaire chez un paysan octogénaire : cet homme est une vraie question de cours. Enfin du concret, je prépare ma seringue.

- Est-ce que ça va me permettre de refaire mon jardin ?

Voilà bien une question inopportune en ces heures dramatiques.

- Vous serez en meilleure forme.

- Vos piqûres vont-elles réparer mes bras ?

Voilà encore une question saugrenue. Sa femme me chuchote que c'est un très mauvais malade, je découvrais ainsi l'existence des mauvais malades, la faculté ne m'en avait jamais parlé.

- Si ça ne m'aide pas à faire mon jardin, laisser moi mourir tranquille. »

Extrait de la *Sagesse du Médecin*, L. Périno

I.1.3 La rencontre

I.1.3.1 Les lieux

La salle d'attente

La salle d'attente, comme l'explique L. Périno, est l'antichambre du cabinet médical dans lequel le patient attend de trouver autorité, savoir, humanité et compétences. Les patients y patientent, souvent sans trop de plaintes, comme si la patience augurait de la santé. Le médecin ressent souvent une certaine fierté devant le nombre de patients en salle d'attente, qui marquerait son expertise. Il peut

aussi être agacé lorsqu'elle est pleine car il n'aime pas forcément faire patienter ceux qui viennent le consulter, même si leur patience l'étonne parfois. Il doit donc veiller à l'aspect accueillant de cette salle, prémices de ce qui se passera ensuite dans l'intimité du cabinet.

« Je devrais passer l'aspirateur dans la salle d'attente, ça me calmerait, mais je risque de ne pas entendre la sonnette. C'est vrai qu'elle est moche cette salle d'attente, que je devrais mettre des tableaux au mur. D'ailleurs ils sont prêts, ils n'attendent que la perceuse, quand j'aurai le temps. Ils attendent en prenant la poussière, sur une armoire, depuis deux ans. Quant aux revues, n'en parlons pas. Grâce à un couple d'amis fidèles, je récupère tous les mois une flopée de magazines récents que j'empile sur les étagères en faisant un tri rapide des revues trop amochées... »

Extrait de *Patients, si vous saviez...*, C. Lehmann

Le cabinet

L'aspect du cabinet est important également. Les patients sont attentifs aux détails et un cabinet accueillant, propre et bien organisé augure des compétences du médecin.

« La pièce est claire, les murs sont tapissés de papier bleu pâle à rayures d'un bleu plus soutenu. A ma gauche, il y a des voilages à la fenêtre. Dans le coin, de grandes étagères en pin portent des boîtes grises bourrées de dossiers. A ma droite, d'autres étagères, hautes et perpendiculaires à la cloison, partagent la pièce en deux. Placé contre le mur du fond, ton bureau est un simple plateau de bois peint en blanc, posé sur deux tréteaux tubulaires bleu sombre. Devant le bureau se trouve un fauteuil à roulettes recouvert d'un tissu beige ; à sa droite, deux sièges recouverts de drap noir vers lesquels tu tends la main.

- Asseyez-vous. »

Extrait de *La maladie de Sachs*, M. Winckler

La visite à domicile

Celle-ci constitue une entrée dans la vie privée des patients. Le médecin y perçoit des ambiances.

L'attention portée au cadre de vie permet de comprendre beaucoup de choses sur le patient et son milieu socio- médical.

« La maison est une deuxième peau, encore plus expressive que la première. La peau s'exprime par ses pâleurs, ses éruptions, son sébum, ses odeurs, ses démangeaisons, ses papules, ses hérissements, ses pustules, ses abcès, ses allergies, ses chéloïdes, son imprégnation hormonale, ses horripilations, sa sueur, ses poils, ses flush, ses mutilations volontaires, ses varicosités, son immunité, ses lichens, ses rash, ses nodules, sa pigmentation, ses squames, ses rougeurs, ses réticences et ses cosmétiques. La maison s'exprime par ses objets, ses papiers peints, son espace de circulation, ses niveaux de poussière, ses rideaux utiles et inutiles, sa bibliothèque, ses fenêtres, la place de la télévision, la présence ou l'absence de son chien, ses portes fermées, son fatras, sa lumière et sa densité de napperons. Pour le médecin, ces deux séries de symptômes, cutanés et domestiques, ont des poids équivalents, ils renseignent sur la faculté du patient à maîtriser et à ordonner les insignes de sa vie. Les objets ont une importance capitale. Un rapport subtil s'établit toujours entre l'objet et son possesseur. »

Extrait de *Carnets de santé*, L. Périno

La garde

Les plaintes nocturnes sont essentiellement des angoisses. Le médecin est parfois appelé pour des urgences ou des décès. Rarement, il est confronté à des abus de confort. L'urgence est toujours plus sociale et morale que médicale.

« Toi, quand je te réveille, tu dis qu'ils vont te le payer, tu vas leur compter trente balles de plus pour déplacement abusif exigence personnelle, et quand tu reviens tu es désolé presque abattu, malheureux d'avoir été témoin de tant de misère affective, de tant de haines rentrées, de tant de malentendus empilés. »

Extrait de *La maladie de Sachs*, M. Winckler

Le téléphone

Il est l'outil de communication du médecin. Il permet souvent de rassurer des patients angoissés ou d'échanger des informations.

« [...] enfin ces petites angoisses sans gravité de la mère de famille qui sait bien qu'elle risque d'agacer le médecin mais qui désire un avis parce que sinon elle ne dormira pas tranquille. En général, je rassure les mamans, et elles s'excusent : « Je suis trop bête, ne m'en veuillez pas. » Et moi de répondre que je préfère qu'elles m'appellent : la tranquillité d'esprit, c'est simple comme un coup de fil. »

Extrait de *Patients, si vous saviez...*, C. Lehmann

I.1.3.2 Les motifs

La santé et la maladie

La maladie résulte de divers facteurs héréditaires, développementaux, affectifs, environnementaux ou métaboliques ; et constitue une période qui peut être chronique ou aiguë durant laquelle la vie sociale du patient devient très difficile.

La santé est « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* » selon la définition de l'OMS.

Mais comment mesurer le bien-être?

L. Périno considère que la santé ou « *principe vital* », est un « *état de crise perpétuel et la maladie est le seuil au-delà duquel l'effort adaptatif devient délétère*. Or, la société occidentale considère que chaque crise adaptative relève de l'intervention médicale, ce qui signifie que la vie est médicale donc pathologique. La médecine consiste alors à dresser des barrières thérapeutiques entre la vie et son environnement en la privant de ses facultés adaptatives plutôt que de les soutenir ». Pourtant, la « *vie est une maladie mortelle sexuellement transmissible qui restera pleine d'aléas dont le dernier sera fatal* ». De nos jours, on ne distingue plus pathologie et santé mais maladie et non-maladie. La différence entre le normal et le pathologique est souvent mince. De même, la plupart des pathologies ne sont ni uniquement organiques, ni uniquement psychologiques mais relèvent d'une interaction entre les deux. Le médecin doit donc apprendre aux patients à connaître leur corps et à déceler les légers déséquilibres de leur état mental, physique ou social pour éviter de devenir esclaves de la médecine. Ainsi, L. Périno considère que « *le malade est celui qui consulte le médecin et la maladie est le sujet de leur entretien* » car une minorité des consultations du médecin généraliste, environ dix pour cent, répondent aux enseignements de la médecine universitaire, c'est-à-dire traitant de pathologies ayant une étiologie, un diagnostic et un traitement consensuels. De plus, il existe une diminution des pathologies aiguës grâce aux progrès de la médecine concernant l'hygiène, la vaccination et les antibiotiques. Mais l'humanité a « *une propension innée à la maladie ou son ressentiment, elle souffre ou a peur de souffrir* » et elle vient confier ses angoisses au médecin. Celui-ci pratique donc l'interdisciplinarité, entre médecine organique, fonctionnelle et psychologique. Il doit hiérarchiser les soins entre urgence et plainte et découvrir les voies de la guérison des patients, y compris les voies de l'autosuggestion. Quant à la médecine, si on la réduit à l'essentiel, il reste, pour L. Périno, « *l'hygiène, la vaccination, la chirurgie traumatologique et obstétricale et la morphine* ».

« Ces ancêtres de l'énarque m'apprirent ainsi que la vie était une maladie permanente et – je leur en sais gré - induisirent mon empressement à étudier la médecine... En l'absence existentielle de santé, j'ai diagnostiqué beaucoup de maladies. C'était si facile. Puis avec le temps et l'expertise, j'ai détecté de plus en plus de non-maladies. La vérité m'est alors apparue, l'antinomie ne s'établit pas entre pathologie et santé, mais bien entre maladie et non-maladie. Evidemment, cet axiome était hors d'atteinte avant la découverte de ces non-maladies dont la liste est considérable. »

Extrait d'*Humeurs médicales*, L. Périno

La gériatrie

Les sujets âgés sont des personnes fragiles et instables, pour lesquelles le médecin doit assurer dignité et humanité dans la vieillesse, pour une vie décente.

Il est confronté au problème de la démence et de la communication. Celle-ci passe souvent par le langage non verbal ou l'intervention d'une tierce personne. Dans d'autres cas, la diminution des facultés cognitives correspond à un déclin naturel et non à une maladie et cela est souvent compensé par la conjugalité, où chacun des conjoints joue un rôle pour maintenir un niveau d'autonomie du couple. Le médecin doit prendre en compte cet état de fait dans la prise en charge des patients âgés. Il doit également faire face à la surcharge de médicaments qui est souvent une solution de facilité dans une relation où le dialogue est parfois difficile. Pourtant, comme le précise L. Périno, les méthodes thérapeutiques pour la maladie d'Alzheimer, par exemple, sont « *les caresses, les exercices, la stimulation, l'affection de l'entourage* » et non les médicaments. Le couple médecin-patient ne fonctionne souvent qu'au travers d'une ordonnance alors que les patients cherchent le plus souvent une explication, un conseil ou un mot d'apaisement. Ces prescriptions sont souvent abusives, injustifiées et parfois dangereuses. Elles représentent un coût énorme et la moitié des médicaments achetés ne sont même pas consommés. Mais les patients âgés s'accrochent aux chiffres de leur tension artérielle ou de leur cholestérol et à leurs prescriptions, depuis qu'on leur a conseillé de

prendre un médicament « à vie ». De plus, le renouvellement d'ordonnance constitue un lien entre le patient et le médecin, l'occasion de la relation. Mais le médecin se doit d'alléger l'ordonnance. La relation est également particulière car il y existe un attachement des patients à leur médecin, avec ce sentiment qu'ils lui doivent la vie. Ils éprouvent une certaine assurance à le consulter régulièrement et aiment l'idée de proximité médicale. Ils ont souvent de nombreuses plaintes et attendent surtout d'être écoutés. Il se crée souvent une intimité dans la relation médecin-vieux patients qui aiguise la confiance des patients et l'intuition du médecin face aux problèmes inhabituels.

« - Eh bien, ça me touche beaucoup. Mais en ce moment vous m'avez l'air en forme. Il ne sera pas nécessaire de venir très souvent. Tous les trois mois, ça devrait suffire.

J'allais bien, par le fait, mais tous les trois mois avec une prise de sang tous les mois, ça ne me paraissait pas beaucoup – surtout que le résultat n'est jamais deux fois pareil [...] Alors j'ai dit que je préférais venir tous les mois, je me sens plus en sécurité comme ça. Tu me connais mieux que si je te voyais trois fois l'an, et même si ça ne plaît pas à tout le monde, ça m'est égal. »

Extrait de *La maladie de Sachs*, M. Winckler

La femme

M. Winckler nous dit que les femmes ont toujours des choses à dire, à raconter ou des interrogations. Lorsqu'elles souffrent, elles le disent plus facilement et plus librement. Elles n'hésitent pas à parler, questionner, exprimer leurs inquiétudes, leurs interrogations, leurs désirs, leurs fantasmes et leurs rancœurs. La particularité des femmes est qu'une spécialité entière leur est dédiée, la gynécologie. Pourtant, il existe un défaut de prise en charge entre gynécologues et médecins généralistes. La contraception, par exemple, permet des consultations très instructives pour le médecin et la patiente car elles débouchent sur de nombreux domaines différents tels que les antécédents, les facteurs de

risque, la famille et les difficultés rencontrées dans leurs vies, mais si le médecin n'aborde pas ce sujet, souvent les patientes elles-mêmes n'osent pas le faire.

Vient également le cas particulier de l'IVG, qui constitue une situation difficile à la fois pour le médecin et pour la patiente. Chaque femme a ses raisons propres mais il existe trois moments propices qui sont, selon M. Winckler, « *l'initiation de la vie sexuelle par manque d'information, l'accident par manque de chance et la répétition par manque de maturité* ». Mais aucune femme ne vient par convenance personnelle ou par confort. Par contre, les femmes qui reviennent sont redoutées car elles mettent en avant la violence de l'IVG et la difficulté de la place du médecin dans cet acte. Souvent les femmes qui arrivent ont déjà pris leur décision, elles veulent que la prise en charge soit rapide et ont besoin de parler. Le médecin doit alors chercher à définir comment cet avortement s'inscrit dans leur vie de femme, afin de donner un sens à leur acte. Il doit prendre en charge leur douleur et leur culpabilité. L'entretien est ainsi un moment important qui apporte réconfort, écoute et respect pour la femme et réparation pour le soignant. La particularité, qu'évoque M. Winckler, est que « *rien d'objectif ne signe la fin des soins surtout si la parole continue à circuler* ».

A l'inverse, le médecin est également amené à suivre les grossesses de ses patientes, voire à les accoucher.

« Elles ne savent pas quoi penser, alors elles parlent. Elles sont déboussolées, elles sont perdues, elles sont désespérées. Elles sont sûres d'être les seules à sentir et à voir ce qui se passe, mais c'est si difficile de se faire comprendre, les docteurs ça prends pas toujours le temps d'écouter et lui non plus, elle non plus, quand c'est malade, ça ne veut rien entendre. Et moi je n'en peux plus, Docteur, vous comprenez ?

Oui, tu comprends. Tu comprends qu'elle est dans la merde, et qu'elle te demande d'y mettre les mains.

Parce que, lorsque tu pousses la porte de la chambre, tu vois bien que la toux, la fatigue, la perte d'appétit, les larmes, la fièvre, tout ça n'est qu'une excuse, un prétexte, qui ne te donne pas du tout le fin mot de l'histoire.

Tu te demandes Mais qu'est-ce qu'elle veut ? et c'est l'enfant ou le vieux lui-même qui te fait l'explication de texte. »

Extrait de *La maladie de Sachs*, M. Winckler

L'homme

Toujours selon M. Winckler, l'homme est souvent incompris. Le corps de l'homme est pourtant la référence en médecine mais la majorité des consultations de médecine générale est dédiée aux femmes, aux enfants, aux adolescents et aux personnes âgées.

Les hommes consultent peu, sont plus durs et plus compliqués. Les garçons viennent souvent longtemps avec leur mère qui parle à leur place et ils ne disent pas grand-chose, et plus tard ils sont accompagnés de leurs femmes qui parlent toujours à leur place. Quand ils viennent seuls, ce sont souvent leurs compagnes qui ont pris le rendez-vous. Lorsqu'ils parlent, ils sont souvent embarrassés de venir, peuvent prendre une attitude supérieure voire agressive. Ils ne viennent pas souvent parce qu'ils l'ont jugé nécessaire mais contraints et forcés, ou pour faire plaisir à leurs femmes. Quand ils viennent avec une plainte, il s'agit souvent d'un symptôme isolé et persistant, qui les handicape dans le milieu professionnel ou sportif. Parfois, il s'agit de douleurs stéréotypées, projections d'une angoisse plus profonde mais les hommes ont honte de dire qu'ils sont angoissés. Et s'ils arrivent à verbaliser leurs craintes, ils ne manifestent jamais leur chagrin, d'où le nombre de suicides masculins. Rarement, au décours d'une consultation anodine, ils laissent échapper une plainte plus grave.

« Et puis il redresse la tête : - Bon, si ça n'est pas grave, ce n'est pas la peine de me prescrire quelque chose, je n'étais pas vraiment inquiet, vous savez... Si je suis venu, c'est pour faire plaisir à ma femme. »

Extrait de *En soignant, en écrivant*, M. Winckler

Le couple

Pour L. Périno, le couple constitue une « *entité biologique avec une certaine écologie* ». Il influence le cours de la pathologie de l'un et l'autre des partenaires. Ces derniers peuvent même s'équilibrer dans la maladie afin de garder un certain degré d'autonomie. Il y est également toujours question de sexualité, qui est au centre de la vie sociale et culturelle, quelque soit l'âge du couple.

« M. Guarneri, lui n'était pas là. Enfin si, il était physiquement là, mais absent en réalité car il était sourd comme un pot. [...] Mme Guarneri avait eu un grave accident qui lui avait laissé deux séquelles, une déformation des hanches et du bassin et une anosmie, c'est-à-dire une perte totale de l'odorat. Ce sens est moins indispensable que d'autres, mais avec la cuisine provençale et les herbes aromatiques, il peut faire défaut. M. Guarneri était un grand amateur de champignons, il avait un odorat très développé. Il devait donc régulièrement prêter son nez à sa femme pour la cuisine et le dosage des arômes. Ainsi Mme Guarneri était l'oreille de son mari, lequel à son tour était le nez de sa femme. Les organes sensoriels de l'entité biologique fonctionnaient à la perfection, du moins suffisamment pour ne pas altérer l'écologie du couple. »

Extrait du *Bobologue*, L. Périno

La pédiatrie

L'examen clinique et le ton rassurant sont extrêmement importants. Le médecin doit faire preuve de compassion, d'écoute, de douceur et user du jeu et du dessin pour obtenir la participation de l'enfant et maintenir le lien et la confiance.

Il importe que le médecin garde à l'esprit que le sixième sens des parents est supérieur au sens clinique du médecin et qu'il est indispensable d'écouter les mères, de prendre en considération leurs angoisses et de comprendre leurs regards. Il est le témoin de la permanence des liens mère-enfant et de la dépendance des adolescents à leurs parents et de leur manque d'autonomie à notre époque. Il utilise la consultation pour la licence sportive et le carnet de santé pour garder le lien avec eux. Il est parfois confronté à l'enfant symptôme de ses parents et doit alors traiter les symptômes pour approfondir la relation.

Enfin, C. Lehmann précise que le médecin généraliste est en confrontation avec le pédiatre, car il s'agit d'une consultation complexe et il existe une différence de statut pour des compétences similaires.

« Cyril a probablement la grippe, comme Alex. Mais Cyril n'a que quatre ans. C'est donc une consultation complète, parce que j'ai toujours peur de négliger un élément, de ne pas détecter à temps les quelques rares taches piquetées, signes d'une méningite à méningocoques. Parce que je commence à fatiguer et que je sais d'expérience que si une erreur doit se produire, c'est maintenant, au cours des deux dernières heures, quand ma vigilance commence à baisser et que le stress de la salle d'attente augmente. Non, Cyril n'a rien de plus qu'une infection virale banale. »

Extrait de *Patients, si vous saviez...*, C. Lehmann

La violence intrafamiliale

Il s'agit, selon M. Winckler, de situations complexes car « *la vie des gens est compliquée et que le médecin ne peut pas les appréhender en un seul coup d'œil le temps d'une consultation* ». Il doit utiliser son statut pour signifier qu'un tiers est là et qu'il comprend certaines choses. Il lui faut tendre des perches et laisser entendre et convaincre que son rôle est de soigner et non de prendre parti. Il n'a pas à porter de jugement, sinon cela voudrait dire qu'il y a des gens plus dignes d'être soignés que d'autres. S'il soupçonne des choses graves, le plus important est de « *toujours faire comprendre à la personne la plus en danger qu'elle peut venir le voir seule et que ce qu'elle lui dira ne sortira pas du cabinet médical* », qu'il ne prendra pas parti et que le secret professionnel est absolu. Parfois, la situation est difficile vis-à-vis de ce secret, quand le médecin sait quelque chose sur un patient qui peut mettre en danger un tiers. Il doit alors écouter les inquiétudes du patient et lui proposer de parler avec son proche, sans faire pression car il va augmenter son angoisse et risquer de perdre sa confiance. Il lui faut lui proposer de réfléchir aux conséquences et lui préciser que quelque soit sa décision, leur relation restera la même.

De même, face à une suspicion de maltraitance sur un enfant, M. Winckler écrit que le médecin doit en parler aux parents sans les agresser et leur donner la possibilité d'exprimer des choses qu'ils ne pouvaient pas exprimer avant, car cela permet de prendre des décisions. Beaucoup de choses peuvent se dire s'il ne les brusque pas car il est témoin d'un processus en marche, il facilite les choses mais n'agit pas sur la vie des gens. Il ne peut pas changer des choses qui n'auraient pas changé spontanément car ce sont les patients qui prennent les décisions, non leur médecin. Il est également important d'aider le parent complice par son silence et son sentiment de culpabilité. Le signalement aux services sociaux ne se justifie que lorsque le problème est impossible à résoudre autrement. Si les deux parents maltraitent leur enfant, il n'y a pas d'autre moyen que de le signaler au juge, ce qui aura pour conséquence la fin de la relation médicale.

En médecine générale, le médecin peut prendre son temps car il est sur place. Il lui faut garder à l'esprit que les patients qui laissent entendre qu'ils ont un problème sont ceux qui veulent le résoudre car ceux qui ne le souhaitent pas ne vont jamais voir le médecin. Il ne doit pas recourir à son pouvoir mais signifier qu'il est là pour aider.

« Qu'est-ce qui s'est passé Clara ? » Je n'ai pas dit « Qu'avez-vous fait ? » quand bien même ces mots me brûlent la gorge. Non, j'ai dit « Qu'est-ce qui s'est passé ? », pour rester neutre, pour ne pas la braquer, pour ce qui hurle à l'intérieur d'elle ose sortir la tête. Parfois il est difficile de ne pas croire à l'existence du Mal. « J'ai...voulu...la...punir...Je...c'était...la...troisième...fois...rien qu'aujourd'hui...Alors j'ai...mis de l'eau...de l'eau très chaude...dans la baignoire... » Je ne saurais décrire avec précision ce que je ressens à cet instant. Comment dire ? Une faille s'est ouverte. L'instant d'avant, j'étais dans un monde que par naïveté et pour aller vite nous qualifions de « normal ». Un monde où ces choses n'arrivent pas, enfin pas sciemment, volontairement. Un monde où l'horreur ne survient que par accident. De l'autre côté de la faille... c'est comme si les couleurs avaient disparu, je ne les distingue plus, je suis passé dans un monde en noir et blanc, comme dans un vieux téléviseur. Je pense que je ne distingue plus les couleurs parce que c'est brutalement devenu accessoire, absolument anecdotique, et que toute mon attention est concentrée sur cette voix au téléphone, sur ce qu'elle confesse. Ou peut-être simplement parce que les cauchemars sont en noir et blanc. Je sens mes gencives, je sens ma mâchoire, qui fait un effort pour ne pas trembler. Ma nuque est raide, je suis cloué sur mon siège.

« Amenez-moi Mélissa, amenez-la tout de suite. » »

Extrait de *Patients, si vous saviez...*, C. Lehmann

L'annonce d'une mauvaise nouvelle

Même si les patients ont souvent une intuition concernant la gravité de leur pathologie, le médecin doit être vigilant quant aux conditions de l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Ainsi, comme l'explique M. Winckler, il a l'obligation de ne pas mentir et de dire la vérité dans des conditions acceptables. Il lui faut prendre des précautions, *« prendre le temps de recevoir et de tout aborder en détails, proposer de recevoir le patient avec la personne de son choix, en fin de consultation pour avoir le temps de parler »*. Il ne doit pas asséner les mots mais y arriver progressivement et répondre le plus précisément possible, pour que les patients puissent se préparer et faire face. Il lui faut faire attention à *« ceux qui ne posent pas de question car ils ne veulent pas savoir ou pas trop vite et le silence est souvent le signe d'une angoisse très profonde. C'est pourquoi il est encore plus indispensable d'accompagner ces patients là car ceux qui posent des questions connaissent déjà une partie de la réponse et ils anticipent »*.

Certains médecins mentent dans ce type de situation, souvent par omission, opposant un certain déni à la maladie lorsqu'ils sont face à un patient condamné ou confondant l'annonce d'une maladie grave et l'annonce de la mort. Or mentir, c'est introduire la méfiance entre le patient et le médecin, qui le considère alors comme un incapable, le fragilise et l'infantilise en lui donnant le sentiment qu'il ne peut rien à son état. Il est alors d'autant plus tenté d'attribuer au médecin une toute puissance. Ainsi pour M. Winckler, le médecin doit avoir à cœur de redonner le plus possible d'autonomie à son patient car la majeure partie des gens peut apprendre à surmonter ses handicaps, ses infirmités et ses limites quand elle en connaît la nature et l'ampleur. De même, face à la mort, beaucoup d'individus font face et cherchent à vivre le meilleur de ce qui leur reste à vivre. En mentant, le médecin les prive non seulement de la vérité mais aussi du temps. Il doit les soutenir et les accompagner, les écouter, toujours parler explicitement, leur permettre de se soigner, et s'ils doivent mourir à brève échéance, les aider à faire ce qu'ils ont peur de ne pas pouvoir faire avant de mourir.

A l'inverse, il ne doit pas condamner définitivement un patient car les choses ne sont jamais définitives et inéluctables en médecine et certains médecins se comportent comme s'ils étaient capables de prédire la vie et la mort. Ce comportement est tout aussi délétère pour le patient.

« J'ai reconnu sa voix avant même qu'elle se présente. Une part de moi savait qu'elle appellerait.

- Vous avez mes résultats ?

- Une partie, oui.

Premier mensonge de la journée. Rectification : premier mensonge conscient de la journée. Il est près de dix-neuf heures, ça n'est pas mal pour un lundi.

- Et alors, ça dit quoi ?

- Ca dit que je crois qu'on devrait prendre le temps d'en parler en consultation, demain ou après-demain, quand ça t'arrange.

- Je m'en doutais de toute façon.

Nulle forfanterie dans sa voix, nulle esbroufe. L'annonce d'un fait, tout simplement. Elle s'en doutait. Elles s'en doutent souvent, ça m'a toujours intrigué. Souvent quelque chose en elles le sait, avant même que nos examens complémentaires, chaque jour plus performants, chaque jour plus sophistiqués, ne décèlent l'anomalie.

- Je n'ai pas encore tous les résultats, et il faudra que je rappelle mes collègues hospitaliers. Mais je pense qu'il va falloir pousser les investigations.

- Ca a l'air très moche ?

- Je ne peux pas dire ça comme ça, sans avoir l'ensemble des informations.

Je ne veux surtout pas dire ça comme ça, au téléphone, alors que je ne sais pas si elle est seule, ou accompagnée, si elle va tenir le coup jusqu'à demain ou passer une nuit d'angoisse en imaginant le pire. »

Extrait de *Patients, si vous saviez...*, C. Lehmann

Les soins palliatifs

Ils représentent l'importance des soins devant les pathologies sans traitement, prennent en compte l'importance de la qualité de vie, qui est au moins aussi importante que sa durée. Ce que les patients demandent n'est pas forcément de vivre plus longtemps mais de vivre dignement. Il s'agit ainsi d'accompagner le mourant sans être médical au-delà du supportable. Mais il existe parfois une grande difficulté du médecin face à l'incurabilité et à la fatalité. Il est confronté à un sentiment d'abandon et de culpabilité. Pourtant, il peut toujours faire quelque chose, même en phase terminale. L'hospitalisation à domicile est alors un bon compromis. Il doit aussi faire face aux demandes de l'entourage concernant l'euthanasie ou l'acharnement thérapeutique. Ainsi, L. Périno explique que les médecins ont été formés pour s'acharner à gagner du temps sur la mort, cela leur est demandé tous les jours car les progrès médicaux ont fini par rendre la mort paradoxale. Parfois, il leur est reproché, comme il le souligne, de « *fort bien s'accommoder de l'agonie des mourants* », car elle constitue un domaine dans lequel ils retrouvent toute la nécessité de la clinique et de l'humanité, lorsque les examens complémentaires et la thérapeutique n'ont plus d'intérêt. Tout cela découle du soin et de la prévention, dont l'idée est de repousser le moment de la mort et qui sont déjà une sorte d'acharnement pour la vie. C'est pourquoi, selon lui, « *les médecins ne sont pas programmés pour l'euthanasie, ils soignent obstinément jusqu'au bout, considérant la vie dans sa globalité et la mort, toujours comme un échec* ».

« Le jour où on est allés vous voir pour la première fois, quand on est entrés et que vous l'avez aidée à s'asseoir, vous vous souvenez ? Ma femme a dit : « Je viens vous voir parce que le Docteur Jardin a dit qu'il ne pouvait plus rien faire pour moi. » Et moi comme elle, on a bien vu que vous étiez choqué. Vous avez répondu, je m'en souviendrais toute ma vie, Quelle que soit la maladie, on peut toujours faire quelque chose et, quand on est partis, vous nous aviez gardés longtemps et pourtant elle allait mieux. Elle a marché jusqu'à la voiture sans que je la soutienne, et pendant quinze jours,

je ne l'avais jamais vue comme ça depuis le début de sa maladie, elle a repris courage. [...]
Maintenant, je sais que c'était surtout parce que vous nous aviez remonté le moral, sans nous raconter d'histoires, sans nous promettre qu'elle allait guérir... [...] Mais même si je sais qu'elle va s'en aller...c'est pas que je le veuille, mais c'est plus une vie de la voir tant souffrir...je voulais vous dire que ces quinze jours là, ça n'est pas grand-chose, quinze jours, quand on a souffert sans arrêt pendant trois ans, mais ces quinze jours là, elle vous en a toujours été reconnaissante...et moi aussi. »

Extrait de *La maladie de Sachs*, M. Winckler

La douleur

Pour L. Périno, elle est un élément à part entière de la maladie et elle « *interdit l'indolence verbale ou médicale* ». Le médecin ne peut s'y soustraire. M. Winckler précise que soulager la douleur facilite le travail des soignants mais il existe certains médecins qui pensent que lorsqu'un patient souffre, il faut la respecter car s'ils le soulagent avant qu'il ne soit guéri, c'est comme s'ils ne faisaient pas bien leur travail. Par ailleurs, il existe des conceptions religieuses et culturelles qui véhiculent l'idée de souffrance rédemptrice. Pourtant, selon lui, « *un patient qui ne souffre plus va déjà mieux, il reprend possession de lui-même et est alors en mesure d'interroger le médecin et de choisir de façon éclairée. Mais les médecins n'aiment pas être interrogés s'ils n'ont pas été habitués à répondre aux questions* ».

De plus, L. Périno souligne que la douleur est subjective. Les patients cohabitent avec des douleurs connues mais sont extrêmement angoissés dès qu'ils sont confrontés à des douleurs inconnues. Il faut également prendre en compte la part morale dans la douleur organique ainsi que la douleur psychique. Mais l'analgésie est devenue « *culturelle voire civilisatrice* » avec la transformation des psychotropes en antalgiques pour les douleurs morales et la morphine pour les douleurs organiques.

Malgré tout, la morphine reste sous employée par peur et ignorance de la part des médecins. Quand aux psychotropes ils sont actuellement sur-employés.

« Tu es pratiquement le seul dans le canton à venir chercher de la morphine régulièrement. Au début, ça m'étonnait un peu, ça inquiétait Madame Grivel, parce qu'on trouvait que tu en demandais beaucoup par rapport à tes confrères. Parfois, au début de ton installation, surtout, tu avais l'air si triste qu'on se disait que tu en prenais peut-être pour toi. Un jour je t'ai demandé si tu avais beaucoup de patients qui en avaient besoin, et tu as eu l'air étonné, tu as dit non, je n'en utilise pas beaucoup. Alors j'ai compté et c'était vrai : tu venais en chercher quatre ou cinq ampoules tous les deux mois, c'était peu de choses, en fait, mais nous n'avions pas l'habitude : tes confrères n'en demandent jamais. »

Extrait de *La maladie de Sachs*, M. Winckler

La mort

C'est le premier mort qui fait devenir médecin. La mort véhicule plein de sentiments chez lui qui alternent entre tristesse, curiosité, crainte, remords et culpabilité. Il peut ressentir une certaine vanité ou frustration lorsqu'un de ses patients meurt en son absence, avec l'idée que ce patient n'a pas voulu lui imposer son décès ou au contraire, qu'il n'a pas su l'accompagner jusqu'au bout. Il est également confronté au problème de la mort à domicile, car dans notre société actuelle, il existe une domestication de la mort et une dilution des responsabilités qui conduisent à la médicalisation de celle-ci. Il est difficile pour les familles d'accepter une mort au domicile et elles préfèrent une prise en charge hospitalière. De plus, il se pose le problème du nombre d'acteurs de terrain et des conditions techniques et humaines pour permettre à un patient de mourir chez lui. Tout cela est sous la responsabilité du médecin. Et quand cela arrive, souvent le médecin reste avec la famille pour la toilette mortuaire. Il s'agit d'un rituel qui permet de donner des repères et d'apaiser l'entourage tout

en rendant sa dignité au mort. La famille invite parfois le médecin à l'enterrement puis le prend comme médecin traitant car ça lui paraît naturel et elle perpétue ainsi l'image du mort à travers sa relation au médecin.

Dans d'autres cas, le médecin peut se sentir responsable de la mort, de façon injustifiée dans le cas des cancers ou de la mort d'un enfant, ou de façon justifiée quand il a commis une erreur médicale, avec alors une réelle culpabilité, difficile à vaincre.

Enfin, il y a les morts brutales et les suicides, dans lesquels le médecin ressent son incompetence à avoir pu aider.

« Je m'imaginais qu'à domicile, ce serait différent. Que ce serait plus humain, moins anonyme, plus proche de l'idée que je me faisais de ma fonction. Et parfois, parfois, cela avait été le cas. Le fils de Suzanne, en était un exemple. Jacky, s'était éteint chez lui, dans son lit, doucement sans souffrir. [...] Il était mort une nuit, alors que je dormais paisiblement dans mon lit, et Suzanne l'avait découvert vers cinq heures du matin. Elle l'avait lavé, avait aéré la chambre, puis m'avait attendu dans sa petite cuisine de poupée. J'avais vérifié, selon la terminologie en usage, que la mort était « réelle et constante », c'est-à-dire que j'étais venu m'asseoir à côté de Jacky, j'avais posé mon stéthoscope sur sa poitrine, longtemps, longtemps, comme à chaque fois troublé de n'entendre plus rien. Etrange rituel, qui m'avait permis de lui dire adieu, même si je ne savais pas comment formuler cet adieu. »

Extrait de *Patients, si vous saviez...*, C. Lehmann

Les pathologies chroniques et le renouvellement

Elles constituent la majeure partie du travail du médecin généraliste. Elles génèrent une fidélité entre le médecin et le patient, avec des consultations assez redondantes, dont le rythme est donné par le patient et qui se terminent par le renouvellement d'une ordonnance à vie. La relation est confortable

à la fois pour le médecin et le patient. Elle consiste en la dispensation de soins réguliers et itératifs, dans lesquels l'inconnu est absent, au risque néanmoins de négliger l'urgence ou la pathologie aiguë. Ainsi, le renouvellement occupe une grande part des consultations en médecine générale car les médecins français sont très prescripteurs et les patients très consommateurs, du fait de laboratoires très persuasifs. Or, la moitié des médicaments allopathiques ou homéopathiques sont soit inefficaces, soit inefficaces et toxiques, soit plus toxiques qu'efficaces, soit ils ne changent pas le pronostic des maladies à moyen ou long terme. Parmi l'autre moitié, les trois quart des prescriptions sont abusives et le reste est inadapté.

Mais les négociations pour supprimer des médicaments sur les ordonnances restent très difficiles. Les patients préfèrent prendre de nouveaux médicaments pour corriger les effets secondaires des premiers et si le médecin supprime des médicaments, ils ne pourront s'empêcher de penser que les nouveaux symptômes viennent des médicaments supprimés. Ainsi, le médecin compose avec une patientèle qui vient tous les trois mois pour chercher ses médicaments, pas fatigante et contente parce que ses constantes sont bonnes.

« *Que puis-je faire pour vous ?*

C'est pour renouveler ma pilule, mon traitement pour les veines, mon calmant, mon médicament pour le cœur, ma pommade pour les hémorroïdes.

C'est pour renouveler ma prise en charge à cent pour cent, mon ordonnance d'insuline, mes pansements d'ulcères de jambe par l'infirmière tous les jours matin et soir y compris les dimanches et fériés pendant un mois.

C'est pour ma prise de sang qu'on fait tous les mois rapport au taux de prothrombine ce mois-ci y avait trente-cinq au lieu de vingt-cinq le mois dernier mais j'ai mangé des poireaux et surtout vous n'oubliez pas de me marquer à domicile sur l'ordonnance, l'autre fois j'ai pas pu me faire rembourser, merci. »

Extrait de *La maladie de Sachs*, M. Winckler

La prévention et le dépistage

Même si la prévention est l'un des rôles principaux du médecin, celle-ci de nos jours est très influencée par le marché pharmaceutique, dont le poids sur l'inconscient collectif est considérable. Il existe désormais ce que L. Périno nomme « *les maladies à chiffres* », telles les dyslipidémies ou l'hypertension artérielle, où les patients sont en bonne santé et n'ont qu'un chiffre malade. Mais c'est un avantage pour le marché pharmaceutique car les médicaments doivent être pris à vie par des gens bien portants. Cette situation peut même devenir totalement paradoxale lorsque ces médicaments continuent à être prescrit en prévention chez quelqu'un de mourant ou lorsque l'on sait que les hommes préfèrent une mort brutale et sans souffrance, avec la notion, évoquée par L. Périno, de « *fusible cardio-vasculaire* », mais qu'ils font tout pour le supprimer. Pourtant, les médicaments améliorent temporairement les symptômes mais réduisent très peu la mortalité cardio-vasculaire des populations et l'essentiel de la prévention et de l'amélioration provient de l'exercice et du régime alimentaire. Mais les patients préfèrent la solution du médicament qui est plus facile que l'observance de règles hygiéno-diététiques, qui sont d'ailleurs beaucoup moins médiatisées. Le médecin doit donc lutter contre l'excès de prévention, ce d'autant qu'elle a un coût pour la collectivité.

« La tension de M. Combet n'est pas trop mauvaise. Si je la lui prenais, comme on me l'a appris, après cinq minutes de repos allongé, elle serait correcte. Je devrais aussi lui recommander d'aller à son boulot à pied et de faire un petit régime. Mais M. Combet est persuadé que la prise de son médicament est la solution la plus simple et la plus directe. Pour moi aussi c'est plus facile de marquer tous les trois mois son médicament sur l'ordonnance. Même le cardiologue est d'accord ; il lui fait un grand contrôle avec des tas d'examens tous les ans. Ça rassure M. Combet, ravi de ces va-et-vient entre son cardiologue et son médecin. Un grand professeur a même parlé de son médicament à la télé. M. Combet est parfaitement inséré dans l'ordre du monde. Je ne vais tout de

même pas casser cette belle harmonie en lui expliquant ma façon de voir les choses, ce serait un stress inutile pour M. Combel qui n'a pas envie de refaire le monde. Ça ferait inutilement monter sa tension.»

Extrait du *Bobologue*, L. Périno

Le psychosomatique et la psychologie

Il existe une importance du « nerveux » dans la relation médecin-patient.

A notre époque, l'augmentation de la demande psychologique est forte. La parole et l'écoute thérapeutiques sous forme de « quête confessionnelle » ont toujours été importantes pour l'homme mais en raison du recul de l'offre religieuse, ce rôle revient au médecin. C'est ainsi que se crée un marché du « moi » dans lequel on note une disparité et une précipitation de l'offre de soins qu'il convient d'évaluer.

Il s'agit de consultations difficiles car les symptômes sont imparfaits et les mots peu précis. Le médecin doit guider le patient dans sa plainte, guetter et susciter des mots peu spontanés. Il lui faut décrypter des demandes non formulées et y répondre. Parfois, le mode non-verbal est meilleur pour restituer les faits. Souvent, la visite somatique est un prétexte à un soutien psychologique.

Il doit aussi se méfier des pièges de la plainte « fatigue » qui peut traduire un trouble psychologique léger jusqu'à un trouble organique grave.

Concernant la psychosomatique, beaucoup de patients voient une relation de causalité entre un évènement de leur vie et l'apparition d'une pathologie mais encore peu d'études sont menées concernant ces éventuelles influences psychologiques dans la maladie.

« Lorsque Bénédicte me parle de ses problèmes, elle ne dissimule pas son impression que tout cela est plutôt « nerveux ». Il est assez rare que les patients utilisent d'emblée cet adjectif à la fois moderne par sa précision à nommer le champ psychosomatique et désuet par son lourd passé de

paravent de nos ignorances. Bénédicte a souvent des nausées le matin, des crampes l'après-midi, des démangeaisons le soir et des angoisses la nuit. Je pourrais explorer son estomac, ses muscles, sa peau et son cycle du sommeil. Mais Bénédicte a la rare délicatesse de faciliter ma tâche en décrétant que tout cela semble venir des « nerfs ». Nous pourrions ainsi économiser du temps et de l'argent. ».

Extrait de *Carnets de santé*, L. Périno

Les pathologies occidentales

La société occidentale allie surconsommation, travail et compétitivité. On constate ainsi l'avènement de nouvelles pathologies. Le médecin doit donc considérer la maladie dans son environnement et évaluer les risques aussi bien que tous les bénéfices possibles, primaires et secondaires, voire même les bénéfices secondaires d'ordre juridique. La médecine est une science psychosociale dans laquelle le médecin généraliste doit lutter quotidiennement contre des éléments sociaux, politiques et administratifs, différents des maladies décrites dans les livres. Les pathologies des patients ne sont pas celles des médecins, ce sont des entités sociales et culturelles, miroirs des patients, de la gestion de leur vie et des stratégies sociales adoptées. Il y a ainsi un contexte social à la maladie que le médecin doit prendre en compte car il est soignant de ce mal-être social. La souffrance devient alors un moyen de communication.

Il est confronté aux pathologies du travail dont l'essentiel des consultations concerne des problèmes psychosomatiques comme les épigastralgies et les troubles musculo-squelettiques, notamment les lombalgies. La gravité de ces pathologies est associée à la consommation médicale pour le médecin tandis que pour le patient, elle est liée à l'environnement de travail, à la protection sociale et à l'environnement psychique. Le médecin est alors face à la problématique de l'arrêt de travail. Un refus peut lui faire perdre son patient. Certains sont plutôt généreux, parfois par honte devant les conditions de travail des patients dans une société toujours plus compétitive et difficile psychologiquement. Mais le désir d'un arrêt de travail par le patient dépend de son statut

professionnel et le médecin doit guetter les signes annonciateurs de ce désir et adapter sa prescription. Un patient qui annonce qu'il est « à son compte », par exemple, souhaitera un traitement sans arrêt.

La problématique du tabac est un domaine complexe pour le médecin car les échecs de traitement sont fréquents et ses paroles peuvent apparaître moralisantes, ce que peut lui reprocher son patient. Parfois, au contraire, il lui faut le brusquer et lui faire peur pour réussir. Il doit également toujours rappeler les dangers du tabagisme passif.

L'obésité est une pathologie en progression constante dans les sociétés occidentales. Elle résulte d'une mauvaise hygiène alimentaire mais les patients refusent d'en parler, n'ont aucune conscience de leur différence ou la mettent sur le compte de la génétique. Le rôle éducatif du médecin est alors majeur, il lui faut peser, prévenir, répéter que l'obésité se fabrique dans l'enfance, connaître l'hérédité et en limiter l'aggravation.

Il est également confronté aux problèmes liés à l'alcool, produit largement utilisé aujourd'hui pour masquer une faiblesse et une fragilité, lever les inhibitions, libérer le trop plein d'énergie et les bouffées d'angoisse existentielle, vaincre une timidité ou une souffrance. Parfois, il s'agit d'un phénomène de drogue dure où le but recherché est l'évasion à tout prix, soit un véritable équivalent suicidaire. Souvent, c'est un alcoolisme mondain, la dose sociale de ceux qui ne savent pas dire non. Le marché crée également de nouvelles pathologies en médicalisant des états naturels de la vie. C'est le cas de la ménopause qui est un désagrément physiologique et culturel, et du THS qui est un traitement sans corrélation avec une maladie. De même, grâce à l'angoisse des hommes face au vieillissement, émerge le concept d'andropause et le cortège de thérapeutiques qui l'accompagne. Mais pour le médecin, il est encore très difficile d'ajuster la thérapeutique à la vie.

Il y a également les pathologies qui détruisent l'identité socioculturelle, comme celles qui interdisent la pratique d'un sport, celui-ci ayant un grand poids pour certains patients dans leur identité, ou encore les pathologies psychiatriques. La vie du patient est alors totalement contrôlée, médicalement

par une surcharge de psychotropes et socialement par un contrôle administratif permanent. Le médecin se sent alors souvent impuissant, surtout si le patient n'arrive pas à s'adapter.

Ainsi, il existe une douleur sociale, avec parfois un bénéfice secondaire de la plainte. La médicalisation des conséquences de la société actuelle engendre alors une chronicisation du mal par la médecine et la sécurité sociale. Et le médecin se sent souvent incompetent devant la plainte de mal-être social.

« Cet homme de quarante ans, divorcé depuis trois ans, venait de perdre son emploi. Il l'avait mal vécu et depuis, il traînait d'un médecin à l'autre, jonglant avec les congés maladies, les états dépressifs, les lombalgies, les gastralgies. Le dernier médecin rencontré lui avait proposé de consulter un psychiatre pour une éventuelle psychothérapie. Comme il avait confié son sort aux médecins, il s'apprêtait à écouter ce nouveau conseil, avec un peu d'hésitation tout de même. L'interrogatoire et l'examen me révèlent la parfaite santé physique et mentale de cet homme. Je m'applique même à rechercher si le handicap social consécutif au divorce ne relève pas d'un trouble schizoïde. Non, cet homme n'était malade que d'une société sur-protectrice et d'une médicalisation de son désarroi réactionnel. »

Extrait de *La Sagesse du Médecin*, L. Périno

La distribution de médicaments

Actuellement, le marché du médicament est énorme et il transforme le médecin en distributeur de médicaments. Certains patients consultent comme s'ils faisaient leur marché, retirant ainsi ses compétences au médecin. D'autres sont néanmoins compréhensifs face à ce sentiment de spoliation.

« Je ne vous embête pas longtemps, je voudrais juste que vous me refassiez une ordonnance comme l'an dernier, vous savez ? J'arrive de Malaisie et je repars dans huit jours pour le Sénégal et

forcément là-bas on manque de tout. Alors il me faudrait trente boîtes de compresses stériles, vingt rouleaux de collant, de la quinine pour six mois, vingt boîtes de paracétamol à croquer vu qu'il vaut mieux pas mettre ça dans l'eau, et puis aussi dix ou douze tubes de pommade Basalmo – c'est bon pour tout : les coup de soleil, les piqûres, les hématomes, je comprends pas que ça soit pas remboursé mais bon c'est pas trop cher – et puis aussi ah, oui ! J'allais oublier : des bandes de 10, de 20 et de 30. Ça non plus c'est pas remboursé mais le pharmacien tient absolument à avoir une ordonnance je ne sais pas pourquoi. Je suis désolé de vous faire perdre votre temps pour ça mais vous voyez, ça n'est pas grand-chose. Ça ne vous ennuie pas ? »

Extrait de *La maladie de Sachs*, M. Winckler

Les examens complémentaires

Beaucoup de patients ne viennent pas pour des symptômes ou des craintes personnelles mais pour des examens complémentaires « anormaux ». La clinique est ainsi supplantée par la technologie et les examens complémentaires deviennent des symptômes. Les patients perdent ainsi leurs facultés critiques et adaptatives sur leur propre corps. La médecine ne s'intéresse plus qu'aux preuves para-cliniques et le diagnostic et les symptômes n'intéressent plus ni patient, ni médecin. Ainsi, selon L. Périno, les patients « *attendent le verdict d'une analyse pour oser continuer à vivre, ils ne sont pas atteints de maladies mais de chiffres et leur pronostic est la durée de vie qui va s'étirer jusqu'à un prochain rendez-vous* ». Il n'existe plus de notion d'amélioration passagère car le mérite revient au traitement. Les nouveaux symptômes ne sont plus ce qu'ils ressentent, mais ce que leur a dit un spécialiste ou ce qu'a montré un examen complémentaire. Il n'existe plus de démarche médicale consistant en l'expression de symptômes puis d'un diagnostic clinique plus ou moins étayer par des preuves para-cliniques. Le pouvoir des techno-sciences est prépondérant dans l'esprit du public et toute pathologie nécessite une confirmation para-clinique pour exister.

A l'inverse, il se trouve le problème des examens complémentaires anormaux chez des patients qui vont bien. Ils sont générateurs d'angoisse chez certains, de contentement chez d'autres et les derniers les utilisent pour justifier d'une escalade sanitaire. Il s'agit ainsi d'une médecine basée sur les preuves dans laquelle la théorie n'est plus rien sans elles et le médecin ne peut pas lutter contre. Il doit donc garder un esprit critique et humain dans l'imbroglio de ces investigations et se réapproprier son rôle de clinicien.

« Je pianote à l'écran quand Helena, hochant la tête, rajoute : « Oui, docteur, c'est bien. Tout. Vous lui faites la totale. On vérifie tout. »

Je lâche le clavier, me tourne vers eux. « On vérifie tout ? Tout ? Mais vérifier tout, Helena, ça s'appelle une autopsie », dis-je en mimant un grand coup de scalpel en travers du bordel de paperasserie qui encombre chroniquement mon bureau. Helena a un mouvement de recul, frissonne comme un personnage de dessin animé. J'en profite pour pousser mon avantage, ouvre les bras comme une endive en costard sur un plateau de jeu télévisé.

« Tout. Tout ! Mais Helena, la médecine n'est pas un supermarché ! Et même si c'en était un...quand vous entrez chez Carrefour avec votre caddie, vous n'essayez pas d'y caser tout ce qu'il y a en magasin ? » Elle rit, Luigi sourit. »

Extrait de *Patients, si vous saviez...*, C. Lehmann

Les plaintes multiples

Certains patients se présentent avec des plaintes multiples et toujours insatisfaites. La plupart du temps, elles cachent de véritables angoisses ou interrogations.

Il s'agit souvent des femmes, qui consultent plus que les hommes. Le médecin doit savoir approfondir le problème.

Il existe également certains patients qui cherchent à manipuler le médecin. M. Winckler explique qu'ils « *se plaignent de symptômes non identifiables ou incurables et poussent le médecin à prescrire des traitements invraisemblables ou des interventions itératives. Ces patients sont plus difficiles à soigner et à appréhender car il est difficile de trouver la bonne distance. Ils sont toujours dans une sorte de jeu du chat et de la souris. Ce sont des patients qui prennent les médecins par les sentiments qui jouent alternativement de leur fonction sacerdotale de médecin, de leur vanité et de leur sentiment de culpabilité* ». L'important est de savoir jusqu'où le médecin peut se laisser manipuler par ce type de patient et comment répondre aux demandes abusives et absurdes, car respecter le patient ne signifie pas que le médecin fasse tout ce qu'il lui demande. Il est nécessaire de dire non aux patients dont le comportement est perturbé au point de ne plus rien comprendre.

Mais les médecins ne sont pas formés à prendre en charge ce type de patient, ils ont tendance à s'engager au maximum car cela les valorise mais quand ils sont dépassés, ils abandonnent. Ils souhaitent que le patient dépende d'eux mais détestent qu'il s'interroge sur leurs actes. Ainsi, selon lui, la faculté devrait enseigner aux étudiants à ne pas manipuler les gens pour qu'ils ne les manipulent pas non plus et les informer qu'ils peuvent être manipulés.

« *Yolande n'est pas la plus facile de mes patientes. C'est même une litote. Yolande est attachante, sympathique, mais aussi totalement imperméable à toute notion d'hygiène et de diététique. Son corps est pour elle un mystère et, lorsqu'elle consulte pour tel ou tel nouveau trouble apparu subitement, chacune de mes tentatives d'explication se heurte au mur de son incompréhension. J'ai réussi, au fil des ans, à la convaincre d'abandonner sa détestable habitude de considérer sa visite chez moi comme un simple passage obligé pour régulariser la pile de petites vignettes colorées qu'elle rangeait soigneusement à cette seule fin dans son porte-monnaie. Tout comme elle a cessé peu à peu de jouer la surprise quand je lui demande de monter sur la balance, ou de s'allonger sur le divan d'examen. Ce qu'elle veut, Yolande, c'est qu'on l'écoute. J'aimerais bien, mais écouter, ça marche*

mieux quand ce n'est pas à sens unique. Si certains médecins l'ont appris, tous les patients n'en sont pas encore persuadés. »

Extrait de *Patients, si vous saviez...*, C. Lehmann

Le prétexte

Beaucoup de patients viennent consulter sans motif ou en ayant donné un prétexte qui n'est pas tout à fait la raison de leur consultation. Ce n'est pas un mensonge mais un motif qui leur paraît raisonnable pour consulter « sans déranger » ou paraître idiots car il existe des prétextes qui semblent plus acceptables que d'autres. Mais leur problème véritable peut-être tout autre, une interrogation difficile à énoncer, même pour eux-mêmes. Le médecin doit garder à l'esprit que tout le monde a des difficultés à exprimer des choses intimes, que tout est intime dans le cabinet médical et qu'il ne suffit pas que le patient ait envie de parler et qu'il soit prêt à écouter.

Il ne doit pas se focaliser sur l'aspect technique, ni faire systématiquement de la psychologie, mais s'appuyer sur ce que dit le patient, déterminer où est vraiment le problème et replacer les choses dans leur contexte. Cela permet aux patients de relativiser et de prendre une décision. Avec l'expérience, le médecin sent s'il y a quelque chose derrière le motif de consultation, il lui faut alors saisir les perches en avançant progressivement, sans brusquer, en facilitant et accompagnant le processus. De même, si le patient doute du diagnostic, c'est probablement que la demande initiale en cachait une autre et que le médecin n'a pas su approfondir la question.

« - Lui, il le sait. Mais il ne sait pas si le médecin le sait. Si le médecin lui dit : « Je vois que vous souffrez », le patient se sentira autorisé à expliquer ce qui l'amène.

- C'est vrai qu'il y a des gens qui tournent autour du pot...

- Pourquoi, à votre avis ?

- Parce qu'ils ne savent pas ce qu'ils veulent !

- *Parce qu'ils sont pas médecins, le médecin c'est nous !*
- *Parce qu'ils ne savent pas par où commencer...*
- *Parce qu'ils ont plusieurs choses à la fois !*
- *Parce qu'ils ne savent pas ce qui est important ou non !*
- *Parce qu'ils sont fatigués et parce qu'ils en ont marre...*
- *Parce qu'ils n'ont pas eu d'éducation !*
- *Parce qu'ils n'ont pas les mots !*
- *Parce qu'ils ne trouvent pas les mots...*
- *Parce qu'ils ne savent pas le dire !*
- *Parce qu'ils ne peuvent pas le dire !*
- *Parce qu'ils n'osent pas le dire...*
- *Parce qu'ils veulent voir si on va deviner !*
- *Parce qu'ils sont bourrés !*
- *Parce qu'ils sont bornés !*
- *Parce qu'ils sont bêtes !*
- *Parce qu'ils souffrent trop...*

Je hoche la tête.

- Oui, pour toutes ces raisons. Mais il y en a une qu'on ne mentionne jamais : à cause de l'image qu'ils ont du médecin et d'eux-mêmes. »

Extrait des *Trois Médecins*, M. Winckler

Les idées fixes

Les idées fixes sont le plus souvent des angoisses que le médecin n'a pas prises en considération, des questions auxquelles il ne répond pas ou que les patients n'arrivent pas à formuler. Il doit

s'interroger sur le pourquoi de cette idée fixe et sur ce qu'elle représente pour le patient. Si ce dernier est anxieux, le médecin doit le rassurer et ne pas le traiter par le mépris.

« - Bon vous allez essayer ça...

Je tends le cou pour lire.

- *Qu'est-ce que vous me marquez.*

Tu dis : Du laxogène tribismuthé ou de De l'huile de paraffine aux pruneaux ou Du dépurgatif du Docteur Sheckley.

- *Ah, c'est bien ce que je pensais ! Pas la peine, je connais ! Ca me fait encore moins que le reste. La seule chose qui me fait aller, c'est le Deselmol. Ça fait des années que j'en prends. Je sais bien qu'on dit que ça donne le cancer, mais si je n'y vais pas tous les jours je ne me sens pas bien et c'est pas une vie.*

Je te vois arrêter d'écrire te redresser me regarder en silence un long moment et je m'attends à t'entendre soupirer mais non, tu déchires l'ordonnance, tu la laisses tomber dans la corbeille à papier, [...] puis, sans te presser, tu reprends une ordonnance, tu écris mon nom et la date, et juste en dessous Deselmol, trois fois par jour pendant six mois, tu signes, tu remplis la feuille de maladie, tu la plies en deux et tu la glisses doucement près de moi sur le bureau. Tu refermes ton stylo, tu le glisses dans la poche de poitrine, tu fais pivoter ta chaise tu te penches vers moi, un bras appuyé sur le bureau, la main ballante, l'autre main posée sur ta cuisse et, en me regardant par-dessus tes lunettes, tu dis :

- *Et à part ça, comment ça va ?...»*

Extrait de *La maladie de Sachs*, M. Winckler

Les demandes pour un tiers

M. Winckler nous explique qu'il y a des personnes qui demandent au médecin de sermonner celui qui va venir le consulter. Il s'agit d'une situation difficile. Le médecin doit refuser de le faire. Il doit prendre en compte chaque interlocuteur pour lui-même et l'écouter sans l'utiliser dans la relation avec le tiers. Il peut ainsi se mettre en position de personne médiatrice qui peut permettre que les deux parties expriment des choses. Il doit expliquer à la personne qui n'a rien demandé qu'il peut l'aider si elle le souhaite mais qu'il ne fera rien sans son consentement et qu'il est tenu au secret professionnel. Ainsi, parfois, il arrive à écouter les deux parties, sinon seulement ceux qui ont appelé. Mais les patients qui demandent un avis sur un tiers parlent souvent de leur propre angoisse et pas vraiment de la situation du proche. Le médecin doit donc tenter de les soutenir et de les rassurer en portant le moins de jugements possible sur le tiers.

« C'est pas pour moi mais pour mon mari. Il ne veut pas venir vous voir, alors je me suis dit que j'allais vous en parler, parce qu'il faut vous dire que depuis six mois il n'arrête pas de tousser et de boire et de se mettre en colère après moi les enfants tout le monde, et son patron a dit que si ça continue il ne pourra pas le garder. »

Extrait de *La maladie de Sachs*, M. Winckler

Les premières fois

La notion de première fois est toujours une source d'interrogation et d'inquiétude pour le patient car L. Périno nous explique qu'il s'agit « *d'une inconnue terrifiante alors que la seconde fois est déjà considérée comme familière* ». Pour un patient en bonne santé, le premier symptôme est intolérable alors que si un symptôme est grave mais familier, il restera tolérable tout au long de sa vie. Le médecin est souvent surpris par l'insouciance des patients devant des pathologies connues. Ainsi,

pour lui, l'être humain fait preuve d'une « *peur irraisonnée de l'inconnu et d'une formidable faculté d'adaptation au malheur et à l'inconfort et d'accoutumance au pire* ».

Il existe une seule exception qui est celle de l'attaque de panique qui chaque fois, est vécue comme terrifiante sans aucune habitude possible.

« Docteur, c'est la première fois que ça m'arrive, je ne comprends pas, je n'ai jamais eu ça avant. [...] Ne vous inquiétez pas, docteur, ce n'est pas la première fois que ça m'arrive. [...] Le patient a une logique de pérennité qui échappe au médecin. Tout doit toujours continuer comme avant. S'il avait une bonne santé, le premier symptôme est intolérable par son incongruité. Inversement si le symptôme grave est coutumier, il est impensable que cesse, un jour, l'évolution favorable qu'il a déjà suivie. Comme si toutes les fois suivantes devaient immuablement avoir un destin identique à celui de la première. Seule la première fois est vraiment inopportune. »

Extrait d'*Humeurs médicales*, L. Périno

Les urgences

Les urgences ont quasiment disparu de la pratique quotidienne du médecin généraliste.

Il a besoin de leur part emblématique car il a été formé pour cela mais elles troublent le déroulement établi d'une journée de consultation. Avec la spécialisation de la médecine, une spécialité leur est dédiée. Le problème est que, progressivement, le médecin généraliste perd de la responsabilité et de l'expertise.

« J'avais pris la sacoche, traversé la moitié de la ville en soufflant comme un bœuf parce qu'à cette heure là, vers cinq heures et demie, la sortie des bureaux rend la circulation en voiture impraticable. Débarquant en catastrophe, j'avais eu un coup de sang, pourquoi ne pas m'avoir appelé plus tôt, c'était malin d'avoir attendu...et puis, confronté à la brusque dégradation de l'état de santé de

Raoul, j'avais fermé ma grande gueule, ravalé cette morve de notable dérangé en pleine consultation, et réalisé l'urgence de la situation. J'aurais pu, j'aurais dû m'excuser, arguer de ma fatigue, de mon angoisse, de l'accumulation de trop d'appels pour urgence vitale qui n'étaient rien d'autre que des visites de confort, mais le temps pressait, et il fallait tenter de stabiliser l'état de Raoul, dégager ses poumons avant de téléphoner aux urgences de l'hôpital, expliquer la situation à sa femme, à Raoul lui-même. »

Extrait de *Patients, si vous saviez...*, C. Lehmann

Les certificats

Dans notre société extrêmement judiciarisée, les certificats sont demandés abusivement. Le problème du certificat médical est qu'il est censé « certifier » mais qu'il n'existe aucune certitude en médecine. La seconde difficulté liée aux certificats pour les médecins concerne le certificat de décès et la difficulté psychologique qui existe à affirmer la mort de quelqu'un.

« Les gendarmes sont arrivés. Ils prennent des photos...et me demandent de rédiger le certificat. Eh oui, j'avais oublié que je n'avais pas tout à fait terminé mon boulot. Il faut encore que j'écrive noir sur blanc qu'il a bien cessé de vivre, que sa mort, selon la formule consacrée, est réelle et constante. Je prends la tablette de bois sur laquelle le gendarme a fixé ses papiers, je m'assois dans l'herbe sous le chaud soleil d'août, je me met à rédiger...et je me dis que ce monde-ci est un drôle de monde, dans lequel il faut qu'un médecin affirme la mort par écrit. Tout médecin que j'étais, j'avais bien du mal à affirmer, et d'abord à admettre la mort brutale, imprévisible et injustifiable de cet homme. Parce que j'avais peur d'écrire pour lui le mot FIN. »

Extrait de *En soignant, en écrivant*, M. Winckler

La médecine rurale

Le médecin de campagne, précise L. Périno, est à la fois « *urgentiste, confident, ami, psychiatre, infirmier et chef d'orchestre* ». La pratique rurale donne ainsi le pouvoir de tout faire, elle est plus dangereuse et aussi plus approximative. Elle contraint le médecin au meilleur de lui-même. Elle consiste en un soin de base où le bon sens est partagé à la fois par le médecin et le patient. Les patients, en milieu rural, sont attachés à leur médecin et lui accordent une très grande confiance. Souvent, selon lui, la pathologie est abordée de façon binaire car il s'agit de pouvoir travailler ou non. La médecine rurale consiste donc à apprivoiser la pathologie, maintenir une maladie raisonnable et surveiller les signes d'une catastrophe imminente. Il s'agit d'une médecine globale, de bon sens et poly-spécialiste.

« La médecine rurale est extraordinaire et passionnante, car il s'agit d'une médecine globale. Le médecin rural, s'il le souhaite, peut presque tout faire. C'est parfois dangereux, on ne sait jamais tout faire, mais c'est aussi très gratifiant parce que l'on apprend vite tout en rendant de vrais services à un coût très modique pour la société. J'ai conscience d'être vraiment ringard en voulant encore faire des économies de santé, comme si je continuais à croire naïvement que l'acte médical se situe en dehors du marché. [...] La médecine rurale quant à elle, a plus ou moins conservé ce charme ancien des produits non marchands, robustes, qui, malgré une qualité et une rigueur parfois approximatives, donnent satisfaction complète aux deux parties : le soignant et le soigné. J'appelle toujours cela le soin de base. »

Extrait du *Bobologue*, L. Périno

I.1.3.3 Le déroulement

La plupart des consultations ont un déroulement routinier. Elles consistent souvent en un long temps d'attente, quelques minutes d'entretien, un examen clinique et à nouveau une longue attente à la pharmacie au décours.

L'entretien

Selon M. Winckler, il s'agit de la partie la plus importante de la consultation car le plus souvent les patients laissent entendre ce qu'ils ont ou ce qui les préoccupe. L'accueil est très important car si on les met à l'aise, les patients expriment spontanément les choses importantes. Le médecin doit chercher à savoir pourquoi ils viennent, selon leurs propres termes, écouter ce qu'ils ont à dire et peut se permettre de dire ce qu'il voit. Il doit alors être attentif à ce qui est dit, aux perches qui sont tendues afin de cerner les informations. Certains patients ont des difficultés parce qu'ils ne savent pas eux-mêmes où ils veulent en venir. Il ne doit pas les pousser dans leurs retranchements, car il y aura d'autres occasions, si les choses ne peuvent pas être exprimées la première fois. En médecine générale, le médecin a le temps et il gagne à être patient.

Pour initier l'entretien, la question des antécédents permet d'ouvrir des pistes car elle est valable pour tous. De plus, il est très important de s'intéresser à l'environnement du patient, sinon l'impact psychologique des conditions de vie, de travail ou de santé restent incompréhensibles. Si le médecin s'intéresse à la vie des patients, ils voient qu'ils existent et se sentent en sécurité. Certaines questions aident à mieux les cerner, comme le travail, son lieu et ses conditions car beaucoup de consultations sont en relation directe ou indirecte avec le travail, la conjugalité, les enfants. Pour cela, il ne faut pas les mater mais les laisser s'exprimer et accepter que les questions réveillent des histoires. Le fait que le médecin sache quelque chose de lourd sur son patient modifie la relation.

Il ne doit pas se contenter de traiter les symptômes car tout est important et lorsque les patients sentent que leur médecin montre un intérêt pour tout ce qu'ils expriment, ils seront plus confiants

quand ils auront des choses plus difficiles à verbaliser. Le déroulement d'une consultation prépare toujours la suivante. Il ne doit pas non plus les ménager comme s'il était un être supérieur, car une relation d'égalité est beaucoup plus constructive.

Enfin, M. Winckler précise qu'il ne lui faut pas dramatiser car *« dédramatiser est le début du soin et cela peut se faire en écoutant et en parlant. Lorsque quelqu'un qui souffre ressent une angoisse très importante, si on réduit l'angoisse, on réduit la douleur »*.

« - Qu'est-ce que vous faites quand vous voyez entrer quelqu'un.

- On lui demande ce qu'il a ! lance une voix au fond.

- Eh, il ne sait pas ce qu'il a, banane ! C'est justement pour ça qu'il vient ! murmure entre ses dents la fille aux cheveux frisés. J'ai appris qu'elle s'appelle Jackie.

- Alors, quelle est la première chose que vous faites quand un patient entre ?

- On lui dit bonjour et on le regarde... ?

- Merci, Jackie. On le salue, et on le regarde. Les premiers outils du médecin, ce sont ses cinq sens.

Comme ils sont branchés directement sur le cerveau – enfin en principe...-, ils permettent de recueillir un tas d'informations avant même que vous ayez sorti votre stéthoscope ou la grosse artillerie. »

Extrait des *Trois Médecins*, M. Winckler

L'examen clinique

L'examen clinique est stéréotypé, ritualisé, routinier, entrecoupé de gestes inattendus et apaisants. Il est symbolisé par la prise de tension artérielle qui devient le critère de jugement du médecin par les patients et un signe de négligence s'il ne la prend pas. Pourtant, pour M. Winckler, la tension artérielle est *« le degré zéro de la médecine et le lieu d'expression le plus significatif de l'ignorance*

de la population », aidée par les médecins et les médias. Elle est vectrice d'angoisses injustifiées et la notion de valeur normale est absurde.

Les patients apportent également beaucoup d'importance aux instruments médicaux comme notamment le stéthoscope, médiateur de l'auscultation, qui est souvent synonyme d'examen clinique pour un certain nombre d'entre eux.

Mais l'examen clinique n'est pas systématique, il est un outil, nous explique M. Winckler. C'est l'entretien qui est déterminant et guide l'examen clinique qui *« confirmera ce que le médecin a cru deviner, quelque chose que le patient n'a pas pu décrire ou que ce que le patient redoute n'existe pas »*.

Enfin un examen clinique se prépare et s'explique au patient car certains éprouvent des réticences à se laisser examiner, donc il faut d'abord les rassurer. Ainsi, pour M. Winckler, *« il est important pour le médecin de faire la part entre la nécessité de l'examen clinique et le désir ou non d'être examiné du patient car les patients qui demandent à être examinés sont ceux qui ont peur de quelque chose de précis ou qui ont quelque chose de précis à montrer. Cela fait l'objet d'une négociation préalable car il est rare de découvrir quelque chose sans que les patients en aient parlé avant et si cela se produit c'est souvent que le médecin n'a pas écouté ce qu'ils lui racontaient. Il doit faire la part des choses entre la vision fantasmatique et ce que sait médicalement le patient du fonctionnement de l'organe en question. Il est très difficile pour certaines personnes de se laisser toucher par quelqu'un qu'ils ne connaissent pas et le médecin ne peut pas demander à tous de se regarder et de s'examiner comme s'ils étaient médecins »*. Il doit savoir les examiner mais aussi s'adapter à la situation et de toute façon, matériellement, il est impossible d'examiner quelqu'un complètement. Il faut donc un examen clinique adapté à l'âge et à la situation du patient et l'avantage de la médecine générale est que le médecin a du temps et qu'il peut examiner les gens en plusieurs fois.

« - Waa ! C'est froid...

- Bien, alors vous vous souviendrez que les patients, s'ils s'allongent sur une table ou sur un drap froid, vont trouver ça désagréable, eux aussi. Et si c'est désagréable, ils seront moins détendus pendant l'examen. Allez, allonges-toi bien... L'essentiel, donc, est d'être soi-même confortablement installé. Ici, évidemment, ça n'est pas idéal. Quand vous vous installerez, je vous conseille d'acheter un lit et d'examiner les gens dessus, et non sur les tables d'examen qu'on voit chez la plupart des médecins. Vous devrez vous en acheter une, mais elle vous servira essentiellement aux examens gynécologiques ou à des gestes de petite chirurgie. Il est en effet impossible de se détendre sur une table d'examen. C'est haut – donc, impraticable pour beaucoup de personnes âgées -, c'est froid, c'est étroit, c'est dur, on a le sentiment qu'on va tomber, bref, c'est détestable. Sur un lit tout bête, les patients s'allongent en confiance, vous pouvez vous asseoir confortablement sur une chaise près d'eux, ce qui facilite l'examen... »

Extrait des *Trois Médecins*, M. Winckler

La prescription

Dans notre société de consommation actuelle, les patients attendent souvent que leur rencontre avec le médecin s'achève par la remise d'une ordonnance en vue d'un traitement ou d'examens complémentaires. Mais souvent, derrière cette demande, il y a autre chose, ils sont gênés par un symptôme ou quelque chose qu'ils ressentent et cherchent à être rassurés et à savoir qu'ils n'ont rien. Or, ils ont souvent la crainte que la demande de réassurance ne soit pas un motif suffisant pour consulter, donc ils présentent un prétexte à la consultation. Le médecin doit donc évaluer le besoin qu'à le patient de se traiter car tous les patients n'attendent pas forcément un traitement, et être attentif à ce qu'il est venu demander. Parfois, un traitement par l'abstention voire le mépris des symptômes est plus efficace.

Dans d'autres cas, la prescription de médicaments ou d'examens complémentaires permet de temporiser ou sert d'assurance au médecin dans une société de plus en plus judiciaire et procédurière.

Enfin, le médecin doit garder à l'esprit que sa prescription n'est pas un ordre, que ses patients ne lui sont pas assujettis. M. Winckler explique ainsi qu'un patient sur deux désobéit, un sur trois ne respecte pas les posologies, un sur deux ne suit pas le traitement jusqu'au bout et un sur trois oublie de le prendre. La prescription est simplement la trace d'une rencontre qui reste un incident ou une anecdote pour le patient car sa condition est temporaire, le temps de sa présence en face du médecin et le reste relève de sa responsabilité.

« Je ne crois pas utile de prescrire un autre médicament. Continuer la désinfection rhinopharyngée, tout simplement... Il vous reste du soluté physiologique ?

- Ce n'est pas la peine de m'en prescrire, de toute façon. Ce n'est même pas remboursé.

Elle masque difficilement son dépit. Une consultation sans prescription, une consultation sans antibiotique, elle a l'impression de ne pas avoir été écoutée. A l'inefficacité, j'ajoute l'obstination à mécontenter le client... »

Extrait de *Patients, si vous saviez...*, C. Lehmann

Le paiement

Dans un système médical où le mode de rémunération est le paiement à l'acte, il s'agit toujours d'un moment important de la consultation. Le médecin peut alors y rencontrer toutes les attitudes en fonction des patients. Cela peut aller du chèque déjà préparé à l'avance au patient qui ne paye pas.

« Il y en a qui ne savent jamais combien c'est.

Il y en a qui veulent toujours donner la juste somme, les vieux surtout, avec la monnaie, les pièces sonnantes et trébuchantes, j'en ai fait à l'épicerie avant de venir, comme ça, ça vous en fera aussi, avec tout le monde qui attend.

Il y en a qui donnent un peu plus, pour pouvoir dire : Gardez la monnaie, je vous en prie, et qui regardent en biais pour voir ce qu'on va faire.

Il y en a qui dès qu'ils entrent sortent le chéquier, le posent sur le bureau, genre Attention je paie donc j'en veux pour mon argent.

Il y en a qui sont confus Parce que ma femme est partie faire des courses et elle a pris le chéquier.

Il y en a qui au bout de vingt minutes paient pour vous montrer qu'ils sont pressés de partir, et qui restent encore une heure.

Il y en a qui paieront la semaine prochaine.

Il y en a très peu qui ne paient jamais. »

Extrait de *La maladie de Sachs*, M. Winckler

La feuille de soins

Elle est le symbole du droit, que chacun revendique, à consulter un médecin, preuve de ses cotisations à la sécurité sociale et de son droit au remboursement.

I.1.3.4 La nature

La relation entre le médecin et le patient oscille toujours, selon M. Winckler, entre des sentiments contradictoires ou contraires comme l'antipathie et la sympathie, le désir et le dégoût ou l'attachement et le rejet. Mais lorsqu'un patient souffre, il cesse d'être antipathique et le médecin lui, devient empathique. La consultation médicale permet à la fois au médecin de faire un diagnostic et au patient de l'aider à résoudre un problème ou de répondre à ses interrogations.

Mais en France, les médecins ont appris à utiliser la consultation comme une situation de laboratoire où le patient est un objet d'observation, susceptible de subir des examens complémentaires, faire l'objet d'un diagnostic et de bénéficier d'une thérapeutique. Or, la relation entre le médecin et le patient doit rester indépendante du problème posé car celui-ci n'est que l'occasion de la rencontre et la relation doit perdurer au delà. Le médecin doit se mettre à distance de la plainte, tout en restant proche et solidaire des sentiments du patient car ce dernier est plus important que le problème évoqué. La complicité qui s'instaure dans la relation permet de prendre de cette distance. Pourtant, le patient attend souvent l'inverse, que le médecin reste à distance de lui et qu'il ne se consacre qu'à la plainte. C'est pourquoi, lorsqu'il vient avec une requête, le médecin doit la prendre au sérieux et ne pas la rejeter à priori. De plus, pour soigner correctement, précise M. Winckler, il doit accepter de faire des tâches répétitives, simples et non spectaculaires, il ne doit pas négliger les petits soins et être patient. Il lui faut admettre que soigner ne signifie pas forcément guérir mais restaurer l'image que le patient a de lui et diminuer ses angoisses.

Beaucoup de médecins se sentent gratifiés par le nombre de leurs patients ou par leur renommée mais il leur importe de trouver leur gratification dans chaque relation individuellement car c'est la relation qui s'établit avec le médecin qui compte et non son étiquette.

La confiance

Beaucoup de médecins sont méfiants face aux patients et les considèrent comme des ennemis alors qu'ils ne sont pas là pour les piéger ou les mettre en échec. Au contraire nous dit M. Winckler, le patient éduque le médecin en lui demandant de trouver une réponse à une plainte que d'autres patients lui poseront ensuite, il ne le défie pas mais lui permet d'utiliser son savoir, son savoir-faire, ses compétences et son professionnalisme. Le médecin doit admettre qu'il ne donne pas ou ne redonne pas la vie et qu'en tant que soignant, il n'a pas à démontrer qu'il est fort et puissant. Lui aussi peut avoir dans certains cas l'impression que le patient se méfie ou qu'il refuse de l'entendre.

La confiance instaure une fidélité et une loyauté dans le couple médecin-patient. Ce lien est parfois la conséquence d'un diagnostic vital, avec la sensation de redevabilité de la part du patient. Une fois ce lien établi, il faut du temps pour que la confiance d'un patient en son médecin s'ébranle car il a envie de le croire, de lui faire confiance et les reproches qu'il peut lui faire sont proportionnels aux attentes qu'il avait placées en lui.

« - *Vous savez que j'ai toute confiance en vous, docteur.*

- *Je vous en remercie.*

Quelques années plus tôt, j'aurais balayé sa remarque du revers de la main, manière de refuser le compliment. Avec le temps, j'ai appris à remercier, tant il m'apparaît que la confiance en ce bas monde est une denrée rare, et rarement appréciée à sa juste valeur. Ce ne sont pas des mots vides de sens. Cet homme me dit qu'il sait avoir remis sa vie entre mes mains. Ça ne se glisse pas sous le tapis. »

Extrait de *Patients, si vous saviez...*, C. Lehmann

Le respect

Dans la relation médecin-patient, il est important de prendre en compte la respectabilité du médecin et du patient. Le médecin doit respecter la parole de son patient, et s'il n'a pas su être à son écoute, il doit le lui dire pour que le patient n'ait pas l'impression qu'il se désintéresse de sa plainte. Il est également tenu de respecter la volonté de son patient qui peut être le refus de soin. Dans ce cas il lui faut maintenir le dialogue afin de l'aider au mieux.

Le patient doit également respecter le médecin. Souvent il a un respect du statut de médecin et de ses compétences médicales mais il doit également respecter ses obligations vis-à-vis de lui telles que la ponctualité ou le respect des rendez-vous.

Dans tous les cas, les deux parties peuvent être tenues de présenter soit des excuses, soit des remerciements et toujours faire preuve de politesse.

« De toute façon, elle ne viendra pas. Ne téléphonera pas non plus. Elle aurait probablement pensé à décommander son coiffeur, mais une consultation de médecine générale... »

Extrait de *Patients, si vous saviez...*, C. Lehmann

L'écoute

L'écoute est l'essentiel du métier de médecin généraliste mais il est nécessaire que s'instaure une écoute à double-sens, c'est-à-dire que le patient écoute également le médecin, nous confie C. Lehmann.

Le médecin doit prendre en compte l'angoisse du patient sans se laisser gagner par elle car lorsqu'il utilise à la fois les registres de l'affectif et de l'objectif, il aborde mieux les situations.

« Je lève les yeux et je le vois sourire, attentif et perplexe. Je prends ma respiration et je dis :

- Je suis venue parce que j'ai besoin de parler. Je ne suis pas malade... Enfin pas malade comme les malades que vous voyez, j'ai un peu honte, je me dis que je vous prends du temps... Vous n'avez pas de visite à faire ?

- Pas que je sache. J'en aurai plus tard, sûrement.

Je respire difficilement, ma gorge se serre. Les larmes me montent aux yeux, j'ouvre la bouche mais rien n'en sort.

- Excusez-moi...

Il attend patiemment, et puis, voyant que je ne parviens pas à émettre un son, il murmure :

- Ça a l'air d'être très difficile. »

Extrait de *La maladie de Sachs*, M. Winckler

La collaboration

La relation de soin n'est pas une relation de supériorité du médecin sur le patient, mais une relation qui s'établit à partir de la souffrance de ce dernier, précise M. Winckler. Ensemble, parfois avec la famille, ils vont utiliser un certain nombre de savoirs pour résoudre cette souffrance. Ce n'est pas une relation d'égalité mais de complicité entre le patient souffrant et le médecin professionnel détenteur d'un savoir. Et ce qui importe, c'est ce qu'ils mettent en commun pour résoudre le problème.

Souvent, l'entourage est un élément important de cette collaboration, car face à un patient isolé, le médecin est démuni. Ce dernier doit aussi garder à l'esprit que dans cette relation, sa place varie, elle peut être « *très importante à un moment donné et complètement inexistante ou anecdotique à un autre* » souligne M. Winckler. Il s'instaure ainsi une relation d'amitié, de soin, d'entraide, de réflexion commune et de dialogue dans laquelle le médecin doit négocier, temporiser, transiger et trouver des compromis avec son patient. Il lui faut lui proposer de participer à la thérapeutique. Il s'agit d'un contrat, d'un défi à relever ensemble, patient et médecin. Le symptôme est subjectif, c'est ce que ressent le malade et le signe est objectif, c'est ce que constate le médecin. Le diagnostic est une opération mentale entre les deux. Il y a parfois une opposition entre ce que croit le médecin et ce que croit le patient. Chacun doit prendre en compte la sensibilité de l'autre. Le patient choisit l'option de soin en fonction de ses avantages et de ses inconvénients. Cette collaboration permet une certaine prise de risque, le choix entre des décisions académiques ou intuitives, en connaissance du risque médical et des effets indésirables. Elle rend son droit au doute au médecin car le diagnostic n'est jamais certain mais, selon L. Périno, « *une limite arbitraire entre un état antérieur estimé sain et un état postérieur décidé pathologique à la suite d'une longue négociation entre patient et médecin, jamais une preuve unique* ». Dans cette relation, le médecin doit garder à l'esprit que les patients ne s'en remettent pas totalement à lui, que les rencontres seront régulières mais pas forcément fréquentes, que ce n'est pas la longueur de la consultation mais sa qualité qui compte et

que la médecine est un domaine où on avance progressivement dans une relation d'échange où le médecin apprend beaucoup de ses patients.

« Ils avaient discuté ensemble, un bon moment, comme si je n'étais pas là. Ils avaient réaffirmé la confiance qu'ils avaient en moi. Je ne disais plus rien, je les laissais arriver à leur conclusion, prendre leur décision à deux, en couple. Elle avait fini par accepter l'hospitalisation, et j'avais tapé une lettre d'accompagnement pour mes confrères des urgences, à l'hôpital le plus proche de leur domicile, en expliquant mes doutes, mes hésitations. »

Extrait de *Patients, si vous saviez...*, C. Lehmann

La patience

Le médecin pense pouvoir s'occuper des patients mieux que les autres, mais cette idée le conduit parfois à dépasser ses limites, à trop s'immiscer dans leur vie et à vouloir prendre une part plus importante qu'il ne le doit. Le dialogue ne s'instaure pas lorsque le médecin le souhaite mais lorsque le patient, à un moment donné, choisit librement de dire ce qu'il a dire, sans contrainte et sans engagement. Le médecin ne doit pas être inquisiteur ou insister mais laisser venir les choses, tout en sachant que certains patients ne diront jamais beaucoup de choses et que la relation risque d'être infructueuse pendant longtemps. Il doit avancer progressivement avec les patients, en respectant leurs hésitations et en sachant que plus il avance, moins il sera tenté de les prendre complètement en charge parce que ce n'est pas toujours ce qu'ils demandent.

L'impartialité

Le médecin ne doit jamais porter de jugement sur son patient. Pour M. Winckler, il doit « *le prendre comme il est car la seule chose qui justifie de s'occuper de lui, c'est qu'il le demande et rien d'autre,*

ni sa personnalité, ni ses opinions politiques, ni ses secrets personnels ne lui donnent le moindre droit à le juger ou à se méfier de lui ». Il ne doit pas utiliser ce que la personne raconte contre elle et doit lutter contre la tentation d'être moraliste car lorsqu'un patient demande « *secours et soins* », il ne veut pas en retour de « *réprimande ou de dissertation sur sa vie* », précise L. Périno.

L'effet médecin

Souvent l'impression de mieux être du patient est subjective. C'est l'effet médecin, car le premier médicament du médecin, c'est lui-même. C'est pourquoi certains patients ont besoin du rituel de la consultation car c'est ce qui est thérapeutique pour eux. Il s'agit d'un effet placebo du médecin qui croit en son traitement et pour qu'il fonctionne, il faut que le patient et le médecin aient un projet commun.

Le médecin doit également respecter les croyances du patient, issues de l'imaginaire collectif, comme, par exemple, la relation entre les sirops et la toux, et prendre en compte la propre perception qu'il a de son corps car la théorie a moins d'importance que le fait que le patient se sente bien avec son traitement. Il y a toujours deux choses dans un traitement : l'efficacité démontrée du traitement et l'effet placebo au sens large du terme. L'effet médecin se rencontre aussi à travers l'influence qu'il a sur le cours des pathologies, influence qui peut se révéler bénéfique ou nocive.

« Furax, je lui réponds : « Ce n'est pas vrai, je vous ai prescrit exactement ce qu'il fallait et je vous avais dit que les piqûres marchaient moins bien que les comprimés ! » Je ne l'ai jamais revue. Mais elle avait raison sur un point crucial : si moi, je ne croyais pas au traitement, il ne pouvait pas marcher. C'est l'inverse de l'effet placebo : l'effet nocebo. Pour qu'un traitement fonctionne, il faut que le médecin et le patient aient un projet commun. Et là, il n'y en avait pas. Sur le plan strictement pharmacologique, le produit était efficace, il était administré correctement par l'infirmière. Mais il

manquait l'« effet médecin ». Et comme elle me faisait confiance, mon opposition au traitement a eu sur elle un effet négatif... »

Extrait de *Nous sommes tous des patients*, M. Winckler

Le langage non verbal

Dans la relation médecin-patient, le langage non-verbal est extrêmement important. Beaucoup de choses passent par le regard, le toucher ou le sourire.

Le regard est d'autant plus important qu'il est universel et qu'il véhicule toutes les craintes et les angoisses des patients, tout ce qu'ils n'arrivent pas à exprimer. Il leur permet aussi de montrer leur joie ou leur gratitude. Il est un élément essentiel de la communication entre le médecin et le patient.

« Le regard.

Quel médecin pourrait s'abstenir de l'apprendre? Toute la connaissance médicale, même la plus sophistiquée, reste vaine, sans son décryptage. En filigrane, le clinicien discerne la douleur, l'imposture ou l'angoisse. Parfois, avec l'expérience de l'observateur, les sentiments de l'observé apparaissent si crus qu'ils en deviennent impudiques. Le clinicien doit alors discrètement se détourner pour aller examiner le thorax ou les genoux et faire semblant d'y découvrir les signes que les yeux ou le visage lui ont déjà abondamment révélés. Protégeant ainsi la pudeur du patient, par son corps même, objet nu, chose médicale, dépourvue de regard. »

Extrait de *La Sagesse du médecin*, L. Périno.

Le secret professionnel

Le médecin est tenu au secret professionnel et c'est là, l'un des principes majeurs de sa profession. Il interdit de communiquer des informations à un tiers sans le consentement du patient et protège sa vie privée. Pourtant certains médecins informent la famille car il est plus facile de travailler lorsque

quelqu'un est au courant mais tiennent le patient dans le secret pour se faciliter la tâche, en n'ayant pas à prendre en charge son désespoir auquel ils font difficilement face. De plus, ils s'assurent que l'entourage fera pression sur le patient pour qu'il se soigne.

Il ne s'agit pas, alors, d'une attitude médicale mais d'une attitude de pouvoir et de supériorité.

L'incompréhension

L'incompréhension, les difficultés de communication ou les malentendus sont souvent consécutifs à l'image du médecin dans l'inconscient collectif qui est celle d'un être infailible, sûr de son savoir et de ses conclusions, or lui aussi a ses doutes et ses faiblesses. Parfois, les patients confondent ou assimilent le médecin et ses qualités d'écoute avec son mode de pratique et certains médecins se cachent derrière celle-ci. Il existe aussi des préjugés, que ce soit de la part du médecin ou du patient. Enfin, il existe également des sujets tabous tels que la mort et la sexualité. Le médecin doit alors s'interroger sur l'impact de ces événements dans sa vie et s'appuyer sur son expérience humaine et personnelle pour comprendre les expériences humaines que le patient va lui confier.

L'importance du ton

Le médecin doit être persuasif, sûr de lui, déterminé et convaincant.

Parfois, la situation lui impose le ton impératif lorsqu'il y a nécessité de savoir mais le plus souvent, il utilise le conditionnel pour demander, interroger ou décider afin de laisser le patient maître de lui-même.

« Je ne vois rien d'anormal, mais il est impératif de déterminer l'origine du saignement. Je vais t'envoyer chez un de mes amis, faire une coloscopie.

- Je préfère, murmure Marcello. Puis d'une voix plus ferme : - Je veux en avoir le cœur net. »

Extrait de *Patients, si vous saviez...*, C. Lehmann

L'affection

Une relation affective se noue entre le médecin et ses patients, qu'ils soient difficiles, sympathiques ou attachants et dont les vies lui sont chères. Il reçoit leur affection, leur indulgence et leur gentillesse et s'attache à eux. Certains médecins peuvent même être possessifs. De cette affection découle une fidélité du patient envers son médecin. Parfois même, il s'instaure une certaine familiarité ou au contraire une déification du médecin.

« Ca tombe bien, parce que Albert arrive.

- Entrez, entrez mon ami.

J'aime bien l'appeler mon ami. Je ne sais pas ce qu'en pense les psychanalystes, les spécialistes de l'éthique, les administrateurs des caisses, mais je vis dans cette fiction que cet homme de quatre-vingt-dix-sept ans est « mon ami », que sa vie m'est chère, aussi précieuse que s'il avait mon âge et contribuait à l'épanouissement de l'épatante machine productiviste que nous avons déployée sur la Terre. »

Extrait de *Patients, si vous saviez...*, C. Lehmann

I.2 Les limites de la relation médecin-patient

I.2.1 La société et les patients

Dans l'inconscient collectif persiste toujours l'idée de la toute-puissance de la médecine et de l'infailibilité du médecin, toujours disponible et « robotisé ».

Par ailleurs, 90 à 95 % des consultations du médecin généraliste concernent des pathologies liées à la société qui se veut normative.

I.2.1.1 Le nomadisme médical

Beaucoup de patients s'orientent seuls dans le système de soins et l'utilisent à leur guise car aucune loi n'en limite l'accès. Ils peuvent librement décider de leur parcours dans ce système, de leur état de malade et éliminer les praticiens qui leur refusent ce statut. Ce libre accès permet au patient profane de décider à la place du soignant professionnel. Or, le nomadisme médical peut être dangereux pour le patient quand il ne le signale pas car il favorise la rétention d'information. A la faveur de ce nomadisme médical, certains patients trouvent un prétexte pour quitter leur médecin, même si le plus souvent, changer de médecin correspond à un changement de vie ou de vision des choses, qui n'a rien à voir avec le médecin lui-même. Mais la majorité d'entre eux désirent uniquement que leur relation avec leur médecin soit limpide.

« J'ai horreur du nomadisme médical, et je suis fatigué de recueillir les plaintes et les récriminations que certains patients volages croient utiles de colporter sur leur précédent médecin pour tenter de se placer dans les bonnes grâces du suivant. A les en croire parfois, le confrère ou la consœur qui les a pris en charge pendant plusieurs années était incompetent, sale, malhonnête. Dépassé par les

nouvelles avancées médicales, prescripteur de médicaments dangereux, avare en paroles et en conseils, en tout point lamentable. Ne réalisent-ils pas que tout généraliste, au lieu de se repaître de ces calomnies, imagine d'emblée le moment où, sur une contrariété ou un désaccord mineur, le même patient qui lui déclare aujourd'hui confiance et fidélité rejouera cette même partition chez un nouveau médecin ? Il est plus humiliant d'être suivi que suivant, chantait Brel avec raison. »

Extrait de *Patients, Si vous saviez...*, C. Lehmann

I.2.1.2 Sur-consommateurs

L. Périno considère que beaucoup de français sont des « *avaleurs de médicaments* », notamment ceux qui déclarent « *n'être pas très médicaments* ». Chez eux, chaque tentative de supprimer un médicament est un échec, « *comme si le fait de prendre un médicament rendait désormais inaccessible le simple retour à l'état sanitaire immédiatement antérieur* ». Le médicament apparaît comme un mal nécessaire, dont on suppose qu'il n'est « *pas très bon pour la santé en général mais tellement bien pour la santé en particulier* ». Ainsi, les Français désirent prendre des médicaments bien que la consommation de médicaments ne s'accompagne pas d'une différence significative de l'état de santé de la population. Mais le traitement est plus important que le diagnostic qui n'a même plus toujours raison d'être.

Les Français aiment également la pluralité des soignants. Ils sont conditionnés par les médias qui véhiculent l'idée que la médecine peut tout soigner et tout prévenir, impression favorisée, pour L. Périno, « *par la lacune éducative dans l'apprentissage de la gestion des angoisses, or l'angoisse est le plus gros générateur de profit pour tous les métiers de la santé* ».

« - *On va donc essayer de supprimer un maximum de médicaments.*

- *Oh oui, docteur, vous avez bien raison.*

Je commence par proposer d'enlever le premier de la liste.

- *Oh ben non, docteur, celui-là c'est pas possible, c'est pour ma décalcification.*

J'essaie avec le deuxième.

- *Oh ben non, docteur, celui-là, il me le faut, c'est pour mon cœur.*

J'essaie avec le troisième.

- *Oh, mais celui-là, c'est pour mes jambes qui gonflent.*

- *Oui, mais c'est le médicament du cœur qui vous fait gonfler les jambes, madame Charnay.*

- *Mais il faut bien que je prenne quelque chose pour mon cœur.*

- *Il va très bien votre cœur, madame Charnay.*

Je passe au quatrième.

- *Celui-ci c'est pour ma mémoire, vous savez ma mémoire diminue, docteur.*

- *Mais, madame Charnay, apprenez des poésies, ce sera meilleur pour votre mémoire, les médicaments pour la mémoire, ils sont inefficaces, d'ailleurs vous dites vous-même que ça ne va pas mieux. Pourquoi prendre un médicament dont vous dites vous-même qu'il n'a pas d'efficacité.*

J'arrive enfin à supprimer le médicament pour la mémoire.

Le cinquième c'était pour dormir, le sixième pour se réveiller, le septième pour les nerfs, le huitième pour les rhumatismes, le neuvième pour la tension, le dixième pour le cholestérol, plus quelques babioles accumulées au fil des consultations pour des pathologies chroniques inexistantes ou de la prévention à long terme illusoire et ridicule chez une personne de soixante-quinze ans. Après dix minutes de négociations, j'avais ramené l'ordonnance à douze médicaments. »

Extrait du *Bobologue*, L. Périno

I.2.1.3 L'automédication

Elle est tout à fait envisageable s'il y a une éducation du patient et une libre information sur les médicaments, avec notamment des avertissements sur les risques de l'automédication dans les pathologies bénignes. Ce n'est pas le cas des médicaments dits « conseils » pour lesquels la publicité

directe auprès du public est autorisée mais dans laquelle les non-dits sur la toxicité et les contre-indications persistent pour une question de marché. Les publicitaires ont pourtant un devoir d'information mais celle-ci n'étant pas réalisée, dans les prochaines années, l'essentiel de la tâche du médecin consistera, selon L. Périno, à « *protéger ses patients de la pharmacie* ». Et pour M. Winckler, l'automédication serait plus « *rationnelle et plus sûre si les médecins prenaient le temps d'expliquer comment, quand et pourquoi on peut se soigner seul et quelles sont les limites de cette pratique* », mais il existe chez eux une peur d'une perte du pouvoir et ils n'aiment pas que les patients puissent se passer de leur savoir.

I.2.1.4 Société de consommation

Dans notre société médicalisée, la logique de consommation influence le patient et quelque soit le diagnostic, l'interventionnisme prévaut avec analyses, examens d'imagerie ou traitements. Tout devient médical même la mort, avec une surconsommation de la médecine, ce qui pose le problème du coût de la santé dans un monde de productivité et de compétitivité. La médecine est ainsi influencée par la loi du marché et de la rentabilité. Elle devient une médecine de chiffres et d'images dans lesquels se trouve la vérité médicale. C'est le cas du cholestérol ou de la tension artérielle qui n'ont d'importance qu'au travers de leur taux, et ce appuyé par les médias et les médecins. Ainsi, les sociétés occidentales sont suralimentées et sédentaires, ce qui favorise l'obésité, les pathologies cardio-vasculaires et de surcharge qui deviennent des enjeux de santé publique, mais plutôt que d'appliquer les règles hygiéno-diététiques efficaces dans ces cas, ce sont les médicaments qui triomphent sur l'hygiène de vie et entraînent une consommation médicamenteuse à outrance et une déculpabilisation des patients. Ainsi, pour L. Périno, « *dans une société de profit, l'effort gratuit n'existe plus* », tout doit être payant et rentable, comme tous ceux qui hantent les salles de sport plutôt que de bénéficier des efforts physiques quotidiens qu'ils pourraient fournir gratuitement.

Par ailleurs, la lutte contre les conséquences néfastes de la suralimentation est une préoccupation quotidienne des médecins. Le nombre d'obèses et de patients présentant des maladies cardiovasculaires augmente et constitue un véritable empilement de marchés pour l'industrie pharmaceutique où tout est matière à profit. Les patients sont désinformés et la publicité ne les informe pas plus mais les rend plus revendicatifs. Ainsi, le médecin en occident doit lutter contre les excès du marché mais se sent souvent impuissant face à la société de consommation et aux médias. La société est ainsi sujette à l'excès. Il en va ainsi, selon L. Périno, de l'hygiène allant jusqu'à la « *théorie hygiéniste de l'allergie* » ou des antibiotiques dont la consommation abusive donne à la France le record mondial de résistance bactérienne. Pour lui, chaque « *innovation mercatique* » est bienvenue pour renforcer chaque jour la médicalisation de la société. Ainsi, la frontière est floue entre médicament et aliment. Il y a d'abord eu la notion exclusive de médicament puis la notion de médicament curatif et de médicament préventif engendrant une notion « *de durée et de subordination avec les médicaments dits à vie ou la pharmacodépendance* ». Les aliments ne sont alors plus associés à l'idée de survie, les médicaments préventifs passent avant les aliments. Apparaissent ensuite les alicaments qui pourraient réduire cette scissure entre médicaments et aliments en remettant en évidence la relation entre nourriture et santé. Mais la société étant excessive dit-il, « *il faudra probablement trouver des remèdes pour lutter contre les excès d'aliments, à l'instar des nombreuses thérapeutiques utilisées aujourd'hui pour corriger les abus d'aliments et de médicaments* ». De même, la vaccination a été décriée par les lobbys anti-vaccination alors qu'il n'existe pas de lobbys anti-médicaments pourtant plus nocifs. Il en va de même pour les médias qui relatent la toxicité de la vaccination mais pas celle des autres médicaments. Ils ne parlent pas non plus de l'augmentation des cancers ou de la baisse de la fertilité consécutifs à la production d'agents chimiques, mais pour lesquelles on préfère investir dans une absurde recherche médicale plutôt que de stopper l'utilisation des substances pathogènes.

« Sous l'éclairage de ce nouvel altruisme, tout devient lumineux. Faire cinquante kilomètres par jour sur son vélo d'appartement en consommant des vitamines et des hormones pour améliorer le rendement musculaire et aller chercher son pain en voiture profite aux muscles, aux vendeurs de vélo d'appartement, de vitamines, d'hormones, d'automobiles, d'essence, et, bien évidemment de pain... En ce qui concerne la céréale non vitaminée du pain et le muscle non altruiste du boulanger, je préfère limiter mes commentaires. »

Extrait d'*Humeurs médicales*, L. Périno

I.2.1.5 Hyper-médicalisation

Dans notre société hyper-médicalisée, les patients sont perdus entre médecins, médias et laboratoires pharmaceutiques. Ils oublient leurs symptômes devant les examens d'imagerie devenus seules preuves de pathologie et se désintéressent des mesures préventives au profit de pilules devenues synonymes d'immortalité, avec le concept du médicament « à vie ». L'industrie pharmaceutique s'empare des maladies liées à la sédentarité et les médecins deviennent complices de ces prescriptions par difficulté de pédagogie vis-à-vis des pré-requis des laboratoires et des médias. Dans ce domaine, l'influence américaine est grande. Il y a également l'hôpital, synonyme de gravité dans l'inconscient collectif et vecteur de ces concepts.

« - Bonjour, docteur. J'ai eu trois scanners du dos, on va bientôt m'en refaire un parce qu'on a vu quelque chose. On a même failli m'opérer. [...] »

Je fais gentiment comprendre à Fernand que j'ignore quel est son motif de plainte. Evidemment, j'en ai une idée assez précise – réflexes de routine et force des années – mais si je m'en tiens à ces seuls propos, je ne sais toujours pas de quoi souffre ce patient, ni même s'il souffre vraiment. Pour l'instant, sa seule maladie est d'avoir eu trois scanners et d'avoir failli être opéré par un certain

« on » dont j'ignore la pertinence. Je suppose qu'on a voulu l'opérer de son scanner, puisqu'il s'agit du seul symptôme exprimé ! [...]

- Pouvez-vous m'expliquer plus précisément de quoi vous souffrez ?

- Et bien voilà, j'avais tellement mal au dos que l'on m'a fait trois scanners.

Décidemment, ces scanners sont les seuls faits marquants du tableau pathologique de Fernand. Si importants qu'ils en éclipsent tous les autres. L'évaluation de la douleur se fait au nombre de scanners. [...] Fernand a mal. La logique médicale veut qu'il soit malade. Une douleur de trois scanners m'oblige à examiner le patient. L'a-t-on déjà examiné ? Je n'en sais rien. Fernand ne peut pas répondre à cette question, car sa mémoire n'a choisi de conserver que les scanners, qui sont les seuls faits, au sens juridique du terme, susceptibles de conférer un caractère incontestable à son passé médical, donc à sa maladie. [...] Même si cela peut paraître trivial, je décide d'examiner et d'interroger Fernand, car j'en ressens l'impérieuse nécessité. [...] Je suis nul, je ne trouve rien. »

Extrait de *Carnets de santé*, L. Périno

I.2.1.6 Augmentation du « psy »

On observe une recrudescence du marché du « moi ». La France détient le record mondial de l'ingestion de psychotropes consécutif aux carences scientifiques concernant les maladies neuropsychiatriques. Quatre-vingt pour cent des prescriptions le sont inutilement et souvent sans diagnostic préalable. L'industrie pharmaceutique se veut plus infaillible que le psychanalyste dans l'étiologie de ces maladies et les enseigne aux praticiens ignorants, en leur proposant des thérapeutiques soit disant adaptées à des diagnostics sur mesure. Il serait pourtant nécessaire d'analyser les études avant de proposer des traitements aussi délétères pour la santé que pour le bon sens. Cette surconsommation est engendrée à la fois par le goût de la population pour l'innovation thérapeutique, réponse à tous ses maux et par la protection sociale. Elle se gave de psychotropes inutiles et inefficaces sous prétexte que tout est remboursé. Pourtant, pour L. Périno, « *le traitement*

social des maladies neuropsychiatriques est le plus utile voire l'unique » mais « pourquoi chercher le remède par l'amitié, la solidarité, le sport ou le travail puisqu'on a toujours le traitement pharmaceutique adapté et à prendre à vie de préférence ».

D'ailleurs, la dénomination de « psy » est un concept délicat car il est un diminutif qu'utilisent facilement les médecins pour répertorier les patients qui remplissent les cabinets médicaux et qui ne présentent pas de réelle pathologie ou qui présentent des pathologies qui ne paraissent pas vraiment organiques.

Ainsi, l'investissement financier dans le marché du « Moi » est le plus rentable des dernières décennies, le « psychologique » disputant au gène l'explication de toutes les pathologies. On observe en effet une augmentation du domaine du « psy » qu'il soit remboursé ou non et de sa médiatisation, alors que la prise en charge somatique augmente lorsqu'elle est remboursée et diminue si elle ne l'est pas. L'angoisse est très vendeuse et permet le développement d'un grand commerce associé aux stratégies marketing des laboratoires pharmaceutiques et des médias. C'est pourquoi L. Périno considère que les « *psychothérapies et les tranquillisants sont une arme à double tranchant, leur diffusion participe à un essor économique que leur efficacité risquerait d'amoindrir ; leur inefficacité est donc un bon compromis* ». C'est comme cela selon lui, que les obsessionnels sont soignés, mis en invalidité permanente et prennent des médicaments sans qu'on cherche à savoir quelle est la cause de leur trouble. Le diagnostic de TOC est posé, une solution provisoire que sont les médicaments et une solution finale qui est l'invalidité, sont apportées. De même, le DSM est le livre le plus producteur de malades. Il constitue un véritable outil diagnostic pour les médecins et un instrument marketing pour l'industrie pharmaceutique dans lequel tout est prétexte à faire un diagnostic psychiatrique.

« En Afrique rurale, les schizophrènes sont sorciers. Chez nous, les sorciers ont disparu ; bientôt, il y aura beaucoup de pseudo-schizophrènes et quelques vrais, ils avanceront calmes et sans adversité,

à l'abri du surréalisme, bien rangés sans notre réalité. J'ai peur. Je crois n'avoir jamais eu aussi peur. »

Extrait d'*Humeurs médicales*, L. Périno

I.2.1.7 Dogme du tout exogène

Il existe un dogmatisme du « tout exogène » depuis la vulgarisation de l'asepsie et de la vaccination et la découverte des antibiotiques. Les individus ont le sentiment d'être forts et sains et que s'ils tombent malades, ce n'est pas par fragilité intime mais la conséquence d'une agression par des agents extérieurs. De plus, guérir après un antibiotique, par exemple, leur en apporte la preuve. Ils ne prennent pas en compte la notion de terrain et l'effet placebo. En cela, l'antibiotique est le plus noble des placebos.

Il existe également la notion d'extériorité ou « d'extériorose », comme par exemple, la toxicomanie et la lutte contre les champs de coca et de pavot, plutôt que de rechercher une raison médicale à ce trouble. De même, dans le domaine de la psychiatrie, L Périno écrit que *« l'entourage préfère l'idée du médicament, voire de la chirurgie ou de l'électrochoc dont l'activisme évoque naturellement la notion d'organe, éloignant ainsi tout spectre de culpabilité »*.

« J'examine M. Wintzer pour la troisième fois, je découvre la même rhinopharyngite, mais en fin de parcours. La toux est évidemment un peu plus grasse, un peu plus « mûre ». Il faudrait encore expliquer que la toux est un bon symptôme qui facilite la guérison, mais je suis un peu fatigué. Alors je craque. Je donne l'antibiotique tant attendu. Je sais que l'effet placebo sera, dans ce cas, le seul effet de cet antibiotique. Je sais que la maladie est à son terme et que le virus insensible à l'antibiotique est déjà en train d'agoniser sur les muqueuses de mon patient. Je sais que le patient sera convaincu que c'est l'antibiotique qui l'a guéri. Je sais que l'industrie pharmaceutique qui vend l'antibiotique saura me convaincre avec des tas de courbes et de diabolisations que le patient avait une surinfection par un microbe sensible à son antibiotique. »

Extrait du *Bobologue*, L. Périno

I.2.1.8 Perte des repères

La société actuelle est victime d'une perte de ses repères avec la régression de la notion de famille et un individualisme grandissant. Le médecin est alors devenu le successeur du prêtre. La population privée de modèle, éprouve de plus en plus de difficultés dans ses choix. Elle est confrontée, nous dit L. Périno, à l'angoisse du mariage, à l'hyper-exposition du sexe et du marché de la sexualité qui va avec et à la complexité de la procréation. Elle doit également composer avec la présence omnipotente « du gène », qui expliquerait tous les aléas de la vie. Elle se raccroche aux valeurs d'une société encore judéo-chrétienne où la souffrance, la rédemption, la culpabilité et le péché servent, d'après lui, de « *catalyseurs et d'objectifs* », en acceptant l'idée que ce qui est bon pour la santé se doit d'être contraignant.

I.2.1.9 Compétitivité

La société actuelle est devenue un monde de compétitivité, ce dès l'école maternelle, qui se ressent essentiellement par le poids du travail sur l'individu. Il en découle les pathologies du travail souvent consécutives à un emploi non choisi, une sensation d'asservissement, des conflits ou des harcèlements.

I.2.1.10 Judicialisation

Notre société est de plus en plus procédurière et comme le précise C. Lehmann, « *le risque judiciaire reste constamment présent en arrière-plan tout au long de la démarche décisionnelle du médecin* ». Cela a des conséquences sur la pratique médicale dans un monde qui ne cherche que des preuves

durables. Pour L. Périno, le mot « clinique » est devenu obsolète car sans image et sans chiffre il n'y a plus de diagnostic et le médecin, devant l'absence de poids de ses explications, finit par prescrire des examens complémentaires et des traitements inutiles, remboursés par la société et attendus par les patients. Ainsi, selon C. Lehmann, *« le médecin se retrouve coincé entre une obligation de moyens qui permettra de lui reprocher de ne pas avoir demandé tel ou tel examen et les injonctions répétées des organismes d'assurance maladie qui insistent sur le devoir de ne dépenser que le strict nécessaire »*. Et L. Périno ajoute que l'acte court et prescripteur devient une protection juridique efficace pour le médecin car il dilue la responsabilité entre tous les intervenants du système de soins. Les actes longs ou définitifs deviennent suspects. Les médecins renoncent même aux signalements de pharmacovigilance par peur des conséquences juridiques. Il en va de même pour l'abstention thérapeutique qui dans certains cas est aussi efficace que l'activisme, voire davantage mais qui apparaît coupable. Il est alors difficile de convaincre les patients de l'utilité de l'abstention. L'illusion technique surpasse le bon sens clinique, alors que le médecin devrait faire pour ses patients ce qu'il ferait pour sa famille.

« Elle présente les mêmes symptômes qu'Amélie ce matin. Entorse vieille de huit jours, apparition secondaire d'un œdème et d'un hématome. Je l'envoie à la radio. Par mesure de sécurité. Pour gagner du temps. [...] A tête reposée, je ne l'aurais sans doute pas fait. Quitte à courir le risque d'être traîné en justice pour être passé à côté d'une fracture.

La judiciarisation de la médecine n'est pas un vain mot. Si nous n'en sommes pas encore arrivés à une situation à l'américaine, où de nombreux chirurgiens préfèrent ne pas effectuer une intervention risquée plutôt que d'en affronter les conséquences en cas de plainte, nous avons glissé collectivement vers un mode de fonctionnement où le risque judiciaire reste constamment présent à l'arrière-plan tout au long de la démarche décisionnelle du médecin. Combien d'examens complémentaires, de bilans sanguins, de radiographies, d'échographies, de fibroscopies, sont-ils

ainsi prescrits pour couvrir le médecin, dans une société persuadée de la toute-puissance médicale, et désinformée des risques réels ? Et combien d'accidents consécutifs à ces investigations ? »

Extrait de *Patients, si vous saviez....*, C. Lehmann

Ainsi le progrès médical et la protection sociale ont engendré la notion de santé universelle ou de droit à la santé absolue et définitive, mais la société occidentale actuelle engendre elle-même l'émergence de nouvelles pathologies, démontrant sans cesse les limites de la médecine moderne.

I.2.2 L'industrie pharmaceutique

I.2.2.1 Une médecine sous influence

L'industrie pharmaceutique influence les médecins de nombreuses façons. La première et la plus importante est l'influence sur leurs prescriptions par les visiteurs médicaux. Ces derniers incitent les médecins à prescrire des médicaments en utilisant divers stratagèmes qui peuvent être la flatterie à la compétence ou l'intimidation. Ils instaurent une relation de confiance ou de dépendance par l'intermédiaire d'une fausse sympathie et de cadeaux. Le médecin se sent alors redevable. Il ne s'agit pas d'information thérapeutique mais de démarchage commercial. Mais les médecins acceptent de recevoir les visiteurs médicaux car surchargés de travail, ils culpabilisent de ne pas pouvoir lire et s'informer et imaginent qu'ils pourront apprendre quelque chose. De plus, certains médecins aiment les visiteurs médicaux parce qu'ils leur font des cadeaux. Ainsi, la publicité sur les médicaments faite aux médecins est une incitation à la prescription et l'information délivrée par les laboratoires pharmaceutiques est très tendancieuse. Pourtant, on sait que seulement dix pour cent des médicaments sont réellement utiles pour le médecin et le patient.

Elle gère également leur formation médicale continue en la sponsorisant en fonction des objectifs de vente des laboratoires.

Par ailleurs, elle agit sur les grands professeurs et les hôpitaux car, comme le souligne C. Lehmann, « *elle sait qu'un médicament prescrit par un grand professeur d'université a peu de chance d'être changé par un médecin généraliste* ». Pour lui, « *la stratégie commerciale est sans faille : vendre à perte aux hôpitaux, afin de générer une explosion des ventes en officine* ». Elle diminue donc les prix hospitaliers pour que le médicament devienne une référence dont la prescription sera poursuivie en ville à un prix plus élevé. Elle paye également « *des leaders d'opinion, des médecins hospitaliers reconnus, pour faire passer un message à diffusion large envers les confrères exerçant en ville* ». De plus, certains médecins et certaines universités travaillent avec l'industrie pharmaceutique et des études de recherche sont menées conjointement, avec des clauses de confidentialité qui permettent aux laboratoires de faire ce qu'ils veulent, sans tenir compte de l'opinion des chercheurs universitaires, qui ne trouvent ni le soutien de leurs pairs, ni celui de la justice en cas de litige. L'industrie pharmaceutique détient donc un monopole et manipule les médecins car elle en a les moyens financiers.

Ainsi, les médecins généralistes sont sous-éduqués et désinformés. Certains en ont conscience et s'efforcent d'y remédier, d'autres n'y prêtent pas attention et beaucoup fonctionnent en deçà de leurs capacités réelles par peur ou par manque de formation. Ils changeraient sûrement leur comportement à condition d'un enseignement et d'une rémunération corrects. De plus, il faudrait rendre l'information indépendante mais il n'existe qu'un journal indépendant et autofinancé, la Revue Prescrire, mais lu par seulement un médecin sur dix.

« *Bonjour, docteur, je peux vous voir quelques minutes ? Je sais que votre salle d'attente est pleine, mais je n'en ai pas pour longtemps. Laboratoire WOPharma. Je viens vous présenter mon nouveau produit. C'est un antibiotique. Oui, je sais, on prescrit trop d'antibiotiques. Mais justement, celui-ci est destiné à éviter les prescriptions abusives en particulier dans les angines. Comment ? Grâce à son spectre très étroit, qui ne concerne que les streptocoques du groupe B... Pendant que je suis là,*

je vous rappelle nos deux pilules, Hymenal et Mini-Stère. Elles sont commercialisées depuis dix ans maintenant. Avez-vous l'expérience de la contraception orale ? Vous en prescrivez à quelques patientes ? Je sais que ça n'est pas encore passé dans les mœurs, alors c'est pour cela que je vous en parle. Voilà : des études très sérieuses semblent montrer que les utilisatrices de longue date – quatre ou cinq ans – présentent des retards à la conception lorsqu'elles arrêtent leur pilule. Cela n'a jamais été mis en évidence avec nos produits, mais si vous voulez, en même temps que des échantillons, je peux vous fournir des documents sur les pilules avec lesquelles ces... problèmes de fécondité ont été observés... Non, non, ne me remerciez pas, c'est bien naturel... »

Extrait des *Trois Médecins*, M. Winckler

I.2.2.2 Primauté du profit sur la vie humaine

Selon C. Lehmann, l'industrie favorise le profit au détriment de la vie humaine et de l'éthique médicale. Dans de nombreux domaines, le rapport bénéfice-risque d'un médicament est ignoré et les idées sont véhiculées par des leaders d'opinion. Les autorisations de mise sur le marché sont parfois limites, de même que le niveau d'information des patients lors des essais cliniques.

I.2.2.3 La loi du marché

L'industrie pharmaceutique détient un monopole et crée des marchés par l'intermédiaire d'une société pathogène et de la notion de prévention. Elle crée des besoins là où il n'y en avait pas, en manipulant l'information et en redéfinissant le concept de maladie à coup de pression publicitaire et de promotion. Mais son intérêt pour les maladies, précise L. Périno, dépend de la solvabilité des porteurs. Elle peut viser un public large, avec des prix attractifs, en orientant la vulgarisation d'une pathologie ou d'un état de la vie pour en forcer la découverte par les médecins et les patients, gonflant ainsi nombre de diagnostics. A l'inverse, elle peut viser une cible étroite, telles les pathologies graves voire mortelles en valorisant l'image de marque sans restriction de prix car ces

individus ne peuvent déroger au traitement. Elle crée également des marchés là où il existe déjà des médicaments et des règles hygiéno-diététiques efficaces et investi le marché du psychisme avec le risque d'une surmédicalisation de celui-ci. La santé est ainsi devenue un marché marqué par le profit et la rentabilité.

« Inventer une maladie est un véritable métier. Il faut découvrir une angoisse naturelle de l'humanité, la faire ensuite enfler en lui soufflant dans l'anus par le biais des médias. La baudruche ainsi attractive, il convient de lui adjoindre un concept présentable. Le concept nécessite plus de sérieux que l'insufflation anale, il a besoin de la science, laquelle doit avoir l'air exact, donc officiel, ou en ordre inverse, car, en médecine aussi, l'exactitude peut s'acquérir par l'officialité. »

Extrait d'*Humeurs médicales*, L. Périno

I.2.2.4 Désinformation du public

L'industrie pharmaceutique désinforme systématiquement le public et banalise le recours au médicament. Pour cela, elle ne médiatise pas un traitement mais une pathologie réelle ou supposée, voire même un état social. C'est ainsi, nous dit L. Périno, que *« certaines pathologies augmentent proportionnellement à leur évocation auprès du grand public et leur aggravation parallèlement aux moyens mis en œuvre pour les combattre »*, car l'industrie pharmaceutique met sur le marché des médicaments parfois efficaces, non remboursés donc moins surveillés mais aussi toxiques que les autres. Ils constituent alors de nouvelles sources de pathologies qui réalimentent le marché de la santé, semant la confusion dans les causalités et permettant la mise sur le marché de nouveaux médicaments pour traiter les effets secondaires des premiers. L'industrie pharmaceutique utilise deux axes commerciaux qui sont l'automédication avec publicité directe auprès du grand public et les médicaments sur ordonnance non remboursés, avec publicité indirecte par des articles pseudo-scientifiques diffusés par les médias. Il existe ainsi une diminution de la qualité de l'information de santé. La solution préventive pourrait être, pour L. Périno, *« de ne jamais aborder ces sujets en*

dehors de l'espace clos du cabinet médical, à condition que le médecin ne soit pas déjà victime du recrutement pervers ».

« Le plus grand succès de la collusion pharmaceutico-médiatique est celui de ce que j'appelle les « maladies à chiffres ».

- Docteur, je viens pour mon cholestérol, mon sucre, mon acide urique, ma tension, mon fer.

Ces patients en bonne santé n'ont qu'un chiffre malade. Bel exemple de causalité primaire, comme celui des antibiotiques, un médicament pour modifier un chiffre. L'avantage considérable pour le marché pharmaceutique est que les médicaments pour chiffres doivent être pris à vie par des gens bien portants. [...] Mais les chiffres délétères du poids, du nombre de cigarettes, de cocas ou de pas quotidiens n'ont pas obtenu le même succès publicitaire que le seul chiffre modifiable par un médicament. Incontestable succès du marketing pharmaceutique. »

Extrait du *Bobologue*, L. Périno

I.2.2.5 Les pouvoirs publics sous influence

Les pouvoirs publics sont liés avec les laboratoires pharmaceutiques pour des raisons économiques. Ils ne sont pas indépendants car l'état ne finançant pas la recherche médicale, ce sont les laboratoires qui le font. De même, les conditions de mise sur le marché des médicaments ne sont pas transparentes car la plupart des commissions ministérielles travaillent ou ont travaillé pour l'industrie pharmaceutique. De plus, il est difficile pour les pouvoirs publics de financer des études dont le résultat serait de diminuer la consommation médicale donc la croissance du marché médical qui participe à l'essor économique d'une société de profit. C'est pourquoi, aucune étude n'est menée sur l'intérêt de médicaments, d'examens ou d'informations placébos ou des alternatives non médicamenteuses. Ainsi, les intérêts financiers priment sur la santé publique. Les pouvoirs publics favorisent l'expansion de l'industrie pharmaceutique en déplaçant les remboursements sur des

médicaments coûteux mais rentables pour elle. L'existence de la sécurité sociale y participe également. La recherche médicale menée par les laboratoires est peu contrôlée du fait de chantage et de menaces exercées lorsque leurs intérêts sont en danger. De plus, les experts nommés pour les contrôles sont souvent partiels et dépendants car liés également à l'industrie pharmaceutique. Pourtant, au niveau de progrès sanitaire où est le pays, la marge d'amélioration est de plus en plus faible, bien inférieure aux marges d'erreurs des essais cliniques ou aux possibilités de manipulations des résultats. Il n'y a aucune transparence car la plupart des résultats négatifs ne sont pas publiés ou les études sont tronquées. L'obligation de preuve est davantage exigée des médecins que de l'industrie pharmaceutique, qui oblige les scientifiques à faire des études longues et dispendieuses pour prouver des évidences contraire à ses théories. Pour L. Périno, le marché a ainsi « *un admirable talent pour dissimuler les évidences. Il vit du dogme de la causalité primaire et tous les efforts consistent à chercher les moyens les plus sophistiqués pour donner une preuve scientifique de l'existence des liens de cette causalité* ». Ainsi, selon lui, l'impuissance et l'abandon des pouvoirs publics face à la toute puissance de l'industrie pharmaceutique ont fait du domaine de la santé « *un flux de médicaments sans médecine ni médecin, au détriment de la santé publique, de la recherche scientifique, de la pharmacovigilance, de la liberté scientifique, de la responsabilité professionnelle et du devoir d'information* ».

« - Docteur, le médicament que vous m'avez prescrit la dernière fois a été vraiment miraculeux, il m'a soulagé de presque tous mes maux. [...] »

Les symptômes de M. Ruiz avaient probablement disparu naturellement après avoir terminé leur cycle ou grâce à l'effet bénéfique d'un quelconque facteur de son environnement affectif ou professionnel. Mais cela, M. Ruiz ne pouvait l'imaginer, il avait besoin de deux causes pour expliquer sa guérison : un bon médecin et un bon médicament. Hélas, le bon médecin n'était pas moi, mais M. Ruiz voulait absolument qu'il en soit ainsi, je ne pouvais le contrarier plus longtemps.

Le bon médicament n'était pas non plus le bon, car il avait échoué à tous ses examens de passage aux fameuses « études en double aveugle contre placebo » ».

Extrait du *Bobologue*, L. Périno

I.2.3 Les médias

I.2.3.1 L'absence d'indépendance

C. Lehmann nous explique que la presse médicale n'a aucune autonomie rédactionnelle. Elle subit l'influence de l'industrie pharmaceutique qui la finance par l'intermédiaire des pages publicitaires et l'équipe commerciale influe sur le contenu rédactionnel qui sera en rapport avec la sortie des nouveaux médicaments. L'analyse critique y est réduite à sa plus simple expression et favorise une vulgarisation de la médecine. De plus, il n'existe aucune transparence. Ainsi, la seule revue indépendante et critique sur le médicament est la revue Prescrire.

I.2.3.2 Le rôle des médecins

Les médecins sont responsables de cet état de fait par leur absence de volonté pour une presse indépendante. Ils s'abonnent peu et ont un faible niveau d'exigence. Or, comme le précise C. Lehmann, « *il suffirait que le niveau d'exigence des médecins s'élève pour que l'industrie pharmaceutique soit obligée de modifier ses stratégies commerciales* ». Ainsi, concernant la revue Prescrire par exemple, selon lui, « *accepter de la lire, de poursuivre une réflexion grâce à une étude de la littérature internationale, c'est accepter de remettre en cause une illusoire facilitée de prescription, pour épouser un raisonnement scientifique rigoureux, fondé sur le doute, l'étude des risques, la retenue et la prudence devant les nombreuses inconnues... C'est au bout du compte prescrire mieux mais surtout, probablement prescrire moins* ».

Mais, ajoute L. Périno, « *les universitaires restent muets et les praticiens figés dans la routine de leurs actes courts et clos par une ordonnance dictée par des études qui les insultent et risquent d'être bientôt spoliés de l'origine des diagnostics* ».

I.2.3.3 Pouvoir des médias sur le public

Les médias véhiculent l'idée que la médecine a réponse à tous les maux et que toutes les préventions s'adressent à tout le monde, sans tenir compte des statistiques que sont l'incidence, la prévalence et le risque individuel. Dès qu'un nouveau médicament apparaît, il est immédiatement repris par la presse médicale puis rapidement par la presse grand public. Puis les fabricants, écrit L. Périno, s'alarment des « *nombreux patients qui ne bénéficient pas encore de ce médicament miracle* », tout en menant des études épidémiologiques démontrant que la maladie est largement sous diagnostiquée et inculquant les médecins de « *lenteur thérapeutique et d'indolence diagnostique* ». Ils s'en remettent alors de nouveau aux médias pour véhiculer ces informations à but financier.

Le médecin perd alors souvent son temps à essayer de convaincre un patient quand il a entendu quelque chose à la télévision. Bien que la publicité sur les médicaments de prescription médicale soit interdite auprès du grand public, les laboratoires de plus en plus puissants parviennent à détourner la loi. Ainsi, le médecin doit toujours avoir l'air d'être au courant. La presse, financée par l'industrie pharmaceutique, use des autorisations administratives de mise sur le marché pour accuser les pouvoirs publics, « *incapables de faire bénéficier l'ensemble des assurés sociaux des prodiges de la recherche de pointe* », souligne C. Lehmann. Mais le plus gros abus médiatique de la médecine, aidée en cela par l'industrie pharmaceutique, est de laisser croire qu'à toute maladie ou symptôme correspond un traitement efficace.

« Le médecin perd souvent son temps à essayer de convaincre un patient de ne plus prendre un laxatif ou un antirhume dont il a entendu parler à la télévision. Plus grave, il perd également son

temps à essayer de retarder la prescription d'un produit dangereux et parfois efficace dont le nom est arrivé aux oreilles du patient par des voies détournées. [...]

- Docteur, il paraît qu'il y a un nouveau médicament pour la migraine.

Il faut dans ce cas toujours avoir l'air d'être au courant pour ne pas être aussi ridicule que si l'on ignore le résultat du dernier match de la Coupe du monde.

- Oui, mais ce médicament n'est pas encore commercialisé en France.

Quelques semaines plus tard, j'apprends, comme par hasard, que le médicament va bientôt être commercialisé en France. [...]

- Docteur, ça y est le produit est sorti.

- Oui, mais vous savez, la migraine (ou l'acné ou l'impuissance ou l'obésité) est une maladie compliquée. Il faut être bien certain que le médicament est adapté à votre cas particulier. Il faut l'utiliser avec prudence.

- Le médecin de mon collègue de bureau lui en prescrit. Il en est très content.

Sous-entendu, ne soyez pas un médecin minable ou timide qui n'ose pas se mettre à la page.

- Votre collègue de bureau n'est pas identique à vous. Et puis, on ne peut pas dire que l'on est content d'un médicament comme d'une poudre à laver.

- Mais il a exactement les mêmes symptômes que moi.

Pour réussir le double exploit de ne pas perdre ce patient et de le convaincre d'attendre, il faudra une longue négociation et des explications tenaces. »

Extrait du *Bobologue*, L. Périno

I.2.4 Les pouvoirs publics

I.2.4.1 La santé publique

Les pouvoirs publics manquent d'une politique de santé publique globale à long terme et d'une éducation sanitaire de la population car le pays est victime de la croissance des dépenses de santé et n'a plus les moyens de financer la solidarité sanitaire dans un contexte de surconsommation médicale. Le déficit est présenté à la population comme une urgence politique car le marché de la santé est devenu un élément important de la croissance économique du pays et ne perdure qu'au prix d'une marchandisation totale du corps et du soin, au mépris de la santé publique. On ne parle plus de la santé sans parler d'argent et la cohabitation possible du marché de la santé et de la solidarité devient une illusion. Sous la pression pharmaceutique, les médecins réalisent des actes courts où la clinique et les explications disparaissent au profit des prescriptions et les patients, désinformés, dépensent et surconsomment des traitements inutiles ou inefficaces. Ainsi, conformément au « désir médical » de la société, la « *clinique et le bon sens ont disparu au profit d'actes faciles et répétitifs* » nous dit L. Périno. C'est dans ce contexte qu'il importe aux médecins de revenir à la clinique afin de retrouver une place face au couple « malade-marchand ». Le système de soins est totalement dérégulé par le marché médical. De plus, il existe un risque de privatisation de la santé, avec une mise en concurrence dans le privé, qui mettrait un terme à la santé publique. L'activité de soin est à priori tournée vers le bien des autres, la qualité des soins a un coût mais la santé n'a pas de prix. Ainsi, L. Périno déclare : « *le grand gagnant est le marché médical et le grand perdant, le malade. Pendant que la société se médicalise le vrai malade désemparé se réfugie à l'hôpital devenu l'unique lieu de sa mort. Il existe ainsi une désocialisation de la maladie et une médicalisation de la société* ».

« Le chômage, l'ennui, le deuil, l'adolescence, le travail, le sexe, la grossesse et la sénescence deviennent médicaux, pendant que la douleur, l'agonie et la mort deviennent asociales. Sous la pression du désir médical de la société, le clinicien a disparu, son bon sens écrasé par le pilon commercial, sa critique anesthésiée par le lucre d'actes faciles et répétitifs. En conclusion, si de toute évidence nous ne pouvons pas, pour des raisons économiques et diplomatiques, supprimer les

marchands et les malades, il faudra bien nous résoudre à réanimer les cliniciens. Sinon, cessons de feindre de parler de santé quand nous parlons d'économie. »

Extrait d'*Humeurs médicales*, L. Périno

I.2.4.2 Complices de l'industrie pharmaceutique

D'après C. Lehmann, les pouvoirs publics favorisent l'industrie pharmaceutique et manipulent les médecins concernant les médicaments. Ils acceptent des AMM sans révision et maintiennent quasi secrètes les activités de pharmacovigilance. Ils sont asservis par les lobbys. Malgré tout, ils ont rejeté la publicité directe avec l'idée que le médicament n'est pas une marchandise comme les autres. Mais il leur faut également augmenter la transparence et la pharmacovigilance avec le signalement des effets indésirables qui doivent être rendus public. De plus, il n'existe aucun contrôle des médicaments et des analyses non remboursés.

« Soyons logiques jusqu'au bout, comment demander aux pouvoirs publics et aux médecins de financer des études dont le résultat serait probablement de diminuer massivement la consommation médicale, donc le marché médical, donc le PIB, donc la croissance, donc la raison d'être du monde occidental ? J'appartiens à ce monde occidental. Je contribue à l'étouffement de ma forêt primaire, je participe indirectement à l'asservissement du père Degaltieche. »

Extrait du *Bobologue*, L. Périno

I.2.4.3 Dévalorisation de la médecine générale

Les jeunes médecins méprisent la médecine générale car les conditions de travail des généralistes sont de plus en plus mauvaises, bien plus que celles des spécialistes qui n'assurent ni garde, ni visite, ni urgence, et qui ont des consultations mieux rémunérées car ils peuvent mieux coter leurs actes, en raison des appareillages ou techniques particulières qu'ils utilisent.

Et selon C. Lehmann, les pouvoirs publics ne font rien pour améliorer les conditions d'exercice de la médecine générale et la rémunération de ses médecins. Sous couvert du sacerdoce ou de la vocation, ils n'appliquent pas les textes législatifs relatifs à l'exercice médical, tels qu'ils devraient l'être sur le papier. Ils obligent à la permanence des soins et réquisitionnent sous prétexte de disponibilité permanente, « *laissant les médecins en assumer la charge dans les pires conditions* ». Ainsi, les généralistes sont obligés d'assurer des gardes d'urgence et de recevoir les gens presque sept jours sur sept. Un médecin de famille doit assurer une présence permanente et les médecins généralistes ruraux ne prennent pas de vacances. En cela, les pouvoirs publics ne respectent pas le code de déontologie. Par ailleurs, la profession se féminise et les femmes refusent encore plus de telles conditions de travail.

De plus, selon M. Winckler, ils ont entraîné une diminution drastique du *numerus clausus* et ne font pas l'effort d'adapter les structures aux besoins de la population. Ainsi, les hôpitaux sont encore trop souvent des lieux « *hostiles, inhumains* », dans lesquels « *la gestion financière passe avant le souci de soulager les souffrances* ». Dans ce contexte, les médecins sont divisés car les plus privilégiés ne cherchent qu'à conserver leurs privilèges, alors que les autres exercent dans des conditions difficiles, surchargés de travail et mal rémunérés. Enfin, concernant les rapports des médecins avec les administrations, d'après L. Périno, « *le dialogue y est remplacé par des formulaires dont toutes les cases doivent être remplies, peu importe l'âme du remplissage et les hésitations devant les questions à réponses binaires* ». Il existe ainsi une « *cloison qui sépare le service public du médecin libéral* ».

« *Un jour, en enquêtant sur les médecins, comme ça, comme sur n'importe qui, un imbécile a découvert une réalité pas très reluisante. Il a démontré que les médecins boivent, se droguent, dépriment, fument, baisent mal, flambent aux courses et au casino, frappent leurs proches, délaissent leurs enfants, et quand ils n'en peuvent plus de leur vie de con qui sait mieux que les autres quelles horreurs la vie a en stock, ils se tuent. Et tout ça, statistiquement plus souvent que le pékin lambda*

de la population générale. Comment mieux dire que les médecins sont de pauvres types, qui ne parviennent même pas à tirer un profit personnel, un épanouissement individuel de leur foutu boulot ? Comment mieux dire que les médecins crèvent malgré tout leur savoir ? »

Extrait de *La maladie de Sachs*, M. Winckler

I.2.4.4 Prévention

La médecine préventive est une science complexe. Ses succès ont été l'hygiène et la vaccination mais les essais de prévention dans les domaines de la psychiatrie, la cancérologie et la cardiologie ont échoué. Pour réussir, explique L. Périno, il faudrait de véritables dictatures incompatibles avec le concept de prévention et d'éducation sanitaire, illusoire dans nos démocraties libérales pleines de paradoxes. Il faudrait choisir entre libéralisme et médecine prédictive. Il existe néanmoins une nouvelle médecine prédictive basée sur le risque génétique individuel et également une médiatisation du psychisme, telles les cellules psychologiques de crises, dans une société où la médicalisation et l'illusion du progrès sont devenues indispensables.

Ainsi, pour lui, la santé a deux coûts : *« l'un collectif se mesure en devises et l'autre individuel s'apprécie en effort d'hygiène de vie »* et deux bénéfices : *« le collectif est d'ordre statistique et l'individuel se compte en espérance de vie »*.

I.2.4.5 Les Caisses d'Assurance Maladie

Favorisent la surconsommation médicale

Les cotisations sociales donnent des droits aux patients à travers le remboursement des prestations médicales. Cet état de fait augmente leurs exigences vis-à-vis du médecin et favorise la surconsommation médicale.

Par ailleurs, la Sécurité sociale elle-même, de part ses actions, favorise la consommation médicale, par exemple, en proposant des bilans gratuits qui n'ont aucune pertinence médicale.

Décharge administrative sur le médecin généraliste

De plus en plus, les médecins sont surchargés de démarches administratives que certains ressentent comme la délégation d'une tâche ingrate par la Sécurité sociale aux médecins. Il en est ainsi, par exemple, de la télétransmission, qui comme l'écrit C. Lehmann, *« permet aux médecins, après dix ans d'études, d'effectuer le travail de saisie des feuilles de soins à la place des employés de la Sécurité sociale à pas cher »*.

Remboursement

Il existe un *« décalage entre les indications officielles et les connaissances scientifiques sur les médicaments »*, nous dit C. Lehmann. Cela vient d'une *« exigence morale de ne faire financer par la société que les médicaments ayant apporté la preuve scientifique d'une utilité individuelle et publique »* précise L. Périno. Ainsi, la question du remboursement des molécules sans AMM voire même des médicaments homéopathiques ayant montré leur efficacité dans la population est récurrente. Or, comme l'écrit L. Périno, pour le médecin, *« le seul critère acceptable est celui de la satisfaction déclarée par le patient »* mais pour les Caisses d'Assurance Maladie *« le critère le moins contestable est celui du succès apparent en santé publique »*. Par ailleurs, elles ne déremboursent pas les médicaments qui devraient l'être, c'est à dire ceux au service médical rendu inutile, médiocre ou moyen, ou elles prévoient de les retirer mais de permettre aux laboratoires, en échange, de pouvoir commercialiser leurs nouveaux médicaments plus rapidement et plus facilement, et de les rembourser. Ainsi, les grands groupes vont encore plus asseoir leur domination et continueront à avoir le même type de discours vis-à-vis des médecins en les noyant sous des informations invérifiables et en leur faisant prescrire des médicaments chers et pas toujours indispensables.

« Melvin a la varicelle. [...] J'imprime la prescription standard (savon antiseptique, talc, paracétamol) et je rajoute un antiviral, habituellement utilisé dans l'herpès, et dont j'ai lu il y a de

nombreuses années dans une revue américaine qu'il limite le nombre et l'intensité des poussées éruptives, diminuant ainsi le risque de cicatrices cutanées. Cette indication n'est pas reconnue dans le Vidal et, théoriquement, n'est donc pas remboursable par la Sécurité sociale. Ce qui n'empêche pas celle-ci de déboursier sans sourciller plusieurs milliers de francs à la suite de la prescription d'un régime hyperprotéiné à Isabelle, sans jamais demander le moindre compte ni au spécialiste ni au laboratoire concernés. Je devrais donc marquer bien lisiblement à côté du nom du produit qu'il est prescrit hors remboursement. Si je ne le fais pas, la Sécu serait en droit de se retourner vers moi pour m'en exiger le remboursement. »

Extrait de *Patients, si vous saviez...*, C. Lehmann

Déficit de la Sécurité sociale

Devant le déficit de la Sécurité sociale, ses acteurs insistent souvent sur l'aspect coupable de la maladie. Ainsi, comme l'écrit C. Lehmann, les médecins sont coincés entre les obligations de moyens et le contrôle de la Sécurité sociale. Il en va ainsi par exemple, de l'arrêt de travail qui est pourtant un « *acte médical* » mais qui, s'il n'est pas rempli correctement, notamment si le médecin omet d'y inscrire le diagnostic qui le motive, pénalise les patients qui peuvent être victimes d'un « *chantage à l'indemnisation* ».

De nombreuses réformes ont été imaginées pour résoudre ce problème, mais la médicalisation étant, d'après L. Périno, « *l'exutoire programmé des dysfonctions sociétales, il faudrait pour diminuer ce déficit, modifier la société pathogène qui le génère* ».

Mais pour le moment, selon lui, « *pour éviter de désigner la misère du système, il est plus confortable de désigner les misérables comme agents majeurs de leur propre pathologie* ».

I.2.4.6 Education sanitaire des patients

Il n'existe pas de politique d'éducation à la santé en France, d'où les usagers surconsommant de la médecine pour tout et pour rien. L'enseignement de la science médicale est presque inexistant à l'école et les médecins ne pratiquent aucune éducation sanitaire alors que ce sont les premiers fournisseurs d'information aux médias et au grand public. Au contraire, on rencontre une capacité de désinformation de la part des laboratoires pharmaceutiques et de la société qui impose, selon L. Périno, des « *hérésies sanitaires* », avec par exemple, les somnifères ou les cotons tiges. Pourtant, l'éducation sanitaire des patients est le plus efficace des traitements curatifs et préventifs et l'observance thérapeutique est la clé de la réussite médicale. Il y a donc une nécessité de promouvoir l'éducation sanitaire et de se battre pour ce qu'il nomme « *l'exception médicale* ».

Dans le même ordre d'idée, C. Lehmann explique, par exemple, que « *l'automédication serait l'avenir de la santé publique car, dans un monde idéal, où l'éducation à la santé serait enseignée, où l'information sur le médicament circulerait librement sans manipulation, elle permettrait au patient de mieux prendre en charge certains petits maux de sa vie courante. Et la première leçon de cette éducation à la santé serait probablement qu'il y a un monde, entre ne pas se sentir très bien et être malade, et qu'un désagrément momentané ne nécessite pas forcément le recours à un médicament* ».

I.2.5 Le milieu médical

I.2.5.1 La profession médicale

Sentiment de toute puissance

La médecine est synonyme d'élite, de pouvoir et de toute puissance. Cette idée est véhiculée par la faculté lors de la formation des étudiants puis entretenue par les chercheurs et les médecins eux-mêmes. Ils laissent ainsi entendre que le médecin sait et le patient ne sait pas. C'est pourquoi, précise M. Winckler, certains médecins usent de leur supériorité et considèrent que le patient doit se taire et obéir s'il veut guérir et que s'ils échouent, c'est la faute du patient. D'autres font en sorte que le patient ne leur pose pas de question, parlent sans le laisser parler, quadrillent ce qu'il leur dit pour

faire entrer les symptômes dans des cases en laissant à l'extérieur ceux qui n'y entrent pas et délèguent à des intermédiaires.

Beaucoup de médecins craignent de se remettre en question et ne prennent pas en compte leur individualité propre, le fait qu'ils soient une personne comme une autre. On leur laisse entendre qu'ils sont des êtres à part et on leur interdit d'exprimer les sentiments et les émotions qui les rapprocheraient des gens qu'ils soignent. Pourtant, il existe des sujets tabous y compris pour les médecins et quand un patient consulte pour une plainte banale, il peut avoir envie ou besoin d'en profiter pour poser des questions plus personnelles.

Le médecin doit admettre qu'il n'est pas tout-puissant, mais qu'il peut faire beaucoup avec ce qu'il sait. Beaucoup d'étudiants en médecine sont formés par des professeurs véhiculant ce fantasme de toute-puissance, qui leur demandent de ne pas s'appuyer sur leur expérience personnelle ou leur perception sensible du monde pour comprendre ce qu'est la maladie. Les étudiants doivent en prendre conscience. Ainsi, pour M. Winckler, *« il n'existe pas d'éthique médicale car l'éthique est une morale commune et un respect de l'autre. Le médecin n'a aucune supériorité, il ne doit pas faire passer ses croyances avant celles de ses patients, il ne doit pas considérer les autres comme des sous-fifres, il doit partager son savoir avec ceux qui en ont besoin et être loyal envers ses patients »*.

De plus, souligne L. Périno, les médecins doivent garder à l'esprit que l'amélioration de la santé passe essentiellement par des facteurs extra-médicaux et des facteurs médicaux indirects qui sont des acquis solides et difficilement réversibles. Les facteurs médicaux directs comme une pénurie de vaccins ou de médicaments auraient un impact mais il a été démontré qu'une pénurie de médecins n'aurait aucun impact à court ou moyen terme sur les différents indices du niveau sanitaire. Il existe ainsi une *« absence de relation entre la santé publique et la présence de médecins »*.

« Choisir d'être médecin, ce n'est pas choisir entre deux spécialités ou deux modes d'exercice, mais d'abord entre deux attitudes, entre deux positions. Celle de « Docteur », celle de soignant. Les

médecins sont plus souvent docteurs que soignants. C'est plus confortable, c'est plus gratifiant, ça fait mieux dans les soirées et dans les dîners, ça fait mieux dans le tableau. Le Docteur « sait », et son savoir prévaut sur tout le reste. Le soignant cherche avant tout à apaiser les souffrances. Le Docteur attend des patients et des symptômes qu'ils se conforment aux grilles d'analyse que la faculté lui a inculquées ; le soignant fait de son mieux (en questionnant ses maigres certitudes) pour comprendre un tant soit peu ce qui arrive aux gens. Le Docteur prescrit. Le soignant panse. Le Docteur cultive le verbe et le pouvoir. Le soignant déraille. Quant au malade, qu'il ait affaire à l'un ou à l'autre, il crèvera de toute façon. Mais à quelle sauce ? »

Extrait de *La maladie de Sachs*, M. Winckler

Le corporatisme

Via l'ordre des médecins, le milieu médical est extrêmement corporatiste. Pourtant, lorsqu'il s'agit de protéger ses acteurs, alors qu'il existe une souffrance au travail conduisant parfois au « burn-out », on observe un mur du silence concernant les médecins en difficulté, et pour lesquels les pressions subies chaque jour dans leur travail peuvent aggraver un malaise, un mal-être ou des troubles déjà présents. On les protège grâce à cet esprit corporatiste et d'auto-préservation mais peu d'aide directe leur ait apportée. La plupart se voile la face, c'est pourquoi on ne connaît pas l'étendue du problème en France.

L'inhomogénéité de la profession

La profession médicale est loin d'être homogène. Il existe les prescripteurs influents qui sont les spécialistes hospitalo-universitaires proches du pouvoir et de l'industrie, une minorité de soignants de terrain engagés et dévoués et une majorité de praticiens qui se contentent du système sans trop s'interroger.

La rivalité professionnelle

La profession médicale est celle qui, selon M. Winckler, « *communique le plus mal car ses acteurs ne communiquent ni avec le monde extérieur ni entre eux* ». Au contraire, ils sont même souvent en compétition et la médecine devient un « *combat au lieu d'être une entreprise collective* ». De plus, il ajoute que « *l'immobilise administratif, les mauvaises conditions de travail, les chicaneries corporatistes, la hiérarchie absurde et les discours médicaux dogmatiques sont néfastes à tout projet de santé publique* ». C'est pourquoi, souvent, le médecin généraliste apprend plus des professionnels paramédicaux. Néanmoins, on remarque que la loyauté des médecins envers leurs confrères prévaut sur la loyauté envers leurs patients.

« *Dès qu'ils ont franchi le barrage du concours de première année, les étudiants sont sommés par leurs aînés de présenter le concours de l'internat, et de se rallier ainsi au groupe « dominant » que constituent les Perses – futurs chirurgiens et spécialistes de haut niveau – face à la plèbe des futurs généralistes de base.* »

Extrait des *Trois Médecins*, M. Winckler

I.2.5.2 L'absence de remise en question

Les médecins ont beaucoup de difficultés à se remettre en cause. Ils font ce qu'ils veulent et rien ne les oblige à modifier leur pratique. Ils s'attachent à l'académisme médical et aux consensus au détriment de l'action. Il existe un engrenage médical lié au respect de ces consensus. La progression des connaissances est linéaire et pourtant on note d'innombrables régressions de celles-ci au cours des siècles car les théories exactes sont dépassées par l'explosion des technologies actuelles qui sont considérées, pour L. Périno, comme une « *forme d'achèvement de la connaissance* ». Les médecins

qui portent un regard critique sur l'institution médicale sont souvent engagés dans un combat social. Les autres s'interrogent peu et ne tirent jamais de leçon.

Il existe également une absence de réflexion de la part des médecins sur l'industrie pharmaceutique dont ils sont plutôt complices. Certains médecins sont désinformés ou ignorants. D'autres ont l'expérience d'une prescription et éprouvent des difficultés à la remettre en cause même lorsqu'il existe un recul sur le médicament. En changer serait remettre en cause leur infaillibilité médicale. Peu prescrivent en DCI. Ainsi ils ne contribuent pas à modifier les choses et servent et se servent de l'industrie pharmaceutique en faisant des actes courts et prescripteurs, augmentant ainsi les rendements de chacun. Ils ne se permettent plus d'abstention thérapeutique car, comme l'écrit L. Périno, « *le consumérisme médical avance indépendamment des preuves et de la science* », et par crainte de l'accusation de négligence et de mépris.

« - C'est au sujet de la prescription de pravastatine 20mg pour Mme Brossard. Nous n'avons pas ce médicament en stock...

- C'est une prescription en DCI, madame. En dénomination commune internationale...

- Oui, mais nous n'avons pas ce générique en stock. D'ailleurs il n'est pas dans le Vidal. Nous n'avons que l'Elisor.

- Je n'ai pas prescrit de générique, madame. L'Elisor, c'est le nom de marque de la pravastatine. C'est d'ailleurs la seule pravastatine en France, pour l'instant, puisque le médicament n'est pas encore génériquable.

- Alors pourquoi vous marquez Pravastatine DCI, si vous voulez de l'Elisor... [...]

- Les médecins sont censés prescrire les médicaments en dénomination commune internationale. Cela permet de remettre les choses à leur place. En prescrivant en nom de marque, on finit par oublier ce qu'on prescrit... D'autant que l'ensemble des données pharmacologiques, des études internationales, est rédigé en DCI... Ensuite, selon votre stock de médicaments et leur prix, vous êtes

le mieux à même de dispenser le traitement au patient, quitte à noter le nom de fantaisie à côté de la DCI. Je sais bien que ça représente un travail intellectuel supplémentaire pour vous comme pour moi, mais c'est le seul moyen de s'affranchir un peu d'un système de promotion commercial et de revenir à une prescription plus saine... »

Extrait de *Patients, si vous saviez...*, C. Lehmann

I.2.5.3 Statut de la médecine générale

C. Lehmann nous dit que, pendant longtemps, la médecine générale a été la seule médecine mais que *« sa compétence, sa spécificité, son utilité, ont été sans cesse niées et remises en question »*. Il explique que dans les années cinquante, on observe une augmentation de la médecine hospitalière et des filières spécialisées avec un certain déficit en ville des spécialistes, puis dans les années soixante-dix, un dénigrement de la médecine générale dont les praticiens sont sélectionnés par l'échec avec le concours de l'internat, contrairement aux spécialistes. Une notion de hiérarchie liée au progrès technique s'instaure. On tente de redéfinir la médecine générale et le rôle du médecin généraliste. Il existe une défense de ce dernier par l'intermédiaire de syndicats mais qui sont encore composés de spécialistes. Le médecin généraliste est le médecin de première ligne mais il gêne les spécialistes, sauf lors des gardes et des vacances, où il redevient poly-spécialiste. Dans les années quatre-vingt, un troisième cycle universitaire est créé pour les médecins généralistes puis enfin, ils vont créer leur propre syndicat.

Ils se sont insurgés contre des conditions de travail insupportables concernant les gardes, les conditions financières et la surcharge de travail. Ils ont une place restreinte mais cruciale car ils sont au centre du système de soins. Malheureusement, compte tenu de ces conditions de travail, de la spécialisation de la médecine et du dénigrement dont ils sont victimes, beaucoup refusent la médecine rurale et l'urgence, et quand reviendra le temps d'une médecine générale plus globale, ils auront perdu leurs compétences.

I.2.5.4 Paiement à l'acte

Le tarif unique et le paiement à l'acte ont pour conséquence des actes de plus en plus courts car, comme le cite C. Lehmann, « *plus d'actes, c'est plus d'argent et bien évidemment moins de temps pour chaque acte* ». Dans le même ordre d'idée, L. Périno considère que l'acte court est « *cliniquement misérable et extrêmement prescripteur* ». Il médicalise tous les aléas de la vie. La prescription devient un substitut au dialogue et à l'éducation. La relation humaniste que devrait être la relation du médecin au patient devient pécuniaire. On pourrait même se poser la question, selon lui, de la guérison car un patient guéri n'a plus besoin du médecin. De même, certains médecins préfèrent des patients dits « faciles » sur les patients dits « difficiles » car le tarif de la consultation est unique quelque soit sa difficulté et sa longueur. D'autres pourraient abuser de « *l'écoute compassée* » qui devient lucrative par sa chronicité. Ainsi, toujours selon L. Périno, « *la relation médicale est mise à mal par la cupidité des médecins, l'inflation de l'offre commerciale et le leurre politique d'une assistance sociale grâce à laquelle chaque patient peut consommer des actes courts à l'infini obtenant la preuve de l'utilité de ses cotisations sociales* ».

I.2.5.5 L'ordre des médecins

Pour M. Winckler, l'Ordre des médecins garant de la déontologie, ne remplit pas l'ensemble de ses missions dans ce domaine car le Code est rédigé par l'Ordre lui-même, sans aucune participation des patients et fait l'objet d'un décret, non d'un vote législatif, ce qui n'est pas démocratique. Ainsi, selon lui, « *cette instance professionnelle non représentative décide seule de règles concernant tous les médecins et les applique sans aucun contrôle ni contre-pouvoir des citoyens. La profession ou « caste » médicale est ainsi une entité à part se distinguant des autres professions de santé et se tenant à distance de ses deux interlocuteurs que sont la Sécurité sociale et les patients, considérés comme deux ennemis. Il existe par exemple une hypocrisie sur le secret professionnel. Normalement,*

le patient lui-même ne peut pas délier le médecin de ce secret mais la violation de celui-ci pour motifs médiatiques est extrêmement courante ». La télévision recrute des médecins pour des émissions où ils apparaissent avec leurs patients, dévoilant à tous ce qui devrait rester dans l'intimité d'un cabinet médical. De même, « *lors de l'annonce d'une maladie grave, le médecin doit au patient une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Or de nombreux médecins taisent systématiquement la vérité à un patient atteint d'une maladie grave mais violent le secret professionnel en révélant la vérité à leur entourage qui n'est pas plus armé face à cette annonce et peut même être très mal placés pour l'apprendre* ». Ils privent le patient de deux droits fondamentaux qui sont: « *se faire soigner de manière éclairée et vivre en toute connaissance de cause, le meilleur de la vie qui lui reste avec les personnes de son choix* ». L'Ordre semble considérer le médecin comme un être à part, dénué d'humanité, dont dépend le patient. Le secret professionnel est ainsi utilisé par l'Ordre pour protéger les intérêts de la profession. Ainsi, M. Winckler considère que « *l'Ordre est un organisme qui hors du contrôle des citoyens édicte ses propres règles d'éthique et qui en un mouvement totalement schizoïde feint de les imposer à ses membres tout en leur permettant de les appliquer à leur guise* ». De plus, il permet la protection des médecins par la complexité judiciaire et le coût qu'engendre une plainte portée par un patient contre un médecin.

I.2.5.6 Le progrès médical

Illusion

Les progrès des investigations médico-techniques, explique L. Périno, engendrent l'idée fausse que « *toutes les maladies ont une cause visible donc supposée tacitement curable* ». En effet, « *on observe toujours une image bizarre ou limite à signaler lorsque le corps est exploré avec tant de précision et ces excès d'investigation aboutissent à des pseudo-diagnostics sans traitement approprié et donnent encore de nouvelles impressions d'échec* ». Les examens complémentaires

n'ont que deux utilités, confirmer ce que le médecin sait déjà ou prouver à un patient inquiet qu'il n'a rien. Mais souvent, ces images sans signification servent les médecins car, comme il le précise, elles leur permettent de « *justifier un symptôme que personne ne veut approfondir par économie de temps et évitement de l'âme inexplorée* ».

Ainsi, les avancées médicales donnent surtout l'illusion du progrès médical. Il en va ainsi des nombreux médicaments arrivant sur le marché et dont les indications thérapeutiques, contre-indications et stratégies marketing ne cessent de changer à un rythme effréné. De même, aux USA, il est déjà proposé des scanners corps entiers aux individus pour attester de leur bonne santé comme si elle ne pouvait plus être un simple ressenti. S'ils reviennent suspects, les médecins généralistes doivent prendre le relai et sont obligés de poursuivre les investigations, souvent pour rien. Ces progrès vont même parfois à l'encontre du bon sens naturel, comme les accouchements déclenchés pour le confort maternel et de l'équipe médicale. Emerge également la notion du « tout génétique » au détriment des études sur les facteurs environnementaux. Et pendant que progresse la chimie et la technologie médicale, les soins les plus élémentaires tels que les soins dentaires sont à peine pris en charge.

Le progrès médical s'appuie donc, comme le dit L. Périno, sur l'ignorance et l'inquiétude de la population car ils sont de bons vecteurs pour être toujours en « *instance de maladie* ». Ainsi, la médecine ne peut s'extraire de la société dans laquelle elle progresse, société qui est toujours plus consommatrice et qui se laisse bercée par l'illusion du progrès. Et malgré certains progrès stupéfiants, le médecin n'a souvent pas de réponse aux plaintes de ses patients. « *Le corps et l'esprit ne sont pas encore réductibles à la technique* », ce d'autant que les seuls progrès qui aient réellement fait leurs preuves sont, toujours selon L. Périno, « *les vaccins, la chirurgie traumatologique, la morphine, l'hygiène et les histoires des patients* ».

« La médecine progresse, c'est un fait. [...] Reste cette insupportable vérité, que la société dans son ensemble cherche par tous les moyens à occulter : la vie est une maladie mortelle. [...] Parce que la maladie fait peur, parce que la mort révolse, toute avancée médicale, tout progrès technique, tout espoir est accueilli plus ou moins consciemment par les médias et le grand public comme un élément de rassurance. Toute information sur une voie de recherche balbutiante est immédiatement présentée comme une avancée médicale indiscutable, et les patients de s'étonner ensuite que leur médecin ne soit pas « au courant » de la dernière thérapeutique « révolutionnaire » ou « miraculeuse » vantée par l'AFP et les journaux, quand parfois il ne s'agit que d'un essai clinique peu probant chez un couple de rats albinos... A force de toujours progresser, la médecine sera bientôt invincible. Comment pourrait-il en être autrement ? D'où d'ailleurs l'engouement hallucinant pour les techniques les plus absconses, les procréations assistées les plus acrobatiques, les réanimations les plus sophistiquées : tout ce qui semble repousser les limites de la mort et du vivant est accueilli comme un signe annonciateur de l'ultime victoire finale sur la nature. »

Extrait de *Patients, si vous saviez...*, C. Lehmann

Hyperspécialisation de la médecine

Le progrès médical a également favorisé l'hyperspécialisation de la médecine avec la formation hospitalière de nombreux spécialistes. Cette situation engendre une dilution des pouvoirs, des responsabilités et des connaissances, ainsi qu'une absence de cohésion des soins. Ce saucissonnage de la médecine entraîne des luttes de pouvoir et de notoriété. Sous la pression publicitaire et des nouvelles technologies, les médecins deviennent des « machines à diagnostiquer ». Les médecins généralistes sont victimes de l'irrespect des médecins hospitaliers. Les patients sont perdus dans le dédale des spécialités. Cette hyperspécialisation entraîne un gain dans la précision mais une perte dans la prise en charge qui mène les patients sur le chemin du nomadisme médical. Ils se retrouvent seuls avec leurs maladies ou leurs symptômes au sein d'un système de soins dérégulé.

« Ils viennent me voir, je suis une étape dans leur parcours de fantassins errants. Ils ne m'apportent même plus leurs états d'âme, ils sont fidèles et disciplinés. On leur a désappris le langage du corps et mal enseigné la langue biologique, nouveaux analphabètes que le marché fabrique et dont il se repaît. Hypochondriaques stupides ou cancéreux soumis, ils sont les esclaves de maîtres à la générosité débordante. »

Extrait d'*Humeurs médicales*, L. Périno

Disparition du sens clinique

Les examens techniques ont supplanté l'examen clinique. Le médecin généraliste n'est plus gestionnaire de la sémiologie clinique mais d'images et de chiffres et marchand de médicaments pour sur-consommateurs. Il est également considéré comme le gestionnaire de la bénignité quand les spécialistes deviennent gestionnaires de la gravité, à une exception près qui est celle de la nuit où le généraliste redevient aussi spécialiste. L'acte médical court et prescripteur a ainsi remplacé l'interrogatoire et l'examen clinique. La sémiologie clinique qui se voulait une science exacte est ainsi mise à mal par les preuves médico-techniques.

« En attendant, le généraliste se trouve face à ces incompétences. Il ne peut pas lutter contre la preuve. Le rhume du petit finira par lui échapper. L'époque qui a précédé la première preuve était celle de l'ignorance. La période entre la première et la deuxième est celle de la certitude. La cohabitation de plusieurs crée le temps du doute. L'excès de preuves nous ramènera à l'ignorance. Enfin la totalité des preuves est une utopie ridicule, mère de la thérapeutique totale ou de l'abstention. En attendant, inconscient ou précurseur, je néglige le rhume de mes propres enfants et je suis désolé pour les enfants des autres, que je suis dans l'obligation de soigner à tout prix. »

Extrait d'*Humeurs médicales*, L. Périno

Influence sur la santé publique

Selon L. Périno, le progrès médical aide des individus et retarde des morts individuelles mais n'a pas d'influence sur la santé publique malgré des investissements et des frais de fonctionnement croissants. Il permet un succès de la médecine individuelle mais pas de la santé publique. Ce qui a influencé le plus la santé publique, comme nous l'avons vu, sont la vaccination, l'hygiène, les progrès techniques et le mode de vie. Les médecins abusent des nouvelles techniques puis ils en constatent les inconvénients. Mais les retours en arrière sont longs car ces nouvelles techniques sont très lucratives.

I.2.5.7 Une formation universitaire inadaptée

L'enseignement de l'université est encore partagé entre cours magistral et hôpital universitaire. Il existe une carence de la formation du médecin généraliste car celle-ci est hospitalière et par conséquent hyperspécialisée. Cela entraîne un dédain de la profession de généraliste par les étudiants, véhiculé par le mépris qui existe entre les enseignants spécialistes et généralistes.

Concours de l'internat

La seule façon d'être formé passe par la préparation de l'internat, mais la formation dispensée par la faculté est insuffisante car les objectifs de l'internat relèvent du savoir minimum. Le concours instaure également la notion d'élitisme, modèle les jeunes médecins pour penser en élite avec la promesse d'un avenir dans lequel ils seront des personnages hors du commun et favorise le mépris entre ceux qui réussissent et ceux qui échouent. Ses critères n'évaluent pas le fait de pouvoir soigner ou non, il s'appuie sur des connaissances différentes de ce qu'on attendra plus tard des futurs médecins, il dévalorise et sous estime les qualités humaines des gens qui l'ont raté et survalorise

celles de ceux qui l'ont réussi. Pour le préparer, les étudiants négligent leur formation avec la participation à des stages non formateurs et bachotent des questions au schéma immuable.

Cette notion d'élitisme engendre la notion d'inafaillibilité médicale et selon M. Winckler, on « *éduque les jeunes gens dont la personnalité n'est pas encore achevée, qui ne sont pas sûrs d'eux, qui n'ont pas encore de convictions très établies en leur disant qu'ils sont l'élite, qu'ils doivent être les meilleurs, qu'ils ne peuvent pas faire d'erreurs et que s'ils en font c'est qu'ils sont mauvais et qu'ils n'ont qu'à changer de métier* », d'où une angoisse permanente et des comportements pervers.

Toujours selon lui, la manière dont on forme les médecins est représentative de la mentalité française qui est une « *mentalité répressive, de la contrainte, de la soumission, de la domination, du pouvoir et du contournement de la loi* » car en France ce qui importe, c'est le pouvoir, le savoir et les titres au détriment de l'expérience.

Ainsi, l'internat est la meilleure formation au métier de médecin hospitalier mais pas de médecin généraliste car la médecine générale n'existe pas dans les hôpitaux universitaires et dans la pratique quotidienne du médecin généraliste, la « *maladie ne se spécialise pas* ».

« *Il nous regarde avec ses yeux mauvais, et se met à nous cracher dessus. [...] Pour devenir médecin, il faut une intelligence hors du commun, et même parmi ceux qui passeront en deuxième année, très peu auront le niveau pour devenir des cadors ; tous les autres seront des médiocres, des spécialistes de ville à la petite semaine, des généralistes de merde. Mettez-vous bien ça dans le crâne : il n'y a que deux sortes d'étudiants, les élus et les nuls ! Alors, continuez comme ça et vous verrez comment je vais vous pourrir la vie, jour après jour, mois après mois – et là, dans sa bouche haineuse et ses yeux rouges, on a vu venir ce qui nous attendait, redoublants ou non, pendant l'année qui commençait, l'enfer, la guerre ouverte... »*

Extrait des *Trois Médecins*, M. Winckler

Manque de formation humaine

M. Winckler écrit qu'à l'hôpital, c'est le chef de service qui influence l'ambiance relationnelle du service, de part son autorité et en établissant lui-même un certain type de relation avec son équipe et les patients. Il assure la formation des médecins plus jeunes, qui comprend le comportement qu'ils doivent adopter avec les autres soignants et les patients. Mais cette formation n'apprend pas la psychologie, ni à soulager ou à rassurer. Elle ne comprend pas l'apprentissage du contact affectif et humain, de la pudeur et de la sensibilité. Elle ne permet pas l'expression personnelle car trop subjective. Elle n'apprend pas non plus l'erreur médicale, la nécessité du doute et la méfiance des certitudes médicales. En ce sens, elle ne prévient pas les étudiants des situations réelles qu'ils vont affronter. D'après M. Winckler, l'université ne cherche pas à identifier et à former les jeunes gens qui ont envie de devenir soignant et s'empresse de leur faire oublier leurs sentiments. Elle n'aide pas l'étudiant à déterminer, au fur et à mesure de ces études, la discipline par laquelle il est attiré et dans laquelle il se sent le plus à l'aise. Pourtant, c'est là qu'il sera le meilleur mais la faculté considère qu'un bon médecin doit savoir tout faire et dit aux étudiants de choisir la spécialité la plus pointue, la plus complexe, dans laquelle il excellera et non celle avec laquelle il a le plus d'affinité. Or, quelles que soient ses motivations, un étudiant peut devenir un bon médecin, s'il est formé correctement en supprimant la notion d'élite et d'être d'exception, et considéré comme un professionnel qui a son mot à dire sur la façon dont on le forme. Pour être un bon praticien, le médecin doit exercer dans un domaine qu'il aime. Ainsi, M. Winckler considère que le meilleur est celui qui a « *une excellente connaissance des savoir-faire dont il a besoin dans son exercice, qui sait les remettre en cause, qui connaît ses limites et ne néglige jamais le savoir du patient lui-même dans la manière d'appréhender le problème médical qu'il vient de lui présenter* ».

La maladie est une notion abstraite et personne n'est réductible à une grille diagnostic. Les étudiants doivent alors composer avec leur propre idéologie, celle enseignée par l'université et la personnalité du patient. Ils n'apprennent pas à connaître le monde réel des patients confrontés à un travail

aliénant, des familles pathogènes et des injustices sociales. On leur apprend à imposer leur rythme et leurs besoins aux patients. On leur fait croire qu'ils vont être très puissants et on ne les avertit pas qu'ils ont le droit de faire des erreurs et qu'ils vont inévitablement en faire. Au contraire, on les culpabilise en leur disant que s'ils en font, c'est qu'ils sont mauvais. L'étudiant doit entrer dans un moule, apprendre des grilles diagnostiques, thérapeutiques et de comportement, et faire rentrer les patients dedans. Il s'agit d'un modelage idéologique. De même, la psychologie enseignée aux étudiants en médecine est très théorique et mécanique. On incite les futurs soignants à regarder objectivement les patients chez lesquels ils ne doivent repérer que ce qui est d'ordre médical, d'où la distinction entre signes et symptômes. On leur apprend à décrypter les symptômes comme s'ils étaient objectifs pour les faire correspondre à une description officielle, répertoriée, et non à s'intéresser au sens du symptôme pour le patient. Les médecins français négligent leurs sentiments et leurs intuitions parce qu'ils sont considérés comme des éléments parasites. Ils sont ainsi formés, nous dit M. Winckler, pour oublier qu'ils n'ont pas toujours été médecins et qu'ils ont derrière eux une expérience professionnelle, personnelle et humaine.

« Ils sont si jeunes. [...] Ils sont naïfs, ils pensent qu'ils viennent soigner et que ceux qu'ils vont soigner n'attendent que leurs bons soins et les recevront à bras ouverts, avec toute leur reconnaissance. On ne les a pas prévenus qu'ils pouvaient tomber sur tout le monde et n'importe qui : un homme très gentil ou très méchant, une femme qui rit ou qui pleure sans arrêt, des gens qui parlent et d'autres qui ne disent pas un mot. On ne leur a pas dit que ceux qu'ils vont voir ne sont pas toujours sympathiques. Que certains sont aimables, et d'autres odieux. Que certains les feront pleurer, d'autres rire, et que d'autres les feront vomir. On ne leur dit pas que quand ils passeront dans le couloir en poussant le charriot, il y aura des chambres dans lesquelles ils auront envie d'entrer et d'autres devant lesquelles ils auront envie de passer en faisant mine de ne pas savoir qu'il y a quelqu'un derrière. On ne leur dit pas qu'il y aura des gens qu'ils auront envie de voir

guérir, et d'autres pour lesquels ils ne ressentiront rien. On ne leur dit pas qu'il y aura là des gens qu'ils auront plaisir à voir souffrir, d'autres qu'ils auront envie de voir mourir. On ne leur dit pas qu'ils auront honte de ressentir tout ça. [...] On ne leur dit pas que soigner, ça ne se résume pas à faire de grand discours au-dessus du lit d'un malade pour montrer qu'on sait sa leçon. »

Extrait des *Trois Médecins*, M. Winckler

Principe d'autorité et académisme médical

Le discours médical est un discours de pouvoir.

Il n'existe pas d'enseignement homogène de la médecine sur le territoire français car celui-ci se fait selon les opinions personnelles des professeurs, d'où des attitudes extrêmement variées d'une faculté de médecine à une autre. On enseigne aux étudiants que le seul discours utile est celui de la médecine dominante dictée par ces facultés ou les politiques gouvernementales et qu'ainsi, elles dispensent la vérité. Or, les consultations d'un futur généraliste seront bien différentes, beaucoup plus approximatives et incertaines. L'université apprend à faire des diagnostics complexes mais n'apprend ni à soigner, ni à écouter, ni les « mauvais malades » qui sont ceux qu'on ne trouve pas dans les manuels. Elle n'est pas rationnelle. Elle repose, d'après M. Winckler, sur *«une médecine d'école héritée du XIXe siècle, fondée sur le culte de personnalité de mandarins, dans laquelle être un bon médecin était de faire un diagnostic correct et être un grand médecin était de faire un diagnostic difficile »*.

Il existe toujours une relation maître-élève avec un aspect vertical de la relation entre université et médecins de base difficile à réformer. De plus, elle véhicule essentiellement des théories « franco-françaises » car elle s'appuie peu sur les idées étrangères.

Ainsi, lorsque le médecin généraliste passera de la dépendance universitaire aux responsabilités des premiers remplacements, il sera confronté à des patients présentant divers problèmes et exigences

auxquels il lui sera difficile de répondre, et pas forcément malades tels que l'université le lui aura enseigné.

Ainsi, M. Winckler considère que l'université n'est ni scientifique, ni au fait de la réalité quotidienne de la médecine de soin qui est le véritable problème sanitaire de la population française.

« La faculté m'enseignait LA vérité. J'en avais la conviction. L'université était le lieu de l'exactitude. Le jeune médecin, ainsi façonné, est très impatient de planter ces certitudes dans le terreau de ses premiers ventres... [...] Je venais ainsi d'apprendre que les maladies des patients ne sont pas celles des médecins. [...] Ma faculté ne m'avait appris que les « Maladies » du médecin avec un grand « M ». [...] Ainsi je me déniaisais en constatant que les patients refusaient de chausser les maladies du médecin. Je devais repartir de zéro, je devais tout réapprendre. [...] Je n'avais enduré ces années de faculté, que grâce à la promesse d'un diplôme qui allait enfin m'autoriser à apprendre le terrain. Les études restent sans doute, efficaces, puisque l'on en ressort avec un libre arbitre qui permet de les critiquer. Les écoles de menuiserie et de médecine enseignent l'idéal du tenon et de l'ulcère, la vie enseigne la diversité des bois et des estomacs, en tolérant de grosses marges d'erreur. Je les remercie ces premiers malades qui ont accepté, sans trop se plaindre, mes marges et mes erreurs. Si je voulais me résumer, je dirais « de terrain ». Ma pensée, ma médecine, ma vie, mon âme sont « de terrain ». Les études théoriques étaient un tunnel. J'en revois la sortie. J'avale ma salive, je touche mon diplôme de parchemin. Je déglutis une dernière fois avant de tirer le grand trait qui marque le passage de la dépendance à la responsabilité. J'ouvre la porte de l'avenir. Je suis enfin un vrai docteur. J'ai le droit officiel d'introduire mes doigts dans les brèches de la chair et mes questions dans les orifices de l'intime. »

Extrait de *La Sagesse du Médecin*, L. Périno

Absence de formation thérapeutique

La connaissance en pharmacologie des médecins généralistes est rudimentaire d'où une telle influence des visites médicales, et des prescriptions massives irrationnelles sans remise en question de leur part.

L'un des exemples est la prise en compte du traitement de la douleur dans l'enseignement qui est très récente. Auparavant, la faculté véhiculait l'idéologie de souffrance rédemptrice et du symptôme que l'on doit respecter. Il en résulte une peur irrationnelle des médecins dans la prise en charge de la douleur et notamment de l'utilisation de la morphine.

De même que la thérapeutique, pour L. Périno, la notion d'abstention mériterait « *l'un des chapitres les plus importants* » de l'enseignement.

« Pendant dix ans d'études, j'ai appris à palper, manipuler, inciser, suturer, bander, plâtrer, ôter des corps étrangers à la pince, mettre le doigt ou enfiler des tuyaux dans tous les orifices possibles, piquer, perfuser, percuter, secouer, faire un « bon diagnostic », donner des ordres aux infirmières, rédiger une observation dans les règles de l'art et faire quelques prescriptions, mais pendant toutes ces années, jamais on ne m'a appris à soulager la douleur, ou à éviter qu'elle n'apparaisse. Jamais on ne m'a dit que je pouvais m'asseoir au chevet d'un mourant et lui tenir la main, et lui parler. »

Extrait de *La maladie de Sachs*, M. Winckler

Contenu des cours et examens

Les études médicales sont partagées entre le discours médical oral que sont les cours magistraux en amphithéâtre et le discours écrit que sont les photocopiés et les observations, mais sont sans rapport direct avec la future pratique de médecin généraliste et n'en apprennent rien aux étudiants.

Les cours ne sont pas conçus de façon pédagogique mais en fonction de l'intitulé des questions d'examens qui se succèdent sans réflexion globale. Cela instaure une sélection par le travail et un

esprit de compétition et de bachotage effréné qui ne permet pas l'acquisition du savoir médical ni d'un esprit critique. On n'incite pas l'étudiant à recourir à d'autres sources d'information. Il n'utilise pas les bibliothèques, les bibliographies, il ne lit pas ailleurs, il ne sait pas critiquer et compléter son enseignement.

Ainsi, l'enseignement manque de coordination, de cohérence, de vision transversale et de sens critique.

« - Des recherches ? Comment ça des recherches ? demande un jeune homme mal rasé, mal fagoté, mal luné.

- Apprendre, ça ne se résume pas à engouffrer ce que les enseignants vous racontent. Et celui qui parle dit infiniment moins de choses que celui qui écrit. Ce que je vais vous dire n'est donc qu'une infime partie de ce que vous êtes susceptibles d'apprendre, vous en apprendrez beaucoup plus en lisant. Vous avez une excellente bibliothèque à trente mètres d'ici. Elle contient plusieurs milliers de volumes et de revues. Il va falloir l'utiliser dès maintenant, car le jour où vous vous trouverez devant un patient – et vous remarquerez que je ne dis pas « malade » mais « patient »...

- C'est quoi la différence ?

- C'est très simple : un malade attend qu'on soigne ce qui le rend malade. Un patient attend...

- Qu'on lui dise de quoi il est malade, avant de décider s'il veut se faire soigner... »

Extrait des *Trois Médecins*, M. Winckler

Formation à l'hôpital

Il existe des stages plus ou moins formateurs, mais souvent l'externe est abandonné à lui-même sans aucune aide pédagogique. Il est souvent « *bon à tout faire* » alors qu'il est là pour apprendre à examiner un patient et à rédiger une observation. Il existe souvent un rapport de force entre médecins et externes. De plus, selon M. Winckler, « *les spécialistes n'ont pas toute la compétence nécessaire*

pour prendre en charge l'intégralité des plaintes des patients qu'ils accueillent » tel que devra le faire le futur médecin généraliste. « La lourdeur de l'administration, la pénurie de personnel soignant, le nombre décroissant d'internes et les compressions de budget », ne leur permettent plus d'assurer « leur triple mission de soignants, d'enseignants et de chercheurs », ce d'autant qu'en France, le médecin hospitalier n'est pas toujours pédagogue car la fonction d'enseignant est une distinction et non une obligation. Il ajoute, « qu'inconsciemment, la plupart des médecins qui organisent l'enseignement de la médecine veulent garder le savoir pour eux, pensant qu'il est dangereux de le partager, que ça va menacer leur pouvoir et leur autorité ». Pourtant, « le savoir médical est un bien collectif et ce qui compte n'est pas ce que l'on sait mais ce que l'on n'a pas encore appris et la médecine n'est pas une science mais un ensemble de savoir-faire qui s'appuie sur des connaissances scientifiques de natures diverses ».

Ainsi, si les médecins généralistes sont mal formés, c'est pour qu'ils aiguillent sur l'hôpital, qu'ils prescrivent les prescriptions hospitalières et qu'ils fassent la médecine qu'on y pratique. On leur enseigne alors un savoir minimum pour ne pas faire trop d'erreurs.

« La visite s'éternise et m'ennuie. Je déteste cette grand-messe obligatoire et je l'ai toujours détestée. Je suis obligé de les accueillir, mais les externes n'ont rien à faire dans ce service. Ils ne savent rien, ne comprennent rien. Ils nous marchent sur les pieds, s'intéressent à ce qui ne les regarde pas, posent des questions stupides. Je n'éprouve aucun plaisir à les entendre bafouiller devant tout le monde. Je perds mon temps, et mon temps m'est précieux. Mais je sais que les internes ont besoin de sentir que ce service est dirigé. Qu'il a un patron. Que les décisions m'appartiennent. »

Extrait des *Trois Médecins*, M. Winckler

II/ Analyse de la médecine et de la maladie à partir d'ouvrages théoriques

II.1 Approche historique

L'ouvrage « *Histoire de la pensée médicale en occident : du romantisme à la science moderne* », paru en 1999 et dirigé par Mirko D. GRMEK, détaille de façon très approfondie la naissance la médecine moderne dans notre société à partir du XIXe siècle. Grâce à cette riche base de données et avec l'aide également d'informations issues des livres de Claudine HERZLICH et Pierre ADAM, « *Sociologie de la maladie et de la médecine* » (1994) et de Michel FOUCAULT, « *Naissance de la clinique* » (1963), nous allons tenter une approche de l'histoire médicale des deux derniers siècles.

Dans notre société contemporaine, le contact avec la médecine est permanent, notamment depuis la seconde moitié du XXe siècle.

Tout au long de l'histoire, les représentations de la maladie ont évolué. Dans l'antiquité, elle est liée au destin et à la fatalité. Puis avec le christianisme, elle prend une conception religieuse, représentant la rédemption de l'homme face à ses pêchés. Elle n'a cependant jamais été considérée totalement avec fatalisme car les hommes ont toujours fait appel à des « thérapeutes », qu'il s'agisse de devins ou de guérisseurs, pour y faire face et conjurer le sort par des pratiques magico-religieuses.

La médecine moderne scientifique se caractérise, quant à elle, par son empirisme et sa rationalité ainsi que par la spécialisation de la fonction de médecin.

Elle trouve ses origines dans la médecine hippocratique dans laquelle la maladie était un objet d'observation et de raisonnement, Hippocrate s'attachant à rechercher ses étiologies, à décrire ses symptômes et à proposer un pronostic, dans le cadre de sa théorie des humeurs.

Puis elle progresse grâce à Galien et l'anatomie avant de se scléroser durant le Moyen-âge, malgré la création des universités, mais où l'enseignement reste purement dogmatique. Néanmoins, le médecin gagne un statut mais son rôle et sa répartition sur le territoire français restent limités.

La progression du savoir médical reprend en Europe à partir du XVI^e siècle grâce à Vésale et la dissection, la cautérisation d'Ambroise Paré, Fracaster et la notion de contagion, William Harvey et sa théorie sur la circulation du sang et avec l'invention du microscope.

Au XVIII^e siècle, la médecine s'oriente selon deux courants qui sont le « mécanisme » et le « vitalisme ». Ils s'appuient tous les deux sur l'idée d'une causalité entre « le monde sensible et le monde suprasensible », autrement dit « l'interaction entre le corps et les passions de l'âme », d'où la notion d'une vie psychique. Or, ces deux courants sont remis en question à la fin du XVIII^e siècle par la critique de Kant qui introduit le postulat de l'expérience comme source de connaissance et plus particulièrement, le concept de causalité comme critère scientifique. Il met également en avant l'idée d'une force formatrice de l'organisme c'est-à-dire une capacité d'auto-organisation et de régénération. Ceci modifie la pensée médicale puisque l'âme n'est plus considérée comme une entité indépendante donnant vie au corps, le principe de vie se retrouvant au contraire dans la matière. La médecine passe ainsi de la métaphysique à la physique. Viennent ensuite les travaux de John Brown sur la théorie de l'irritabilité s'appuyant, pour définir la santé et la maladie, sur la capacité de l'organisme à réagir aux stimuli et sur les mouvements des liquides dans l'organisme. Il définit ainsi le « principe vital ». Il introduit également les concepts de « sthénie » et « d'asthénie » en tant qu'écart par rapport au niveau normal d'excitabilité de l'organisme, chacun relevant de thérapies spécifiques. Cette théorie est reprise en France par Broussais qui réussit à établir le « principe vital » comme fondement de la « médecine physiologique ».

Ainsi, c'est au début du XIX^e siècle que la pensée médicale va se modifier avec la théorie cellulaire, l'apparition de la physiologie, de la médecine anatomo-clinique et de la microbiologie. La médecine et la chirurgie se rapprochent, la pratique de l'autopsie se systématisait, on développe l'observation au

« lit du malade » ainsi que de nouvelles techniques d'observation, comme la percussion et l'auscultation et la représentation du psychisme se modifie. Ainsi, la maladie n'est plus considérée comme une accumulation de symptômes mais comme la résultante de lésions organiques. Puis vers le milieu du XIXe siècle, Claude Bernard introduit la médecine expérimentale qui attribue la maladie à des altérations fonctionnelles avant que Pasteur et Koch ne découvrent la bactériologie, avancée fondamentale tant sur le plan préventif, avec la vaccination et l'asepsie, que sur le plan thérapeutique.

II.1.1 Les révolutions médicales au XIXe siècle

II.1.1.1 La théorie cellulaire

Cette théorie, énoncée en 1839 par Théodore Schwann, est le fondement de la médecine biologique et scientifique moderne. Elle tend à démontrer que la structure cellulaire est la base de tous les tissus de l'organisme et que la maladie serait liée à des désordres physiologiques de la cellule. Cette théorie sera ensuite révisée par Rudolf Virchow en 1855 et la cytologie devient alors une discipline biomédicale fondamentale en abordant la notion de pathologie cellulaire. Elle constitue une synthèse majeure de la biomédecine du XXe siècle jusqu'à l'avènement de la biologie moléculaire. Elle permet le développement de l'embryologie tout au long du XIXe siècle, puis de la tératologie. Cette dernière donne naissance, au début du XXe siècle, à la théorie génétique qui s'appuie sur les travaux de Gregor Mendel. Boveri institue la théorie chromosomique puis Johannssen établit le concept de gène en 1909 et la distinction phénotype/génotype en 1911, avant que les travaux de Garrod ne posent les bases de la pathologie génétique.

II.1.1.2 La physiologie

Au cours du XIXe siècle, la physiologie, fondée sur l'expérimentation, devient une discipline puissante et l'une des sciences fondamentales considérée comme essentielle pour le progrès et l'exercice de la médecine. Même si celle-ci existe depuis l'antiquité, elle prend son essor au XIXe siècle, à la fois par ses dimensions, ses buts de recherche, la puissance des procédés mis au point par les sciences physiques et l'institutionnalisation des lieux de recherche. Les modifications de la formation médicale issues de la Révolution favorisent l'expérimentation physiologique et son autonomisation. Les travaux de Magendie, Dupuytren et Le Gallois sur le système nerveux et la nutrition furent particulièrement reconnus. Mais la physiologie est surtout dominée par les travaux de Claude Bernard, dans la seconde moitié du XIXe siècle, qui l'établit comme discipline moderne, par ses réflexions d'ordres philosophiques et méthodologiques et par son concept de « milieu intérieur », prémices de la notion d'homéostasie. Il prône ainsi l'idée que la nouvelle médecine doit se baser sur la physiologie expérimentale afin de dépasser la simple « observation au lit du malade » et de comprendre la physiologie des maladies et des symptômes et l'action des médicaments. La physiologie ouvre la voie de l'endocrinologie et des travaux sur le système nerveux. Par ailleurs, la médecine expérimentale permet le développement d'instruments d'observation et d'enregistrement des processus vitaux normaux et pathologiques, ce qui permet de commencer à définir certaines maladies par des paramètres chiffrés.

A la fin du XIXe siècle, la physiologie a acquis la première place parmi les sciences expérimentales de la vie et commence à se subdiviser en champs plus spécialisés que sont la biochimie, la biologie cellulaire, la biologie moléculaire et la pharmacologie.

II.1.1.3 L'anatomo-clinique

La notion de maladie va changer au cours du XIX^e siècle grâce à la naissance de l'anatomo-clinique, les progrès de la médecine expérimentale et la transformation de l'hôpital qui se médicalise et devient un lieu d'enseignement et d'étude.

L'école anatomo-clinique de Paris tente d'associer la notion d'anatomie pathologique qui analyse les lésions et les modifications morphologiques internes, avec la clinique que constitue l'examen des symptômes du patient. Les principaux protagonistes de cette révolution sont Bayle et Laennec qui prônent une définition de la maladie par les lésions et les changements morphologiques observés sur les cadavres et non par les symptômes fluctuants observés sur les malades. Cette nouvelle approche a ainsi changé le diagnostic jusqu'alors reposant sur l'analyse d'un syndrome clinique, l'anatomie pathologique issue des autopsies post-mortem ne servant pas à diagnostiquer les maladies, seulement à les expliquer. La médecine anatomo-clinique cherche à deviner, devant un syndrome clinique particulier, l'état des organes internes par l'intermédiaire d'une sémiologie de la vue, du toucher et de l'ouïe.

Elle rencontre néanmoins des limites car l'ensemble des syndromes cliniques ne s'accompagnent pas toujours de lésions organiques solides, notamment en psychiatrie.

Il s'agit donc d'élargir la notion de lésion, qui doit aussi tenir compte des parties liquides de l'organisme. On revient ainsi en partie à la théorie des humeurs avec la théorie des dyscrasies sanguines de Rokitanski rapidement mise à mal par la théorie cellulaire.

Par ailleurs, l'anatomo-clinique, à l'inverse de la microbiologie, postule pour une « causalité interne » qui suppose que le « terrain biologique » du malade façonne autant la maladie que le germe, avançant l'idée de pathologie constitutionnelle.

Enfin, au début du XX^e siècle, avec notamment l'œuvre de Charcot, on va commencer à prendre en compte la composante psychique dans la maladie.

Ainsi, grâce aux progrès de l'anatomo-clinique, se dessinent les débuts de la classification des maladies avec l'adoption de la Nomenclature internationale des causes de décès en 1883, révisée en 1900. Vient ensuite la Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès par l'OMS en 1948 puis, en 1993, a lieu la dixième révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10).

II.1.1.4 La microbiologie

Le XIXe siècle est également marqué par la naissance de la microbiologie, dénommée ainsi en 1881 par Louis Pasteur et qui devient une discipline scientifique. Elle intègre les concepts de germe et d'infection dans une définition générale de la vie, fondée à la fois sur la théorie cellulaire et sur la théorie de l'évolution. Elle associe la contagion et l'infection à la notion de parasitisme, c'est-à-dire *« qu'une maladie infectieuse ou contagieuse est due à la présence d'un germe spécifique qui se développe dans l'organisme hôte et qui est la cause spécifique et nécessaire de la maladie, même si d'autres facteurs (terrain, constitution) peuvent moduler le processus pathogène, en modifiant l'action du germe et les manifestations de la maladie, sans pour autant en modifier l'espèce »*.

Ceci va à l'encontre du « mouvement hygiéniste » qui prédomine depuis le début du siècle, qui se base sur la « théorie miasmatique » des maladies infectieuses et qui considère que les maladies épidémiques peuvent être dues à une multitude de facteurs. Il a néanmoins des résultats favorables grâce aux interventions sanitaires effectuées sur le milieu environnemental.

Mais ce qui va vraiment changer la médecine, ce sont les travaux de Louis Pasteur qui se répercutent encore aujourd'hui sur notre vie quotidienne. Ils sont marqués par cinq phases : la fermentation, la négation de la génération spontanée et l'affirmation de la cause microbienne des maladies infectieuses, la découverte du principe de vaccination, la démonstration de sa valeur pratique et enfin son application à l'homme avec la vaccination contre la rage.

Parallèlement, en Allemagne, Robert Koch développe ses travaux bactériologiques avec notamment la découverte du bacille de la tuberculose en 1882 et perfectionne les techniques et les méthodes d'études bactériologiques.

Leurs travaux remettent alors en cause la définition de la maladie issue de la théorie cellulaire de Virchow puisqu'ils l'attribuent à un organisme externe et autonome dont les caractéristiques biologiques expliqueraient ses caractéristiques. On parle de « causalité externe » et plus de « causalité interne », et c'est cette idée de « causalité nécessaire » (ou postulat de Koch) qui caractérise la médecine scientifique occidentale et l'innovation théorique majeure de la microbiologie. Cette dernière va ainsi donner naissance à la virologie qui se développera au XXe siècle et à la parasitologie, avec notamment les travaux sur le paludisme, tandis que d'un point de vue thérapeutique elle développe la sérothérapie.

Elle est indirectement à l'origine de l'immunologie puisque ses détracteurs, qui considèrent que la « théorie du germe » n'explique pas l'ensemble du processus pathologique, poursuivront leurs recherches dans la lignée de la « théorie cellulaire », étudiant l'influence de la réaction cellulaire, de la constitution, des facteurs alimentaires, environnementaux et sociaux dans la maladie.

Ainsi, la naissance de la microbiologie produit une révolution à la fois médicale et sociale. Elle est à l'origine d'un processus complexe, appelé « médicalisation de la société », qui donne une place de plus en plus importante à la prévention des maladies à l'échelle collective. Il en résulte une nouvelle législation en matière de santé publique et la mise en place d'une prophylaxie généralisée contre les maladies infectieuses, ainsi que l'établissement d'une collaboration sanitaire internationale.

II.1.2 Les autres avancées médicales au XIXe siècle

Parallèlement à ces révolutions médicales, la médecine moderne ne cesse de progresser avec le développement de nouvelles techniques d'exploration de l'organisme, la découverte de l'anesthésie, l'autonomisation de la chirurgie, la division de la médecine en spécialités et l'apparition de nouvelles

thérapeutiques. Mais ce qui vient cristalliser la toute puissance de la médecine moderne, c'est l'invention des antibiotiques.

II.1.2.1 Les techniques d'exploration de l'organisme

Depuis la fin du XVIII^e siècle, elles se sont multipliées et perfectionnées.

Le XIX^e siècle est marqué par l'évolution de l'endoscopie. Initiée avec le spéculum de Récamier qui permet les premières explorations gynécologiques et urologiques, vient ensuite l'otoscope de Bonnafont en 1834, la cautérisation électrique par Sédillot en 1849 et le laryngoscope en 1861. Dans le domaine de l'ophtalmologie, Hermann von Helmholtz apporte une contribution magistrale à la médecine avec l'ophtalmoscope.

Le terme d'endoscope revient à Désormeaux en 1853. Il s'agit d'un urétroscope mais Désormeaux s'acharne à démontrer les perspectives d'un tel outil pour le rectum, les fosses nasales, le col utérin, l'œsophage et l'abdomen. Avec les progrès électriques et l'invention de la photographie, l'endoscopie va être diversement perfectionnée.

Parallèlement se développent les mesures physiques avec l'instauration de la thermométrie clinique vers 1850, la mesure du rythme cardiaque grâce au phlébographe de Mackensie en 1892 ou la mesure de la pression artérielle. Ainsi, les avancées médicales et techniques s'influencent mutuellement.

De même, avec l'évolution la microscopie se développent les examens de laboratoire.

Enfin, la radiologie marque la fin du XIX^e siècle avec la découverte, par Roentgen en 1895, des rayons X qui permettent d'enrichir le diagnostic médical. Le radiodiagnostic sera pleinement adopté par la communauté médicale après la seconde guerre mondiale.

II.1.2.2 L'autonomisation de la chirurgie

Durant le XIXe siècle, la chirurgie réalise essentiellement des traitements conservateurs même si elle devient une discipline académique vers 1850. Elle est marquée par une période d'innovation entre 1800 et 1830 durant laquelle les interventions chirurgicales deviennent un véritable outil thérapeutique, ayant pour but la réparation d'une fonction endommagée ou de pallier à la perte d'une fonction par des moyens mécaniques. De plus, les techniques se perfectionnent. La chirurgie s'appuie dès lors sur des bases physiopathologiques et anatomiques nouvelles et est attentive au résultat fonctionnel. Elle se diversifie et augmente le nombre de ses actes.

Puis s'instaure une période de transition entre 1830 et 1870 durant laquelle se confrontent les partisans des différentes innovations chirurgicales, même si quelques avancées importantes se produisent comme, notamment, la mise place de l'anesthésie. Les anesthésiques étaient connus depuis longtemps mais ce n'est qu'en 1842 qu'un chirurgien américain réalise la première intervention sous anesthésie à l'éther, en attendant 1844 pour le protoxyde d'azote. Puis vient l'utilisation du chloroforme, moins dangereux que l'éther, avant que l'invention de la seringue ne permette l'usage d'anesthésiques injectables, tels que les barbituriques, à la fin du XIXe siècle. Pour ce qui est de l'anesthésie locale, l'utilisation de la cocaïne se développe à partir de 1880, notamment en ophtalmologie. Ceci a un impact sur le personnel paramédical au bloc opératoire qui se féminise. Néanmoins, la découverte de l'anesthésie suscite des controverses sur le statut de la douleur qui, d'un point de vue judéo-chrétien, est considérée comme nécessaire au processus de guérison. De plus, l'introduction de l'anesthésie a très peu d'influence sur la réussite des interventions et sur leur nombre. Ce qui a le plus influencé la chirurgie est la théorie cellulaire qui lui a permis d'être plus invasive, mais persiste le problème des hémorragies et de la « fièvre des plaies ». Cette dernière a été partiellement réduite par les règles empiriques édictées par Semmelweis sur le lavage des mains des soignants, puis par la désinfection des plaies elles-mêmes ainsi que des instruments chirurgicaux, des

maines des chirurgiens et de l'air ambiant par le phénol. Mais il a fallu attendre l'énoncé de la théorie des germes pour que les chirurgiens croient véritablement en ces mesures, et à la fin du XIXe siècle, l'antisepsie et la stérilisation des instruments furent adoptées par l'ensemble de la communauté chirurgicale ainsi que le port de gants stérilisables et de blouses.

Ainsi, l'essor de toutes ces techniques permet une véritable révolution de la pratique chirurgicale à partir de 1870, qui diversifie ses interventions et s'intéresse alors aux organes profonds. La chirurgie devient alors la branche la plus active de la médecine somatique, se professionnalise et s'institutionnalise et modifie la construction et l'organisation des hôpitaux.

Le début du XXe siècle est marqué par une nouvelle période de transition qui oriente la chirurgie vers une pratique plus physiologique.

II.1.2.3 La spécialisation de la médecine

Au XVIIIe siècle, Boerhave a divisé la médecine en cinq secteurs : l'anatomie, la pathologie, la sémilogie, l'hygiène et la thérapeutique ; division reprise par Morgagni en 1712. Au XIXe siècle, l'anatomo-clinique est à l'origine de la division de la médecine en spécialités médicales. Tout d'abord, suite à la Révolution, la division entre médecine et chirurgie disparaît au profit d'une profession médico-chirurgicale. Puis au XIXe siècle, la médecine interne progresse dans le diagnostic médical grâce au passage de l'observation passive du malade à l'examen clinique actif tandis que la chirurgie s'autonomise. Avec la révolution industrielle et l'urbanisation, le nombre et l'activité des hôpitaux augmentent, ce qui favorise la subdivision de l'activité médicale. Ainsi, naît d'abord la pédiatrie en réponse à la problématique spécifique de l'enfance, soutenue par le mouvement hygiéniste et les premières mesures publiques d'aide à l'enfance. Par ailleurs, la chimie et la physiologie puis la biochimie s'imposent dans le processus diagnostique contribuant ainsi à la naissance de la médecine de laboratoire. La dermatologie se détache de la médecine générale et de la chirurgie pour s'autonomiser, avec la création par Jean-Louis Alibert du premier centre de

dermatologie à l'Hôpital Saint-Louis, puis avec la prise en charge de la vénérlogie. La neurologie quant à elle ne s'autonomisera qu'à la fin du XIX^e siècle, les connaissances anatomophysiologiques sur le système nerveux étant plus tardives, et ne se détachera de la psychiatrie qu'au XX^e siècle. La cardiologie, également, ne s'est autonomisée qu'au XX^e siècle du fait de nouvelles découvertes techniques lui donnant le statut de spécialité. L'obstétrique, quant à elle, existe depuis longtemps mais progresse grâce à l'antisepsie et la césarienne, et la gynécologie se développe. Elles seront ensuite toutes deux influencées par l'endocrinologie au XX^e siècle. L'orthopédie existe également depuis longtemps mais s'autonomise en 1822 grâce à l'asepsie et l'anesthésie puis surtout grâce aux deux guerres mondiales. Parallèlement se développent la physiothérapie qui culminera au XX^e siècle et la traumatologie qui évolue pour son propre compte, améliorée par l'asepsie, le perfectionnement des techniques opératoires et la découverte des rayons X. L'ophtalmologie universitaire prend son essor dans la seconde moitié du XIX^e siècle avec l'invention de l'ophtalmoscope et de l'ophtalmomètre, puis avec l'essor de la chirurgie oculaire grâce à l'anesthésie locale. Au milieu du XIX^e siècle, l'introduction de l'endoscopie permet la constitution de l'oto-rhino-laryngologie qui se développera au XX^e siècle. Enfin, l'odontostomatologie devient une spécialité en 1884.

Malheureusement, « *cette spécialisation croissante favorise le désintérêt des médecins pour les facteurs humains au profit des aspects mesurables des maladies fournis par les machines* ».

II.1.2.4 Les progrès thérapeutiques

Depuis le début du XIX^e siècle, ils ont suivi les découvertes sur l'étiologie et la pathogénèse des maladies, même si dans certains cas, la thérapeutique reste moins rigoureuse et basée sur l'expérience clinique.

Au début du XIX^e siècle, les médecins systématiciens considèrent que les propriétés curatives des médicaments ne dépendent pas de leurs caractéristiques chimiques ou physiques mais de leurs propriétés « dynamiques », c'est-à-dire de leurs capacités à agir sur l'excitabilité ou « force vitale »

de l'organisme. Cette conception contribue à la diffusion de la saignée dans la première moitié du XIXe siècle ainsi que de certains traitements parfois efficaces mais souvent dangereux.

La méthode anatomo-clinique modifie la pensée thérapeutique avec le « nihilisme thérapeutique ». Les médecins n'ont plus confiance dans les thérapeutiques existantes mais le progrès médical ne permet pas encore l'utilisation de nouvelles thérapeutiques avec succès.

Mais avec la théorie cellulaire, la physiologie et la physiopathologie, la pensée thérapeutique se modifie à l'encontre de celle des systématiciens, avec l'idée que « *l'action des médicaments sur l'organisme ne peut-être que semblable à celle qu'ils exercent sur la matière inanimée* ». Naît alors la pharmacologie expérimentale avec le postulat de Claude Bernard et de François Magendie que « *l'action du médicament peut être localisée dans des structures spécifiques de l'organisme* » et les nombreuses études menées dans cette voie, ainsi qu'avec les découvertes en chimie. La pharmacologie devient par la suite une discipline autonome grâce à Rudolf Buchheim qui réalise un « système naturel » pour la classification des médicaments et décide que l'étude de leurs actions doit se faire de manière scientifique. Puis Schmiedeberg définit les objectifs de la pharmacologie, « science des médicaments », et fonde la première revue scientifique ainsi qu'un manuel qui servira de référence dans toute l'Europe.

L'essor de la pharmacologie permet, dans la seconde moitié du XIXe siècle, des recherches sur la pharmacodynamie qui aboutiront, au début du XXe siècle, à la théorie des récepteurs pharmacologiques de Paul Ehrlich.

L'ensemble des avancées médicales, scientifiques et pharmacologiques vont permettre également de distinguer différents types de traitements : causal, pathogénique et symptomatique.

Puis le médicament devient un objet industriel dans la seconde moitié du XIXe siècle lorsque la pharmacologie s'intéresse à la synthèse organique. De plus, la mise en forme pharmaceutique n'est permise que par l'industrialisation et la production des médicaments devient un enjeu économique majeur. De nouvelles classifications apparaissent et sont modifiées tout au long du siècle, et la

« matière médicale » s'enrichit. Ainsi, le début du XIXe siècle voit l'apparition de la morphine et des alcaloïdes et de leurs propriétés sédatives ainsi que de la quinine, « *archétype du médicament polyvalent* ». Les salicylés, quant à eux, apparaissent au milieu du XIXe siècle et prennent leur essor en 1897 avec la commercialisation de l'Aspirine par la firme pharmaceutique Bayer. Dans le domaine cardiovasculaire, l'emploi des digitaliques et des vasodilatateurs se répand tandis qu'il faudra attendre 1919 pour la découverte de l'héparine. Par contre, la pharmacologie ne prend pas en compte les troubles psychiatriques et ce n'est qu'en 1924 que Louis Lewin propose une classification des substances psycho-actives en fonction de leur action sur l'humeur. Le XIXe siècle est également marqué par l'expansion des antiseptiques et des désinfectants, d'abord issus des dérivés chlorés puis de l'iode et du phénol, tandis que la chimiothérapie anti-infectieuse se développe dans la première moitié du XXe siècle, avec la découverte des sulfamides en 1932 et de la pénicilline en 1928 par Alexander Fleming. Ceci permettra dans la seconde moitié du XXe siècle le développement de la chimiothérapie anticancéreuse.

Ainsi, la commercialisation des alcaloïdes a été l'une des causes de l'industrialisation des médicaments, leur production nécessitant des ateliers vastes, aérés et fonctionnels. Il s'ensuit une multiplication des brevets et des dénominations spéciales déposées ainsi qu'une modification des formes pharmaceutiques elles-mêmes par la mécanisation, comme notamment le comprimé ou la seringue hypodermique.

Malgré les avancées de la pharmacologie, d'autres traitements restent employés de façon plus ou moins empirique, comme la diététique qui ne se fondera sur des connaissances scientifiques qu'au XXe siècle. De même, la kinésithérapie, pratique pourtant ancienne, prendra son essor au XIXe siècle avec la création en 1896 de la « rééducation motrice » en tant que spécialité médicale. D'autres pratiques telles que le pneumothorax, l'héliothérapie, la climatothérapie ou l'hydrothérapie sont également utilisées, notamment dans le traitement de la tuberculose.

Enfin, de nouveaux moyens thérapeutiques apparaissent au début du XXe siècle, comme l'électrothérapie puis la radiothérapie avec la découverte des rayons X.

II.1.2.5 Une nouvelle perception du psychisme

Jusqu'au XIXe siècle, le cerveau n'est considéré qu'en tant qu'organe occupant la boîte crânienne sans qu'on s'y intéresse vraiment. C'est en 1808 que Gall considère le cortex comme le plus haut niveau du système nerveux de l'homme et des vertébrés supérieurs, conception qui marque l'origine de la neuro-anatomie moderne. Ceci remet en cause la notion de localisation de l'âme et deux positions vont alors s'affronter, celle des localisateurs et celle des unitaires. Comme Gall ou Broussais, les localisateurs pensent que le cortex cérébral fonctionne selon des parties séparées les unes des autres, de façon bilatérale et symétrique. Les unitaires estiment que le cortex fonctionne comme un tout. A cette époque, en médecine, l'approche des pathologies mentales changent, notamment avec Pinel, qui fait entrer dans la pathologie ce qu'il nomme l'aliénation mentale, jusque là relevant de la justice, et instaure son traitement dans des asiles. Puis dans la seconde moitié du XIXe siècle, la pathologie mentale abandonne le modèle unitaire de l'aliénation mentale et adopte une vision pluraliste de son champ alors divisé en maladies mentales, comme dans les travaux d'Esquirol ou de Griesinger. Il s'agit alors d'entité nosologiques spécifiques et peu à peu, la neurologie se sépare de la psychiatrie. De façon plus générale, on acquiert de nombreuses connaissances d'ordre morphologique et fonctionnel sur le cerveau. C'est « *l'âge d'or des localisations cérébrales* », marqué par les travaux de Broca, la définition du neurone et de la synapse par Sherrington ou les études de Pavlov sur les réflexes conditionnés. Puis, au début du XXe siècle, naît la cytoarchitectonie cérébrale, la nomenclature se précise ainsi que les localisations et les pathologies. A la fin du XIXe siècle, la neurologie localisatrice va également influencer la psychologie, considérant alors que l'ensemble de la vie mentale consciente correspond clairement au fonctionnement d'un certain nombre de zones définies du cortex cérébral.

Au cours du XXe siècle, les connaissances morphologiques du cerveau se précisent et remettent en cause la théorie localisatrice pour une théorie plus globaliste. Le mouvement se retrouve également en psychiatrie, remettant en cause la multiplicité des maladies mentales, sans revenir totalement à l'idée de l'aliénation mentale. C'est pourquoi, à la fin du XXe siècle, émergent les sciences cognitives.

II.1.3 La place de la médecine dans la société

II.1.3.1 La profession médicale

Au début du XIXe siècle, les médecins ont encore des difficultés à établir et à faire respecter des normes de compétences et de comportements professionnels. La pratique est encore dominée par une mentalité marchande et les « charlatans » cohabitent avec les « réguliers ». Ainsi, parallèlement aux progrès de la pensée médicale au cours du XIXe siècle, on observe également une modification du statut des médecins qui se professionnalisent, c'est-à-dire qu'ils deviennent dominants dans le champ de la santé, détiennent le monopole de leur activité et bénéficient d'une importante autonomie, à la fois dans l'exercice de leur profession et dans son contrôle, qui est un autocontrôle régi par une réglementation interne et un code de déontologie. La profession médicale jouit alors d'une protection légiférée par la loi du 10 mars 1803 qui indique que « *nul ne pourra embrasser la profession de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé sans être examiné et reçu comme il sera prescrit dans la présente loi* ». A la fin du XIXe siècle, les médecins ont acquis une identité collective plus précise, une meilleure formation et de nouvelles responsabilités publiques, ce qui donne à la médecine une place plus précise et plus sûre dans la société, du fait de l'importance progressivement accordée à la santé.

Par ailleurs, la science biomédicale a également favorisé le développement de la profession médicale moderne. En effet, la médecine progresse car elle devient plus scientifique, même si de nombreux

progrès concernant la mortalité ou la morbidité sont dus à des facteurs sociaux, économiques et nutritionnels, et à la fin du XIXe siècle, la science biomédicale est totalement liée avec la médecine pratique et l'économie de la médecine.

II.1.3.2 Les maladies infectieuses, la santé publique et la protection sociale

Rudolf Virchow déclare en 1848 que « *la médecine est une science sociale et que la politique n'est rien de plus que la médecine à une échelle plus large* ».

Le XIXe siècle est marqué par plusieurs épidémies de choléra qui constituent l'un des catalyseurs de la réforme sociale et médicale, car elles ont permis la reconnaissance du lien entre maladie et indigence, et la mise en évidence du rôle de l'état dans la santé publique, ce qui le pousse à élaborer des politiques sanitaires et à intervenir de plus en plus souvent sur divers points de la vie personnelle de la population. C'est pourquoi, dès le milieu du XIXe siècle, l'épidémiologie progresse afin d'étudier l'état de santé de la population et les mesures sanitaires à mettre en place. Initialement basée sur la « géographie médicale », l'épidémiologie prend son essor avec la découverte des germes et devient une discipline scientifique qui utilise l'analyse statistique et recherche le rôle de divers facteurs dans l'étiologie des maladies épidémiques. Face à elles, le Conseil sanitaire international est fondé en 1839 afin de coordonner les mesures de protection frontalière et de définir les maladies quaranténaires. Le XIXe siècle est également marqué par d'autres maladies infectieuses comme notamment la fièvre typhoïde qui va disparaître grâce aux règles d'hygiène mises en place. Le mouvement « hygiéniste » insiste également sur les pathologies infectieuses touchant les enfants comme les gastro-entérites, jugulées par la mise en place des mesures hygiéniques de l'eau et des aliments, et les fièvres exanthémiques et les angines, pour lesquelles il a fallu attendre les progrès de la vaccination et de la thérapeutique pour une vraie prise en charge. On note également un regain de la poliomyélite qui ne sera éradiquée qu'avec la découverte de son vaccin au XXe siècle. Deux

maladies virales ont également marqué le XIXe siècle, la rage qui a permis un progrès des connaissances médicales et la grippe dont on a observé six pandémies, sans mesure préventive ou thérapeutique efficace. Par ailleurs, l'épidémiologie du XIXe siècle constate trois maladies infectieuses chroniques : la lèpre, la tuberculose et la syphilis. La lèpre va être supplantée par la tuberculose qui devient la maladie la plus préjudiciable, avant de régresser au XXe siècle grâce aux progrès socio-économiques et aux antibiotiques. Quant à la syphilis, on en découvre l'ensemble des formes cliniques, qu'on ne traitera efficacement qu'au XXe siècle mettant fin, croyait-on, aux MST avant l'apparition du SIDA. Enfin, concernant les parasitoses, le paludisme connaît son déclin au XIXe siècle grâce à l'amélioration des conditions sanitaires puis à l'emploi de la quinine.

Concernant les pouvoirs publics, leur préoccupation pour la santé publique a toujours existé mais elle prend son essor à la fin du XVIIIe siècle avec « l'hygiénisme » dont la première chaire est créée à Paris en 1795. Ce courant considère alors que l'environnement physique et social de la population joue un rôle primordial dans sa santé et prône diverses réformes, notamment en faveur de la petite enfance. Avec l'industrialisation de la société et la nécessité d'une population en bonne santé et apte au travail, les pouvoirs publics et les hygiénistes s'intéressent également aux problèmes liés au travail. Ainsi, à la fin du XIXe siècle, ils s'engagent, par exemple, dans la lutte contre l'alcoolisme, la syphilis et la tuberculose, et la vaccination antivariolique devient obligatoire de même que la déclaration de certaines maladies infectieuses.

C'est la légifération en matière de santé publique qui permet les progrès sanitaires.

Cette collaboration permet également les prémices de la protection sociale basée sur la solidarité, avec l'Etat Providence. Tout d'abord se développe l'assistance mutuelle, surtout dans le cadre du travail, puis celle-ci ne va cesser de s'étendre avec, à la fin du XIXe siècle, le vote d'une loi d'assistance médicale gratuite aux indigents et d'une loi sur les accidents du travail puis, en 1930, le vote d'une loi sur les assurances sociales et enfin l'instauration de la Sécurité sociale en 1945. Un droit aux soins est également mis en place progressivement grâce à l'évolution des lois sur la

protection sociale, qui introduisent aussi, petit à petit, la médicalisation de la société, du fait du lien entre la santé et les autres aspects de la vie sociale, à travers notamment la petite enfance et la psychiatrie. Ces réformes de la protection sociale modifient le mode de rémunération des médecins, qui passe d'honoraires proportionnels aux revenus des patients à des honoraires encadrés par la Sécurité sociale, ce qui a provoqué une certaine résistance de leur part.

Ainsi, la médecine a profondément évolué au cours du XIXe siècle, l'espérance de vie s'est allongée et améliorée qualitativement, et une aide médicale gérée par l'Etat s'est instaurée. C'est ce qu'on a appelé la médicalisation de la vie ou la naissance d'un « Etat thérapeutique ». Les « *institutions médicales sont des créations sociales au sein d'un cadre socio-culturel mais les progrès scientifiques et techniques sont également à l'origine de la médecine contemporaine* ».

II.1.4 Perspectives médicales au XXe siècle

La naissance de la médecine moderne qui s'est déroulée au XIXe siècle a ouvert de nouvelles perspectives médicales au XXe siècle. C'est le cas de la biologie moléculaire qui mène au progrès de la génétique et à l'étude des troubles fonctionnels, notamment de nature biochimique, donnant ainsi naissance à la notion de pathologie moléculaire. On observe également le développement de la virologie qui va prédominer avec l'émergence du SIDA. L'essor de la physiologie et de la biochimie permet la compréhension des pathologies dites « d'intégration », comme celles du système nerveux, endocriniennes ou immunitaires. La lutte contre les maladies infectieuses est également très importante, tant par un meilleur contrôle sanitaire de l'environnement que par les progrès de la vaccination et surtout chimio-thérapeutiques à visée anti-infectieuse, avec la découverte des sulfamides et des antibiotiques, qui vont ensuite avoir des retombées sur la chimiothérapie anticancéreuse. La psychanalyse fondée par Sigmund Freud influence aujourd'hui toutes les branches de la médecine et est à l'origine de la médecine psychosomatique. La psychiatrie, quant à elle, après sa transformation grâce aux médicaments psychotropes qui envahissent les sociétés

modernes, a subi une « crise conceptuelle » liée à l'essor des neurosciences et de la biochimie cérébrale qui se sont développées à la fin du XXe siècle.

Le XXe siècle est également marqué par d'incroyables avancées techniques diagnostiques, avec l'imagerie et les tests de laboratoire, et thérapeutiques, avec notamment la première greffe cardiaque en 1967, qui symbolisent les nouveaux pouvoirs de la médecine. Mais cette nouvelle médecine est coûteuse et nécessite une socialisation des dépenses de santé par le biais de l'Assurance Maladie.

Néanmoins, au XXe siècle se pose toujours la question de la définition de la santé et de la maladie.

La définition de l'OMS en 1948 a surtout un rôle politique dans le fait qu'elle définit « *des critères sociaux à la santé et l'obligation politique d'assurer à chaque individu les meilleures conditions de vie possible* ». Pendant la première moitié du XXe siècle domine une conception « naturaliste » de la maladie, remise en cause par une conception « normativiste » qui fait intervenir des valeurs sociales dans la définition de la maladie ainsi que la question de la définition de la norme. Les

« normativistes » considèrent ainsi que la maladie est plus qu'un évènement biologique, puisqu'elle a une composante sociale constitutive, et que « *la santé et la maladie sont des concepts évaluables qui tiennent compte de l'ajustement de l'individu à son milieu social* », l'idée de santé et de maladie variant d'une société à l'autre. Ainsi, d'après Mirko D. Grmek, « *le vécu individuel ne coïncide pas toujours avec la reconnaissance sociale d'un état pathologique et cette dernière n'est pas la même dans toutes les sociétés. Une médecine institutionnelle détient le pouvoir de déterminer ce qui doit être considéré comme maladie et crée ainsi l'état de malade en tant que rôle social officiel* », ce que Foucault appelle la « *spatialisation tertiaire* » de la maladie, c'est-à-dire « *l'ensemble des gestes par lesquels une maladie dans une société est cernée, médicalement investie et isolée* ».

II.1.5 Influence de la médecine moderne sur le diagnostic

médical

De façon pratique, l'ensemble des avancées médicales de ces deux derniers siècles ont eu un impact sur l'élaboration du diagnostic. En effet, selon Peitzman et Maulitz, le diagnostic est une « *série de négociations cognitives et méthodologiques conduisant vers un processus de plus en plus complexe de divination. Ainsi, à un moment historique donné, le diagnostic dépend des choix effectués parmi les données biologiques, culturelles et méthodologiques au fur et à mesure que sont formulées et reformulées, cadrées et recadrées les notions de maladie* ».

Ainsi, l'approche anatomo-pathologique dans les hôpitaux parisiens a permis de rapprocher le diagnostic clinique au lit du malade, amélioré par l'utilisation de nouvelles techniques d'examen comme la percussion ou l'auscultation, avec les lésions organiques révélées à l'autopsie. Par ailleurs, les techniques de laboratoire et l'essor de la pathologie cellulaire ont permis d'affiner encore le diagnostic même si par contre, l'analyse chimique resta peu pratiquée jusqu'au milieu du XXe siècle. C'est ce que Foucault appelle la « *spatialisation primaire de la maladie* ».

La naissance de la microbiologie a permis un diagnostic ontologique de la maladie et de séparer le diagnostic clinique du diagnostic de laboratoire.

En ce qui concerne le diagnostic au chevet du malade, l'anamnèse représente le fondement le plus ancien du diagnostic tandis que l'examen physique se développe au cours du XIXe siècle et les examens complémentaires à la fin du XIXe siècle et au XXe siècle. Ainsi, avant le XIXe siècle, les maladies sont définies par leurs symptômes, ce que Foucault nomme « *spatialisation secondaire de la maladie* ». Au XIXe siècle, l'anatomo-pathologie et l'examen physique font passer le récit du malade au second plan, le « *regard clinique perdant de son importance au profit des localisations* », et l'anamnèse est protocolisée sous la forme d'un interrogatoire précis. Par contre, au XXe siècle,

alors que les techniques de laboratoire et d'imagerie se précisent et affinent le diagnostic, l'anamnèse est réévaluée à la hausse, une étude anglaise menée par Hampton assurant même qu'elle assure le diagnostic dans 90% des cas.

L'examen physique, quant à lui, se développe au XIXe siècle, quelques années après l'invention par Auenbrugger en 1761 de la percussion, reprise ensuite par Corvisart, et de l'auscultation médiate par Laennec, ainsi que sous l'influence de l'anatomie pathologique. La notion de « signe » apparaît.

Selon Foucault, *« symptômes et signes ne sont plus considérés comme la traduction et l'anticipation de la maladie mais comme en faisant partie intégrante, le symptôme devenant signe par l'action d'une conscience, celle du médecin »*. Les traités de sémiologie se multiplient dès la fin du XIXe siècle. Ceci a permis un plus haut degré de certitude dans le diagnostic qui devient pour certains médecins une fin en soi. Mais le « *regard clinique* » est trop abstrait et va être dépassé par l'anatomo-pathologie, qui utilisera également la vue et le toucher, et grâce à laquelle la maladie devient quelque chose d'objectif, les symptômes devenant les manifestations secondaires d'une lésion localisée. Elle va également modifier la notion de mort qui n'est plus considérée selon Foucault, *« comme une entité indépendante, fin de la vie mais comme la fin d'une série de processus pathologiques ou dégénératifs des tissus débutant dans la vie, la pathologie devenant un intermédiaire entre la vie et la mort, les trois formant un triptyque »*. Ainsi, avec le développement des techniques diagnostiques, *« les deux formes de diagnostic, physique ou sémiologique et anatomique ou physiologique, transforment radicalement la pratique diagnostique »*. Elles vont rendre leur individualité à chaque cas avec l'idée que la maladie se développe dans un corps donné. Parallèlement, en opposition au diagnostic anatomo-pathologique et ontologique, qui ne répond pas à certaines maladies ne présentant pas de lésions organiques, se développe le diagnostic fonctionnel grâce à Broussais, qui reprend la théorie de l'inflammation, et aux instruments de mesures des fonctions de l'organisme et aux tests chimiques. Puis le progrès de l'imagerie au XXe siècle va à

nouveau favoriser la conception localisatrice de la maladie. La médecine clinique devient, selon Foucault, une « *réelle médecine des organes où l'individualité tient un rôle prépondérant* ».

Néanmoins, devant la profusion des techniques de laboratoire et d'imagerie qui se sont développées depuis le XIXe et qui sont à la portée du clinicien pour réaliser un diagnostic, on tente de revenir à une conception plus probabiliste de la maladie, nécessitant dans le choix d'un test, de tenir compte avant tout de l'objectif inhérent au test lui-même.

Ainsi, selon Peitzman et Maulitz, « *l'ultime progrès dans le raffinement des techniques diagnostiques est survenu lorsque les médecins se sont mis à examiner et à réélaborer leurs outils conceptuels* ».

II.2 Approche anthropologique

Dans leur ouvrage « *Sociologie de la maladie et de la médecine* » paru en 1994, P. ADAM et C. HERZLICH, après un rappel historique sur la maladie et la médecine, en analysent les déterminants sociologiques.

Ils nous rappellent tout d'abord que la maladie est « *un état affectant le corps d'un individu* » et que la médecine a pour fonction « *de la décrire en termes objectifs pour tenter de la traiter* ». La maladie résulte d'une interaction entre l'organique et le social et est socialement définie, puisque pourvue de signification, la bonne santé s'apparentant à la norme. Ainsi, la maladie et la santé constituent des « *états sociaux* », car la réalité biologique revêt une signification sociale en fonction de la prise en charge dont elle est l'objet et la position de malade devient une position sociale, qui retentit sur l'identité de l'individu.

Dans son ouvrage « *Anthropologie de la maladie* » paru en 1986, F. LAPLANTINE cherche à décrire les différents modèles théoriques, à la fois étiologiques et thérapeutiques de la maladie. Il étudie également leurs interactions et la façon dont ils sont utilisés dans notre société médicalisée actuelle. C'est donc à partir de ces considérations que nous allons pouvoir replacer la relation médecin-patient, de nos jours, dans son contexte anthropologique et sociologique.

II.2.1 Place des maladies dans les sociétés

Les maladies sont différentes et sont vécues différemment socialement, culturellement, économiquement et politiquement selon les époques. Ainsi, chaque période de l'histoire a connu des maladies dominantes, c'est-à-dire fréquentes et engendrant des conséquences graves pour la démographie et la qualité de vie d'une population.

II.2.1.1 Les épidémies

Elles ont été, pendant très longtemps, les pathologies dominantes dans toutes les sociétés et étaient considérées comme le mal absolu de part les conséquences qu'elles avaient, notamment démographiques et politiques. En effet, elles pouvaient décimer des régions entières et affaiblissaient les populations qui devenaient alors plus fragiles face à l'épidémie suivante. Elles étaient génératrices de faim et de misère par le biais d'un cycle infernal. Par ailleurs, elles représentaient un phénomène collectif synonyme de mort et d'exclusion devant lequel la médecine était impuissante, et vécu avec un certain fatalisme ou comme une punition divine. L'industrialisation et l'urbanisation qui marquent le XIXe siècle modifient la démographie et l'impact de ces épidémies sur la population.

II.2.1.2 Le progrès sanitaire

Il débute au XVIIIe siècle grâce aux progrès administratifs, économiques, techniques et commerciaux, le progrès médical n'ayant qu'une influence limitée. Au XIXe siècle, il se poursuit grâce à l'essor de l'hygiène et de l'éducation. Ainsi, la vaccination contre la variole et le mouvement hygiéniste permettent de diminuer l'incidence des épidémies. Ils permettent une transition démographique qui se traduit par une baisse de la mortalité infantile et une augmentation de l'espérance de vie. Ceci entraîne un vieillissement de la population et l'émergence de nouvelles pathologies liées à ce vieillissement, dites « dégénératives ». On note un accroissement des pathologies cancéreuses qui deviennent l'une des principales causes de mortalité générale mais dont on ne comprendra l'étiologie et pour lesquelles on ne développera des traitements qu'au XXe siècle. De plus, au XIXe siècle se développe l'idée de maladies comportementales, notamment dans le cadre des maladies cardio-vasculaires qui deviendront dominantes au XXe siècle ou avec l'alcoolisme, le tabagisme ou la toxicomanie. Parallèlement émergent la tuberculose, la syphilis, la méningite

cérébro-spinale et les maladies professionnelles. La tuberculose devient un objet de lutte pour les médecins et d'angoisse pour la population, à ceci près qu'elle n'est pas vécue comme un phénomène collectif mais individuel et que son évolution est plus lente, faisant émerger le statut de malade. On assiste ainsi à la fin du XIXe siècle à une transition de santé.

II.2.1.3 Les maladies modernes

De nos jours, les maladies infectieuses sont jugulées et ont fait place aux maladies chroniques, individuelles, pour lesquelles ils existent des traitements qui permettent à l'individu de continuer à vivre et de composer avec son état de santé. Elles sont également caractérisées par le lien étroit à la médecine qu'elles engendrent. Deux pathologies ont marqué le XXe siècle : le cancer et le sida. Le cancer est une pathologie ancienne mais c'est au XXe siècle qu'on prend en considération sa progression, liée au vieillissement de la population. Il représente une menace pour la société car synonyme de mort mais il s'agit néanmoins d'une maladie individuelle et à l'évolution lente. Il a permis le progrès thérapeutique dans ce qu'il a de plus agressif et l'expansion de l'hôpital moderne. Le sida, bien que maladie moderne, vient rappeler les épidémies anciennes dans sa contagiosité et la menace de mort qu'il représente. Cependant, il est d'évolution lente avec la particularité du « séropositif » qui n'est pas une personne malade mais au risque de le devenir et qui entretient un lien étroit avec le milieu médical. Le sida a suscité également un investissement médical important au cours du XXe siècle, il a mis en avant les inégalités sociales et a permis la création d'associations d'aide aux malades qui rendent à la maladie une dimension collective et sociale.

II.2.2 Détermination sociale des états de santé

Malgré la hausse de la consommation médicale dont nous avons traité précédemment, il persiste des inégalités dans le domaine de la santé notamment entre les sexes et les classes sociales. En effet, il

existe une relation entre des facteurs biologiques et sociaux dans la genèse des maladies, responsables d'une « causalité en chaîne ».

II.2.2.1 Les facteurs sociaux

La sélection sociale

C'est un processus qui conduit vers les classes sociales supérieures les individus qui présentent une meilleure santé.

La causalité sociale

L'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle signifie également un revenu, un niveau d'éducation, des comportements, des facteurs de risque et des caractéristiques culturelles inhérents à chaque catégorie et qui influencent les états de santé.

On constate ainsi une disparité de recours aux soins en fonction des classes sociales, non moins de façon quantitative que qualitative. En effet, les classes populaires consultent moins et de façon curative tandis que les classes supérieures consultent de façon préventive et disposent de ressources cognitives et culturelles qui leur permettent de mieux se repérer dans le système de soins.

La hiérarchie sociale

On note également une augmentation des taux de mortalité qui suit la hiérarchie descendante des postes, quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle. Il existe ainsi un processus étiologique non spécifique, en relation avec la position de l'individu dans la hiérarchie socioprofessionnelle, qui prédisposerait à la maladie et à la mort prématurée.

II.2.2.2 Les variables individuelles

Le stress et les évènements de vie stressants

Le stress est caractérisé par les réactions en chaîne de l'organisme à des pressions excessives menaçant son équilibre mais il semble faiblement lié à la détérioration de l'état de santé.

Les types de personnalité

Le rôle qu'ils jouent dans la détermination des états de santé semble controversé.

La capacité à faire face

C'est une notion basée sur l'idée de lieu de contrôle, soit « interne » lorsque l'individu a l'impression de contrôler sa vie, soit « externe » si l'individu a la sensation de ne pas la contrôler. Il apparaît que les personnes dont le lieu de contrôle est interne font mieux face aux agents stressants et aux difficultés de la vie et résistent mieux à la maladie.

Le soutien social

Il s'agit des réseaux sociaux dans lesquels est intégré un individu et qui peuvent lui apporter un soutien matériel, cognitif, normatif ou affectif. C'est ce dernier critère qui semble le plus lié à l'état de santé mais de façon plus générale, le soutien social semble « faire tampon » entre l'individu et les situations stressantes.

Ainsi, la prise en considération de ces différents déterminants sociaux dans l'état de santé de la population va au-delà de l'idée de médicalisation de la société, qui a tendance à culpabiliser les individus en les rendant responsables de leur état de santé, puisqu'il apparaît que la société elle-même dans son mode fonctionnement en est également responsable. C'est pourquoi les auteurs

évoquent l'idée d'une modification des politiques de santé visant à l'amélioration du lien social parallèlement au progrès médical et à l'idéologie de prévention.

II.2.3 Les modèles de la relation médecin-malade

La relation médecin-patient repose sur la communication ce d'autant que, comme nous l'avons vu précédemment, beaucoup de patients présentent des pathologies qui ne relèvent pas d'un schéma purement organique. Dès les années 1920, des médecins ont mis en avant le fait que la relation privilégiée du médecin avec son malade et son écoute attentive participaient à la guérison de ce dernier. C'est l'idée qu'avance également Michael Balint avec le concept de « *remède-médecin* » dans les années 1950. D'un point de vue sociologique, la relation médecin-patient ne fait pas que mettre en rapport deux personnes mais un malade avec son identité sociale et un membre d'une « profession ».

II.2.3.1 Le modèle consensuel (selon Talcott Parsons)

Il est basé sur le fait que la structure sociale oriente et définit les modalités de la relation médecin-patient dans le but de la guérison car la santé permet le bon fonctionnement de la société tandis que la maladie représente une déviance par rapport à l'ordre social établi. Il a pris son essor avec la découverte des antibiotiques qui ont permis de traiter les maladies infectieuses, donnant ainsi à la médecine un aspect tout puissant et garant de la stabilité sociale en corrigeant les éventuelles déviances. Elle devient une « *profession dévouée à la collectivité par son rôle de contrôle social* ». Dans ce contexte, la relation médecin-patient est une relation asymétrique car le médecin est actif et le patient passif mais consensuelle car les rôles sont admis par chacun des protagonistes. Celui du malade est de chercher à se soigner, en faisant appel à la compétence du médecin et en coopérant avec lui, pour qu'en contrepartie son statut de malade soit légitimé socialement et qu'il soit défait de ses responsabilités sociales. Le rôle du médecin, quant à lui, est de mettre en œuvre sa compétence

technique en faisant preuve de neutralité affective pour assurer l'objectivité du rapport. Il est ainsi caractérisé par le souci du bien-être du patient avant tout et son universalisme.

Néanmoins, ce modèle présente des limites et deux psychiatres, Thomas Szasz et Mark Hollander, l'ont repris pour en dégager trois types de relation, cette fois thérapeutiques, liées à la pathologie que présente le malade. En cas de pathologie grave, on peut parler de relation « *activité-passivité* », si le patient est capable d'un jugement, la relation est alors basée sur la « *coopération guidée* » et dans le cas des pathologies chroniques, elle prend la forme d'une « *participation mutuelle* ». Mais la notion de coopération reste à nuancer du fait de la non-observance et de l'exigence des patients qui tendent à augmenter. De plus, les classes populaires se conforment moins aux prescriptions que les classes moyennes et supérieures et de façon générale, on note une meilleure coopération lorsque que les origines sociales et le contexte culturel du médecin sont proches de ceux du patient. Ce contexte conduit à une « *socialisation anticipatrice d'une relation médecin-malade négative* » de la part des médecins, qui réduisent les malades à deux groupes, les « bons » et les « mauvais ».

II.2.3.2 Le modèle conflictuel (selon Eliot Freidson)

Contrairement au modèle consensuel énoncé par Talcott Parsons dans lequel « *la médecine est caractérisée par son universalisme et son souci unique du bien du patient* », dans le modèle conflictuel d'Eliot Freidson « *la profession médicale est caractérisée par l'un des nombreux groupes d'intérêts existant dans la société* ». Ainsi, l'éthique et la législation médicales ne sont pas uniquement protectrices du bien des patients mais également des intérêts de la profession médicale. Ce concept entraîne un « *conflit de perspectives* » entre le médecin et le patient, car le premier définit lui-même la nature du service rendu tandis que le second attend que l'on prenne en considération son propre point de vue. Cette confrontation entre la « *culture professionnelle* » et la « *culture profane* » va à l'encontre d'un « *consensus à priori* », dans lequel le médecin est actif et le patient passif. Elle est plutôt en faveur d'une multiplicité de relations médecin-patient possibles en

fonction du type d'activité médicale, du statut social du malade ou du type de pathologie rencontré. En ce qui concerne le médecin généraliste, il est forcément plus proche de la « *culture profane* » du patient du fait même d'être dépendant du patient pour sa pratique quotidienne libérale.

Néanmoins, Eliot Freidson met en avant le pouvoir du médecin qui est de désigner quelqu'un comme malade, en partant du postulat que la réalité organique et la réalité sociale de la maladie ne se confondent pas. Ainsi, en considérant un individu comme malade et à travers les prescriptions qu'il fait, le médecin crée la réalité sociale de la maladie en la légitimant aux yeux de la société, ce qui n'est pas neutre et peut avoir des conséquences pour le patient.

Dans ce contexte, la médicalisation des comportements et de la société peut être dangereuse. Elle permet au médecin de dépasser ses compétences techniques et scientifiques pour porter un jugement moral sur la vie privée des patients, en intervenant dans des domaines qui ne devraient pas relever de la profession médicale. Mais en réalité, la relation médecin-patient est multiple en fonction du degré de négociation.

II.2.3.3 La négociation dans la relation médecin-patient

Celle-ci a pris toute sa signification avec l'augmentation des pathologies chroniques, dans lesquelles la différence de rôle entre le médecin et le patient se réduit grâce à la participation active du patient à sa propre prise en charge.

Dans le modèle de « *l'ordre négocié* » d'Anselm Strauss, la négociation permet de réguler les relations sociales car l'objectif n'est pas prédéterminé, il s'élabore au cours de cette négociation et l'accord obtenu n'est jamais définitif et peut être redéfini. Il s'agit ainsi d'une rencontre ouverte entre le médecin et le patient que chacun des deux protagonistes peut influencer au cours du temps. La négociation prend alors une dimension temporelle.

Néanmoins, avec la médicalisation de la société, notamment par la médecine préventive ou les expertises médicales, la relation médecin-patient dépasse la relation thérapeutique et va prendre des formes de plus en plus multiples.

II.2.4 Les modèles étiologiques de la maladie

II.2.4.1 Les modèles ontologique et fonctionnel (ou relationnel)

Le modèle ontologique remonte à l'un des courants de la médecine hippocratique. Il considère le normal et le pathologique en terme d'êtres et la maladie comme une entité étrangère et ennemie. Il regroupe trois approches qui sont « la médecine des espèces ou essentialisme », « la médecine des lésions ou anatomisme et anatomopathologie » et « la médecine des spécificités ».

L'« essentialisme » repose sur l'isolement des maladies à partir des malades et la classification des pathologies en « espèces ». L'« anatomisme », quant à lui, recherche les atteintes organiques et les sièges des pathologies. La « médecine des spécificités » enfin, véhicule l'idée que toute maladie a une cause précise.

Quelle qu'en soit l'approche, le modèle ontologique permet l'isolement des maladies et rend la médecine objective. De plus, les représentations localisatrices rassurent car elles annulent l'idée qu'il existe un sens à la maladie.

Ce modèle a influencé la pensée médicale depuis le XIXe siècle et reste prégnant dans la médecine contemporaine.

Dans le modèle fonctionnel, il est question d'équilibre ou de déséquilibre entre le normal et le pathologique et la maladie est considérée comme un dérèglement par excès ou par défaut.

On retrouve trois approches de la maladie dans ce modèle. Elle peut être considérée comme un déséquilibre entre l'homme et lui-même. Ce fut le cas dans la médecine « humorale » d'Hippocrate, qui appréhendait la maladie comme une rupture d'équilibre entre les quatre humeurs (le sang, le phlegme, la bile jaune et la bile noire) qui composaient le malade. Au XVIIe siècle et plus encore

aux XVIII^e et XIX^e siècles, apparaît la pathophysiologie qui considère la maladie comme la réaction de l'organisme au déséquilibre d'une fonction physiologique. Ainsi, le processus pathologique n'est plus appréhendé comme indépendant de l'organisme mais comme un processus réactionnel voire, à partir du XX^e siècle, comme un symptôme à comprendre dans sa globalité. C'est cette considération de l'organisation et la désorganisation fonctionnelle de l'individu qu'on retrouve dans l'homéopathie et la psychanalyse.

Une seconde approche du modèle fonctionnel entrevoit la maladie comme un déséquilibre entre l'homme et le cosmos ou entre le microcosme et le macrocosme. Cette représentation se retrouve essentiellement dans les médecines dites populaires.

Enfin, la troisième approche concerne la maladie comme déséquilibre entre l'homme et son milieu social. Elle dépasse alors la personne du malade lui-même, puisqu'elle est appréhendée comme une relation perturbée de l'homme avec son milieu social tandis que la santé découle d'une relation satisfaisante. On parle alors de pathologie sociale avec l'idée qu'il faut démedicaliser la maladie et medicaliser les comportements autrefois pris en charge par la morale et la religion.

II.2.4.2 Les modèles exogène et endogène

Le modèle exogène considère que la maladie résulte d'une intervention extérieure, qu'elle est un accident consécutif à l'action d'un élément étranger qui s'abat de l'extérieur sur le malade.

Cette intervention extérieure peut être appréhendée comme une volonté divine ou surnaturelle ou comme celle d'un agent nocif naturel (environnement physique, chimique, biochimique, social). Le meilleur exemple de l'imputation étiologique naturelle est celui de la microbiologie Pasteurienne qui appréhende la maladie comme résultant d'agents extérieurs, que sont les microbes, entrant en contact avec un organisme plus ou moins réactif. Cette représentation vient renforcer le modèle ontologique dans l'idée qu'il n'existe pas de sens à la maladie et que ce n'est pas le malade qui en est responsable.

Par ailleurs, le modèle exogène se retrouve également dans la sociogenèse des maladies où un grand nombre de pathologies est imputé au milieu social et au mode de vie de l'individu, voire même à la société qui le baigne (éducation, politique ou culture). Ainsi, la maladie ne vient pas de l'individu mais de la relation sociale.

Le modèle endogène prend en considération les notions de terrain, d'hérédité, de tempérament et de prédispositions, avec l'idée que la maladie vient de l'intérieur même du sujet, de façon centripète. Ce modèle apparaît déjà dans la médecine humorale d'Hippocrate avec l'idée que la maladie vient d'un déséquilibre interne à l'individu. Il est relayé par le « vitalisme médical » qui considère l'être humain en tant qu'entité autonome et unité fonctionnelle et la pathologie résultant d'un déséquilibre général, en relation avec le terrain particulier de chaque individu et de ses prédispositions organiques spécifiques. Par ailleurs, les approches psychologiques, psychanalytiques et psychosomatiques de la maladie illustrent également ce modèle, en considérant que l'individu participe et crée sa propre maladie.

Ce modèle étant difficilement accepté par les patients et les médecins lui préférant le modèle exogène, on peut le diviser en deux variantes, l'une somatique et surtout génétique et l'autre psychologique.

La variante somatique éloigne le malade de sa responsabilité dans sa maladie en l'attribuant au destin ou à la fatalité, alors que la variante psychologique met l'accent sur le malade et sa personnalité, engendrant une notion de culpabilité. C'est pourquoi, encore de nos jours, patients et médecins acceptent plus facilement la « *somatogenèse des maladies psychologiques que la psychogenèse des maladies somatiques* ».

II.2.4.3 Les modèles additif et soustractif

Dans le modèle additif, la maladie est considérée comme une positivité ennemie, une adjonction, avec un agent pathogène « *jeteur de sorts* » et un agent thérapeutique « *leveur de sorts* ». De nos jours, la maladie semble, pour les patients, vécue comme une présence plus qu'une absence, comme quelque chose en excès, ce qui va à l'encontre du modèle fonctionnel mais se rapproche des modèles ontologique et exogène.

Le modèle soustractif considère la maladie comme « *quelque chose en moins* » pour le malade, appelant une « *thérapie additive* ». Ce modèle découle en partie de la représentation chrétienne de l'homme pêcheur qui doit être lavé de ses péchés par l'intervention d'un tiers.

II.2.4.4 Les modèles maléfique et bénéfique

Dans le modèle maléfique, la maladie est vécue comme un processus totalement négatif, si l'on considère l'idée que la maladie et la santé ne sont pas des valeurs objectives mais résultant de jugements de valeur imprimés par la société qui les baigne et qui véhicule une certaine conception de la normalité, engendrant une certaine normalisation des comportements.

Ainsi, le modèle maléfique considère la maladie comme totalement « *anormale* », à la fois en tant que « *déviance biologique* » mais également comme « *déviance sociale* », celle-ci étant perçue autant par les autres que par le malade lui-même et qui le présente comme « *socialement dévalué* ». Elle est alors vécue comme « *résignation, soumission, résistance, abjection, humiliation ou horreur* ». De plus, la maladie est vécue comme un « *non-sens absolu* » donnant tout son poids à la « *culture médicale* » qui cherche à donner un sens à la vie et à la notion de santé.

A l'inverse du modèle maléfique, dans le modèle bénéfique, la maladie prend une signification plus ambivalente puisqu'elle véhicule un sens, celui d'une « *tentative de restauration d'un équilibre perturbé voire d'un épisode d'exaltation et d'enrichissement* ». Elle peut être vécue comme une

gratification par l'intermédiaire de bénéfices secondaires qui permettent au malade de s'extraire des contraintes sociales, d'être pris en charge et d'attirer l'attention, entraînant à la fois une reconnaissance et une dépendance sociale. Dans d'autres cas, elle est considérée comme un exploit permettant au malade de se surpasser ou comme un effort thérapeutique que l'individu met en œuvre pour vaincre les signes pathologiques. On retrouve également la notion de maladie « *volupté* » à travers la psychanalyse dans laquelle elle prend un sens à la fois pour le malade et le thérapeute, l'un ne pouvant se défaire de ses symptômes et l'autre ayant pour rôle de prendre en considération la signification de ces symptômes, afin de maintenir l'équilibre que le malade entretient avec eux. A un niveau supérieur, vient le statut de la maladie « *salut* » dans lequel elle prend une signification extrêmement forte puisqu'elle constitue un remarquable enrichissement. Elle résulte de la pensée religieuse avec la recherche d'un sens salvateur. Enfin, la considération de la maladie « *liberté* », constitue un droit à la maladie en contradiction avec le processus de médicalisation actuel qui prône la santé comme un droit et un devoir pour chacun. Cette notion connaît une ascension depuis la seconde moitié du XXe siècle.

II.2.5 Les modèles thérapeutiques de la maladie

II.2.5.1 Les modèles allopathique et homéopathique

Le but du modèle allopathique est de traiter les symptômes par leurs contraires. Il prend tout son sens dans la médecine moderne qui est une médecine agressive utilisant une pharmacopée efficace mais non sans effet secondaire, antagoniste des symptômes, afin d'en hâter la résolution voire d'en empêcher la production. On retrouve le même fonctionnement dans la psychothérapie comportementale qui ne prend plus en considération la cause des symptômes mais s'y attaque frontalement afin de les faire disparaître.

Le modèle homéopathique, quant à lui, cherche à réactiver les symptômes par les semblables afin d'aller dans le sens de la maladie. Il repose sur les principes de similitude et d'infinitésimalité dans

lesquels le traitement n'est plus considéré comme un agresseur mais comme le principe même de la guérison, en retournant le mal contre lui-même et à condition d'être correctement utilisé par le thérapeute. Il recherche une excitation et une réactivation des symptômes afin de les neutraliser ensuite. On le retrouve beaucoup dans les médecines dites populaires. La psychanalyse utilise également ce modèle, en réactivant les symptômes plutôt que de les attaquer frontalement.

II.2.5.2 Les modèles soustractif et additif

Le modèle soustractif est basé sur l'élimination des liquides ou l'extraction des solides. Il s'agit d'un modèle prégnant dans nos sociétés occidentales, que ce soit par la valorisation de l'excrétion, du pet, du rot ou de l'éternuement, ou par la médecine scientifique qui, jusqu'au milieu du XIXe siècle, n'employait pour seuls moyens thérapeutiques que les lavements, les purgatifs et la saignée, pour user par la suite des ventouses, cataplasmes ou infusions. Il en va de même de la chirurgie de l'ablation, qui constitue une bonne part de la chirurgie moderne, voire de la diététique.

Ce modèle soustractif peut être de nature allopathique, en cherchant à guérir en extériorisant une maladie considérée comme un mal en soi ou de nature homéopathique, en accompagnant les symptômes dans leur disparition.

Le modèle additif s'appuie, quant à lui, sur des thérapeutiques additives, qui agissent par renforcement, telle la prescription de fortifiants ou de vitamines ou par résorption, tels les anti-diarrhéiques ou les hémostatiques. Il s'applique également à la chirurgie telles les greffes d'organes.

II.2.5.3 Les modèles adorcistique et exorcistique

Fondé par Luc de Heusch, le concept d'adorcisme considère la maladie comme un bien convoité, issu du sacré, puisqu'elle représente un niveau supérieur d'existence, aux vertus thérapeutiques. La maladie a alors une valeur et un sens, elle est acceptée avec une légitimation sociale et le malade tisse une relation d'alliance avec elle car elle intervient comme un élément salvateur dans sa vie,

considérée comme un élément en plus. Ainsi, dans ce modèle, les notions de maladie, de santé et de guérison sont beaucoup plus ambivalentes.

Le modèle exorcistique est le plus utilisé dans notre société médicale actuelle et consiste à combattre la maladie pour l'extraire du corps ou de l'esprit du malade.

II.2.5.4 Les modèles sédatif et excitatif

Le modèle sédatif répond à des pathologies endogènes, générées par un excès de processus physiologique, par un traitement inhibiteur ayant une action sédative.

A l'inverse, le modèle excitatif répond à des pathologies endogènes, générées par un défaut de processus physiologique, par des thérapeutiques stimulantes ayant une action excitative. La psychanalyse repose également sur ce modèle.

II.2.5.5 Inter-relations entre les modèles

Actuellement, la médecine moderne reste encore très attachée au modèle exogène qui recherche la cause de la maladie à l'extérieur du malade. Le modèle endogène reste encore très refoulé et si, à l'évidence, il s'applique à un individu, on en cherche la variante génétique qui permet de ne pas « incriminer » totalement l'individu mais de rejeter la « faute » sur ses ascendants. La variante psychologique du modèle endogène est, quant à elle, encore difficile à accepter et on accepte toujours mieux la « *somatogenèse des pathologies mentales que la psychogenèse des pathologies somatiques* », que ce soit du côté des patients ou des médecins.

Par ailleurs, les relations entre les modèles exogène, endogène, ontologique et fonctionnel prennent une signification sociale. Considérer la maladie comme étant provoquée par un agent extérieur au malade permet de lever la culpabilité de celui-ci quant à son état pathologique, même si cette vision des choses tend à changer avec la médicalisation des comportements, qui pousse à incriminer ceux qui ne respectent pas les mesures préventives. A l'inverse, penser en termes de modèle endogène ou

fonctionnel, notamment dans leur variante psychologique, tend à rendre l'individu responsable de son état et en change la vision par la société.

De même, les modèles maléfique et bénéfique dépendent également d'une considération sociale, de jugements de valeurs qui sont imprimés par la notion du « normal » qu'a choisit une société donnée et qui donne à la maladie sa positivité ou sa négativité.

En ce qui concerne les modèles thérapeutiques, ils ont été extrêmement influencés par la vision que les sociétés se faisaient des maladies et de leurs étiologies à une époque donnée, associant ainsi les modèles étiologiques aux modèles thérapeutiques. Ainsi, les modèles allopathique, exorcistique ou soustractif répondent plus à une conception exogène, ontologique ou maléfique de la maladie et c'est ce qui constitue le courant dominant de notre culture médicale. A l'inverse, les modèles homéopathique, exorcistique ou additif sont liés à une représentation fonctionnelle, endogène ou bénéfique de la pathologie, ce qui provoque encore de nombreuses réticences du côté des soignants comme des soignés car l'ambivalence du sain et du pathogène est encore difficile à accepter, tout comme l'idée que la maladie peut venir de nous-même. Il est plus facile de considérer la maladie comme un ennemi à combattre que comme une part de nous-même à comprendre et à accompagner. De plus, cette conception tend à remettre en cause les notions même de maladie et de santé et par conséquent, la notion de soignant, puisque le malade devient son propre thérapeute, ce qui va à l'encontre de la représentation de la médecine dans notre société, dont le rôle est de combattre le pathologique en tant qu'entité ennemie, de réduire le temps de la maladie et d'aller contre-nature. Ainsi, de façon générale, le modèle étiologique utilisé conditionne la réponse thérapeutique mais on assiste actuellement à une inversion de ce schéma, en raison de la médicalisation de la société qui a fait évoluer le médecin de clinicien, donc spécialiste de l'étiologie, au technicien dont on attend aujourd'hui la bonne thérapeutique. Il est alors moins question du diagnostic que du traitement.

II.2.6 Ambivalence des modèles étiologiques chez les patients

Du fait de la culture médicale actuelle, la majorité des patients a une demande organique lorsqu'elle va voir le médecin, répondant aux modèles ontologique et exogène alors que seulement une minorité vient avec une demande de l'ordre du modèle fonctionnel. Mais derrière l'ontogénicité de la plainte se cache souvent des attentes plus diffuses, d'ordre psychologique et social, faisant du modèle fonctionnel un modèle refoulé mais présent. Il existe ainsi une intrication et une ambivalence des modèles étiologiques, qui prennent tout leur sens dans la relation particulière et privée que constitue la relation médecin-patient.

II.2.7 Interprétation de la maladie par les malades et les médecins

Tout d'abord, ils abordent la maladie avec un vocabulaire différent. Ils usent l'un et l'autre d'un langage métaphorique, tant le patient pour rendre compte de ses symptômes que le médecin pour rendre son savoir accessible. Ils utilisent également deux niveaux de savoir différents, le patient exposant son autodiagnostic issu de la culture médicale qui est la sienne et le médecin rendant son diagnostic savant, tout en sachant que le malade se réappropriera ce discours scientifique, afin de le réinterpréter de façon plus subjective. De plus, ils ne considèrent pas la maladie sous le même angle, la représentation du médecin étant anatomo-clinique tandis que le malade l'appréhende d'un point de vue psychologique et social, la rendant responsable d'une modification de son identité et de son statut social. Néanmoins, les choses tendent à changer légèrement ces dernières années, le corps médical accordant une place plus importante à la conception de la maladie selon le modèle endogène pour tenter de sortir de la représentation de la pathogénie externe, comme le montre l'émergence de la médecine psychosomatique, la psychanalyse et la considération des troubles dits « fonctionnels ».

Mais à l'inverse, les patients bien que présentant leurs symptômes de façon subjective et en relation avec le social, recherchent encore une objectivation de leur « mal » par le médecin et l'ensemble des progrès techniques de ce dernier siècle, et attendent de lui réparation, selon les modèles plutôt exogène et ontologique de la maladie, et allopathique et soustractif de la thérapeutique. Nommer ce dont ils souffrent les rassure et le caractère extérieur de la maladie les déculpabilise. C'est pourquoi les malades et les médecins appartenant à une même société et par conséquent à une même culture, sont empreints d'une même culture médicale qui de nos jours reste basée sur le modèle étiologique dominant « onto-exogéno-maléfique », modèle qui rassure aussi bien le soignant que le soigné dans leur représentation commune de la maladie.

II.2.8 La maladie et la société

La maladie joue un rôle dans tous les lieux de la vie sociale par son aspect désorganisateur et constitue un médiateur des rapports sociaux, notamment les maladies chroniques.

Pour les malades, leur expérience de la maladie est marquée par leur incertitude face à l'avenir et leur capacité d'adaptation dans les différentes sphères sociales en fonction de leur pathologie. Par ailleurs, ils tendent vers une « *normalisation* » de leur pathologie, celle-ci passant soit par un « *contrôle optimal de la maladie* » souvent difficile à obtenir, soit par la construction d'une « *nouvelle attitude naturelle* », à condition qu'elle soit en accord avec les valeurs du malade. Mais il faut garder à l'esprit que la « *normalisation* » n'est pas un retour à l'état antérieur et que malgré un certain degré d'adaptation à la maladie, celle-ci constitue néanmoins « *une rupture biographique ou identitaire* » pour le malade et donc une souffrance pour celui-ci. Par ailleurs, ils doivent également faire face à la « *stigmatisation* » caractérisée soit par des traits discréditables qui ne sont pas immédiatement visibles par l'entourage, soit par des traits discrédités, directement visibles, entraînant souvent une réaction de rejet par les autres, le malade acceptant les valeurs sociales dominantes. Les malades adoptent alors différentes attitudes qui peuvent être soit de cacher le

stigmatisme afin d'être considérés comme normaux, soit de le réduire sans nier son existence ou alors de se considérer comme « anormaux » et de se retirer de la vie sociale. D'autres malades, au contraire, rejettent les normes sociales dominantes et stigmatisantes et se battent pour la reconnaissance de leurs propres normes.

Cependant, la plupart des malades font appel au tissu social qui les entoure pour les soutenir, les aider et assurer leur équilibre psychologique. En premier lieu vient la famille qui joue un rôle central dans la prise en charge du malade, avec pour conséquence une redéfinition de la vie familiale, révélatrice des liens familiaux. Il peut s'agir également d'un réseau affectif plus large comme les amis. Puis viennent également les associations de malades qui constituent aussi des lieux de soutien et d'actions. Certains malades, peu nombreux, préfèrent par contre la gestion solitaire de leur pathologie avec parfois pour exutoire, l'écriture.

Ainsi, la maladie ne mobilise pas seulement le champ médical, mais l'ensemble du champ social du malade, tant d'un point de vue étiologique, relationnel que thérapeutique et sa conception purement médicale est trop restrictive dans notre société médicalisée d'aujourd'hui.

II.3 La médicalisation

La médicalisation de la société a redéfini la notion de santé pour les individus. Dans l'ouvrage « *L'ère de la médicalisation* », paru en 1998 et dirigé par P. AIACH et D. DELANOE, les auteurs tentent d'analyser ce processus de médicalisation d'un point de vue sociologique et historique afin de comprendre le système de santé actuel dans notre société. Nous confronterons leurs résultats aux limites anthropologiques de cette médicalisation que F. LAPLANTINE a mis en évidence dans ses travaux.

D'après P. AIACH, la médicalisation concerne l'ensemble des sociétés actuelles mais plus particulièrement la société occidentale dont nous faisons partie. Celle-ci débute au XIX^e siècle et s'accroît au XX^e siècle, notamment dans sa seconde moitié, facilitée par le progrès médical. Elle représente un phénomène extrêmement important, marquant la société en profondeur, orientant le développement économique, les pratiques sociales, les attentes et leurs conséquences, en fonction de la santé prise comme valeur ultime. Elle répond à l'angoisse fondamentale de l'être humain qu'est la mort, annoncée préalablement par la maladie. Selon les auteurs, la médicalisation prend quatre formes.

II.3.1 L'extension du domaine médical

II.3.1.1 Historiquement

Du point de vue des historiens, la première forme de la médicalisation, débutée dans la seconde partie du XVIII^e siècle, serait démographique, non tant par l'accroissement de la densité médicale que par la professionnalisation de la santé et l'accès croissant de la population à la médecine « officielle » pour tout ce qui est en rapport avec la notion de santé, ceci étant favorisé par l'alliance

des autorités politiques et du milieu médical. Mais ce phénomène revêt alors deux interprétations : la légende noire et la légende rose de la médicalisation. La première est très péjorative avec la mise en avant de politiques de santé contraignantes et méprisant la culture populaire. La seconde, principalement véhiculée par la littérature, porte au contraire aux nues le milieu médical, défenseur du bonheur du peuple. Néanmoins, il semblerait que cette alliance entre les pouvoirs publics et le milieu médical n'ait pas été si facile, les premiers ayant présenté quelques difficultés à légiférer en faveur des progrès médicaux et à financer l'accès aux soins, et les seconds à accepter la perte d'une certaine part de leur autonomie, notamment les élites hospitalières. C'est pourquoi la médicalisation des hôpitaux n'a eu lieu que lorsque leurs usagers sont venus pour des motifs réellement médicaux et non consécutifs à la misère. Néanmoins, l'accès aux soins n'a cessé d'augmenter à partir de cette période.

II.3.1.2 Démographiquement et économiquement

D'un point de vue démographique et économique, le nombre des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, n'a cessé de croître depuis la fin du XIXe siècle. Dans la seconde partie du XXe siècle et plus particulièrement dans années 1970 à 1980, cet accroissement a surtout été notable dans le secteur public hospitalier, au détriment du secteur libéral. Cette tendance se poursuit ensuite pour les médecins spécialistes alors qu'on note à nouveau une croissance du secteur libéral chez les médecins généralistes, mais dont l'accroissement reste moins important que celui des médecins spécialistes. On attribue ce fait à la réforme du troisième cycle des études médicales en 1984 qui a favorisé la spécialisation. Néanmoins, cette croissance de la médicalisation n'est pas que le fait d'une augmentation du nombre des professionnels de santé mais également d'une augmentation de la demande médicale, qui s'est fortement accrue des années 1950 aux années 1980, avant de diminuer légèrement dans les années 1990 du fait de la « *densification technique* ».

La demande de soins

Plusieurs facteurs expliquent cette demande croissante : le vieillissement de la population, la mise en place de l'assurance maladie, et la modification de la pensée populaire vers une banalisation du recours aux soins via la médicalisation des comportements, notamment par le biais de la prévention.

L'offre de soins

Concernant l'offre de soins, celle-ci est marquée par une importante technicisation à la fois avec l'accroissement du nombre de spécialistes, le progrès médical, notamment technique et la prescription de thérapeutiques plus nombreuses (chimiques et paramédicales) et surtout, d'examens complémentaires. L'autre facteur marquant l'offre de soins est la prescription pharmaceutique qui n'a cessée de croître et qui place les Français au premier rang européen en matière de consommation médicamenteuse et notamment de psychotropes.

III.3.2 L'extension du champ de compétence du médecin

Elle concerne un certain nombre de domaines relevant initialement du champ social mais qui ont été progressivement envahis par le champ médical. On peut citer, par exemple, le milieu scolaire, conjugal, judiciaire, sportif, des assurances ou de la beauté. De plus, ceci est favorisé par les médias qui utilisent les médecins pour véhiculer dans l'ensemble du domaine social l'idéologie de santé. Mais selon F. Laplantine, la biomédecine enseignée et véhiculée en tant que science exacte réduit les compétences des médecins face à des plaintes d'ordre social ou psychologique et en favorise la « *biologisation* », en niant le rapport de la maladie à l'individu lui-même ou au social qui l'entoure. C'est ainsi qu'elle rejette la subjectivité du malade, « *séparant le corps de l'individu* », au profit

d'une objectivité médicale, reléguant par la même occasion la relation médecin-malade à l'arrière-plan. Le psychologique et le social constituent ainsi de simples éléments subsidiaires, la pathologie relevant uniquement de données scientifiques et mesurables. La biomédecine refuse l'idée que la maladie puisse être la traduction d'une souffrance autre qu'organique, qu'elle puisse être générée par l'individu lui-même en raison d'un malaise psychologique, social ou historique, alors même que la médicalisation, qui tend à normaliser la santé, répond actuellement à des critères essentiellement sociaux, dans l'idée que la maladie constitue une menace pour l'ordre social, politique et économique et ne correspond donc pas qu'à une simple définition biologique.

C'est pourquoi, aujourd'hui encore, dans sa pratique médicale quotidienne, le médecin généraliste éprouve de grandes difficultés à s'extraire du modèle onto-exogène pour considérer la pathologie selon des modèles plus complexes. Il appréhende encore le symptôme comme quelque chose de négatif à supprimer plutôt que comme quelque chose porteur de sens, à analyser et à comprendre. Corrélativement, imprégnés de la même culture médicale, les patients considèrent la maladie comme un mal à extraire plutôt que comme un mal à comprendre dans leur propre fonctionnement individuel ou social. La médicalisation de la société qui cherche à normaliser la notion de santé, bien qu'en relation avec le social, continue également de véhiculer cette notion de causalité dans la maladie, en incriminant les comportements et les modes de vie des individus dans la genèse de leurs pathologies.

III.3.3 La médicalisation de la vie

III.3.3.1 La santé comme valeur ultime

Elle passe par la modification des comportements, des pratiques jugées néfastes et la transformation de la notion de déviance en maladie, la santé correspondant alors à la notion de normalité. C'est ainsi que la médicalisation dépasse le strict milieu médical pour concerner l'ensemble des domaines de la vie, la santé représentant une valeur constante et croissante, pour laquelle il convient de modifier ses comportements afin d'échapper à la maladie et aux facteurs de risque. Cette médicalisation de la vie,

cette notion de santé en tant que valeur ultime, se retrouvent dans la définition de la santé énoncée par l'OMS en 1948 : « *la santé, c'est non seulement l'absence de maladie et d'infirmité, mais un complet bien-être physique, mental et social* ». Une telle définition rend légitime socialement la poursuite de la santé à tout prix, puisqu'elle est synonyme de bonheur, et l'expansion du marché médical et sanitaire dans tous les domaines de la vie, privés et relationnels. De plus, cette idéologie est largement véhiculée par l'ensemble des médias, notamment par la presse grand public spécialisée, qui n'a cessé d'augmenter à partir des années 1970 et qui présente toujours plus de maux à combattre.

Mais cette médecine contemporaine est critiquée. A travers la littérature étudiée par F. Laplantine, deux courants s'opposent : celui qui porte aux nues la médecine et celui qui la dénigre. Dans le premier cas on retrouve « le roman médical », qui valorise l'image du médecin en tant que détenteur d'un savoir et serviteur dévoué, et la « littérature médicale de grande diffusion », qui valorise la consommation médicale au nom de la valeur supérieure que représente la médecine dans notre société. Dans le second cas, un grand nombre de romanciers considère la médecine comme agressive, le médecin comme une personne dont on doit se méfier et la médicalisation comme limitative des libertés sociales et individuelles par sa conception normative de la santé. De même, la littérature médicale grand public, à partir des années 1970, commence à critiquer le conservatisme et la suprématie de la pensée médicale.

III.3.3.2 L'idéologie de prévention

Par ailleurs, la médicalisation de la vie est principalement liée à l'idéologie de prévention. Il s'agit de la promesse d'une santé possible, véhiculée par le milieu médical lui-même, à condition de suivre les recommandations hygiénistes et de modifier son comportement. Cette croyance est renforcée par le progrès médical des dernières années et s'étend à l'ensemble du champ social et psychologique, en réponse à la peur des individus de la mort, du handicap et de la souffrance. Mais l'idéologie de

prévention augmente le recours aux soins et fait paradoxalement apparaître des pathologies qui seraient restées muettes le cas échéant ou de l'ordre des désagréments quotidiens et qui, par leur diagnostic, prennent une légitimation médicale et sociale et viennent alourdir les chiffres de la morbidité. De plus, cette idéologie tend à rendre responsable l'individu de sa pathologie en favorisant les facteurs individuels, tout en basant sa légitimité sur des données collectives épidémiologiques.

Mais comme l'explique F. Laplantine, la pensée et la pratique médicale sont encore basées sur la spécificité étiologique véhiculée par l'enseignement hospitalo-universitaire et la recherche médicale, autrement dit, sur l'idée d'un agent pathogène extérieur au malade, d'une causalité externe dans la maladie, reléguant les symptômes exprimés par ce dernier au second plan lorsqu'ils n'entrent pas dans les grilles diagnostiques. Ainsi, la pensée et la pratique médicales de nos jours s'appuient toujours sur les modèles exogène et ontologique de la maladie. De plus, la pensée médicale actuelle favorise plus encore une pratique médicale et technique « *spatialisante* », c'est-à-dire localisatrice du mal et garante de l'objectivité médicale, au détriment d'une pratique « *temporelle* » basée sur l'écoute, la compréhension et l'accompagnement.

A ce « *spécifisme étiologique* » répond un « *spécifisme thérapeutique* », dans lequel il convient de combattre frontalement la cause de la maladie par un agent thérapeutique antagoniste spécifique de l'agent causal. On retrouve ainsi, de façon dominante, les modèles allopathique et soustractif dans la thérapeutique actuelle qui répondent à une représentation maléfique de la maladie. Et cette « *obsession étiologique* » déborde même de nos jours l'aspect curatif pour envahir le domaine de la prévention.

III.3.4 La « pathologisation » grandissante

Elle découle de l'idéologie de prévention, qui comme nous l'avons vu plus haut, favorise le diagnostic de troubles qui auparavant étaient intériorisés et non considérés comme pathologiques.

C'est pourquoi on constate une hausse de la morbidité alors que la mortalité baisse, car les rapports des individus avec les notions de santé et de pathologique se sont modifiés sous l'effet de la médicalisation, entraînant la « *pathologisation* » de troubles mineurs voire enfouis.

La médecine contemporaine est une médecine exclusivement scientifique et biomédicale, imperméable aux critiques et aux changements, qui considère toujours le pathologique selon le modèle onto-exogène. Pourtant les médecins interrogés par F. Laplantine s'accordent sur le fait que les patients de nos jours présentent deux types de pathologie, l'un de nature ontologique, dans lequel il est possible d'isoler une lésion précise et d'y répondre par un traitement spécifique, et l'autre de nature plus fonctionnelle, dans lequel la plainte est plus floue, l'étiologie plus imprécise, le traitement inefficace et qui déstabilise les médecins. En effet, ils considèrent que de nos jours, seulement 15 à 40% des patients rencontrés dans les cabinets médicaux présentent de « *vraies maladies* » telles qu'elles sont enseignées à l'université, la majorité des plaintes étant d'ordre fonctionnel. Cette considération s'explique par le fait que l'étiologie lésionnelle rassure les médecins qui ont été formés à l'université selon le modèle onto-exogène, prédominant à la fois dans l'enseignement et dans le recrutement des malades hospitaliers. Or, il s'avère que ce type de malades ne constitue qu'une minorité de leurs consultations en médecine générale mais la pensée médicale actuelle repose encore sur le principe de causalité, même en matière de prévention.

C'est pourquoi la notion du modèle fonctionnel n'a pas encore sa place dans notre médecine. Les troubles fonctionnels ne correspondent pas aux grilles diagnostiques scientifiques et biologiques qui pourraient faire d'eux de véritables pathologies. Le discours médical distingue donc les « *vrais des faux malades* » et les « *vraies des fausses pathologies* », ce d'autant qu'il se base toujours sur ce qui est quantifiable, constituant ainsi « *la preuve par la mesure* ». Ce fonctionnement se retrouve à la fois dans l'épidémiologie mais aussi dans la pratique médicale qui privilégie le diagnostic instrumental au détriment de l'écoute du malade. Les médecins adoptent alors trois attitudes possibles. Il y a ceux qui ne considèrent que le biologique, l'organique comme pathologiques et qui

mobilisent ainsi l'ensemble du savoir hospitalo-universitaire qui leur a été enseigné. La seconde catégorie étend le champ de ses compétences à l'ensemble de l'individu aussi bien dans sa forme purement organique que psychologique ou sociale, constituant ainsi une « *désocialisation de la maladie et une médicalisation de la société* ». Enfin, il y a ceux qui, convaincus des failles du biomédical, se tournent vers les médecines dites « parallèles » et les sciences humaines, qu'ils considèrent comme plus proches de la définition de la santé énoncée par l'OMS, favorisant ainsi le psychologique, le relationnel et le social en prenant du recul par rapport à la médecine hospitalo-universitaire.

Ainsi, la médicalisation repose sur plusieurs raisons dont les principales sont l'accroissement du progrès économique et social permettant une vision de l'avenir à plus long terme, l'Etat-Providence permettant un meilleur accès aux soins, la modification de la perception de troubles jusque là occultés et maintenant considérés comme pathologiques entraînant une hausse du recours au système de soins, le progrès médical et l'idéologie de prévention et enfin la notion de santé comme « *valeur ultime* » et son utilisation symbolique et marchande dans la société.

Synthèse des entretiens

La partie qui suit procède à une synthèse des données issues des entretiens, réalisés auprès des trois auteurs, afin d'en dégager les points les plus importants pour cette étude et qui seront ensuite discutés.

I/ La double vocation, médecin et écrivain

Pour ce qui est de l'écriture, nos trois auteurs ne considèrent pas cela comme une vocation mais comme une passion ou une inclination. Tous trois ont commencé à écrire très jeunes, bien avant de débuté leurs études de médecine avec le désir conscient ou inconscient de devenir écrivain. C. Lehmann ne pensait pas devenir écrivain, mais la vision du monde à travers le prisme de la médecine lui a permis de nourrir son écriture et de publier son premier livre après son installation en médecine générale. L. Périno avait de nombreux manuscrits en attente mais s'est fait publier avec le *Bobologue*, parallèlement à son activité médicale. Quant à M. Winckler, il a eu des textes publiés dès son adolescence. Après leur première publication, ils ont poursuivi leur activité d'écrivain.

II/ La part de la médecine et de l'écriture dans leur vie

C. Lehmann ne peut répondre à cette question car, pour lui, elles sont toutes deux présentes et prennent alternativement une place prépondérante. Pour L. Périno, l'écriture a pris le dessus depuis quelques années même s'il considère la médecine comme sa seconde identité.

M. Winckler, quant à lui, n'exerce plus la médecine, il étudie et enseigne l'éthique du soin et continue parallèlement à écrire. Mais pour lui, médecine et écriture forme un tout indissociable.

III/ L'expérience professionnelle comme sujet d'écriture

C. Lehmann est avant tout un romancier de fiction, mais en 2002, conscient des risques encourus par le système de santé en France face aux mesures politiques mises en place, il a écrit *Patients, si vous saviez...*, afin d'essayer d'avertir les gens. Il voulait décrire le quotidien d'un médecin généraliste et réfléchir à ses relations avec le pouvoir, l'argent et l'industrie pharmaceutique. L. Périno a de nombreux manuscrits qui ne traitent pas de la médecine en attente mais il reconnaît avoir publié en premier le *Bobologue* car le milieu médical est un sujet vendeur. Ensuite, il a poursuivi cette voie parce que cela lui plaisait et que la médecine est le domaine où l'on voit le mieux l'humanité. C'est après qu'il a changé de sujet avec un livre sur Darwin. M. Winckler, quant à lui, a souhaité décrire son expérience professionnelle au travers du roman car il estime qu'il est la forme littéraire la plus adaptée pour parler de la relation médecin-patient. Le roman permet « *d'équilibrer tous les éléments de la relation de soin, en assumant leur interprétation tout en laissant le lecteur libre d'accepter, de réfuter, d'interpréter ou de réinventer le texte sans pour autant lui imposer une théorisation* ». Ainsi, il considère que le roman, la fiction, mettent le lecteur et le médecin-écrivain sur un pied d'égalité, tout en leur laissant à chacun plus de liberté.

IV/ La relation médecin-patient

Pour C. Lehmann, il s'agit d'une relation de confiance et de respect mutuels, qui s'instaure sur le long terme, par le biais du dialogue et d'un processus de maturation. Elle permet alors au patient de déléguer une partie de la gestion de sa santé au médecin et de prendre des décisions conjointement avec lui. Il précise que la relation médecin-patient est, selon lui, ce qui est « *inaccessible et incompréhensible pour les politiques* » en matière de santé. L. Périno, qui n'aime pas le terme « relation médecin-patient », préfère distinguer trois aspects qui lient le patient et le médecin. Il y a

d'abord la relation inter-individuelle, qui est la relation humaine entre le médecin et son patient, basée sur le savoir-vivre et constitutive ou non de chaque individu. Vient ensuite la relation commerçant-client, qui est « *la relation de celui qui a la connaissance à celui qui la demande* », le médecin ne devant pas abuser de la crédulité de son « *client* ». Enfin, il y a la relation d'expert à patient, dans laquelle le médecin utilise et applique son savoir pour répondre au problème de son patient, et dont les missions les plus importantes sont l'explication et la vulgarisation. M. Winckler, quant à lui, considère la relation médecin-patient comme « *une relation d'entraide et de partage, d'accompagnement et d'échange de savoir, le contraire d'une relation de pouvoir* », qui doit être « *horizontale, participative et non fondée sur les rapports de force* »

V/ Influence de la médicalisation sur la relation médecin-patient

C. Lehmann considère « *qu'il y a des médecins partout et de la santé nulle part* », notamment en raison de la médicalisation instaurée par les pouvoirs publics ou les médias, qui ne constitue qu'une « *pseudo* » prise en charge de la souffrance de la population, qu'elle soit médicale, sociale, psychologique ou préventive, puisqu'elle ne s'adresse pas aux personnes dans leur individualité et que cela a un coût et favorise la surconsommation.

De plus, selon lui, la médicalisation est aussi « *la nécessité pour certains lobbys de mettre en place et d'attiser des peurs* » dans un but commercial et afin de faire rentrer la population dans le système médical. C. Lehmann nous dit ainsi que « *le pouvoir que donne le fait d'être médecin entraîne le devoir de maîtriser ce qu'il dit et ce qu'il sait* ». Malheureusement, beaucoup de médecins abandonnent face au poids du système en place.

L. Périno exprime la même idée et explique que dans ce contexte, le médecin généraliste perd en expertise. Selon lui, « *le médecin qui veut informer ses patients perd en force de conviction car ceux*

qui font pression sur les patients pour faire ressortir leur expertise ou ce qu'ils croient être leur expertise, comme les politiques, les universitaires ou les médias, ont un pouvoir de conviction supérieur au sien, ce d'autant que dans ce contexte, le patient place le médecin généraliste au bas de l'échelle du savoir ».

Tous deux sont d'accord pour dire que la relation médecin-patient souffre de cet état de fait car le médecin est seul et ne peut plus faire entendre ses convictions face au poids de l'opinion majoritaire véhiculée par les médias. Pour M. Winckler, la médicalisation en ce qu'elle a de « *technologisation* » a renforcé la relation de pouvoir des médecins sur les patients et s'est éloignée de « *l'enseignement essentiel qui est de soigner l'autre* ». Face à cette situation, nos trois médecins s'accordent sur le fait qu'il s'agit de courage personnel de la part du médecin de continuer à s'élever contre ce qu'il pense être délétère pour son patient et de diffuser les messages dont il est convaincu et qu'il croit justes en son âme et conscience.

Par contre, tous les trois expriment le fait que la relation humaine qui constitue la relation de soin ne s'est pas détériorée. Les patients accordent toujours leur confiance au médecin et même s'ils sont plus informés, ils continuent de partager ces informations avec lui dans une relation inter-individuelle identique.

VI/ L'influence de la société sur la relation médecin-patient

Pour C. Lehmann, le cabinet médical est « *l'un des rares endroits où pouvait encore exister, pour certains patients, une relation d'aide à autrui qui serait quasiment désintéressée* ». Du fait du recul de la religion, les patients se tournent vers le médecin pour parler de leurs problèmes. Ainsi pour lui, l'acte médical est un acte qui s'inscrit dans la société et auquel tout le monde doit s'intéresser. Le problème, c'est que ceux qui sont à la tête des principaux organismes de protection sociale, sont

formés dans une logique financière et non humaine de la santé, dans le but, nous dit-il, de détruire progressivement le système de protection sociale français, sous prétexte qu'il serait trop cher. Ainsi selon lui, ils sont « *dirigés par des financiers, des énarques, des anciens d'HEC, qui sont là pour traquer les coûts et n'ont absolument aucune idée de ce qu'est la dimension humaine de la médecine, autrement dit, la prise en compte de la rencontre de deux individus autour d'un diagnostic, d'une stratégie, d'une prise de décision et d'une gestion de la santé sur le long terme* ».

L. Périno, quant à lui, estime que la société a un impact direct sur la relation d'expertise qui unit le médecin à son patient, car le temps de parole du médecin dans son cabinet est bien inférieur au temps de parole des médias, et il n'arrive plus à faire passer ses messages. Par contre, tout comme M. Winckler, il considère que la société n'a aucun impact sur la relation inter-individuelle, car elle est dépendante d'individus et les patients accordent toujours leur confiance à leur médecin généraliste.

VII/ Les attentes du médecin et du patient

Pour ce qui est des patients, C. Lehmann pense qu'ils attendent avant tout d'être pris en considération et aidés en tant qu'individu, avec leurs faiblesses mais « *dont l'existence est irremplaçable* ». L. Périno considère que les patients veulent avant tout « *comprendre* ». Même s'ils souhaitent être écoutés, ils attendent du médecin une explication sur ce qu'ils ont et sur la marche à suivre. Ils ne souhaitent pas forcément un traitement ou des investigations mais savoir et être rassurés. Par ailleurs, ils attendent, selon lui, d'être touchés, même de façon symbolique, car le médecin est le seul dans la société à qui l'on accorde ce droit. D'après M. Winckler, les patients attendent d'être écoutés, informés, soulagés et respectés. Quant aux médecins, il pense « *qu'il y a autant d'attentes que d'individus* » mais que leur désir d'être médecin renvoie probablement à certains motifs récurrents qui sont : « *l'altruisme, la peur de la mort et le fantasme de la dominer, le désir de réparation, la soif de pouvoir, la quête d'un statut social, le sadisme, la curiosité,...* ». De ce fait, la relation médecin- patient est dépendante de « *l'individu médecin, (et de sa personnalité qui*

est susceptible de changer avec le temps au contact des patients), de la manière dont on l'a formé (ou non) à la relation de soin, de ses valeurs et de la conscience qu'il a (ou non) de son rôle ».

VIII/ Les limites de la relation médecin-patient

La pénurie de médecins généralistes et le fait qu'il n'y en aura bientôt plus, est le facteur limitant de cette relation d'après C. Lehmann, ce pourquoi les patients « s'accrochent » à leur médecin. Il cite les cas de nombreux confrères qui hésitent à prendre leur retraite parce qu'ils n'ont aucun successeur. Dans ce contexte, il considère que pendant un certain temps, elle va être renforcée car plus rare, de même que le pouvoir et la parole des médecins généralistes. Mais à long terme, « *c'est le tissu tout entier qui va être mis à mal* » et les patients vont se retrouver seuls dans un système médical dont on aura détruit la médecine générale, au profit de la privatisation du soin. Pour M. Winckler, la relation de soin est compromise par de nombreux facteurs tels que l'influence du marketing et la désinformation des patients ainsi que leurs difficultés d'accès aux soins, les mauvaises conditions de formation et d'exercice des médecins, leur manque de temps et leur absence de remise en questions, la cacophonie des discours médicaux, l'obscurantisme, etc...

M. Winckler et C. Lehmann s'accordent à dire que les médecins généralistes, qui devraient être les « pivots du système de soins », sont dévalorisés, maltraités (réquisitions, gardes, limitation de la liberté d'installation, ...), sous payés et méprisés par les pouvoirs administratifs et politiques.

IX/ La formation des étudiants en médecine générale

Nos trois auteurs sont d'accord sur le fait que la formation des futurs généralistes est totalement inadaptée. C. Lehmann explique qu'elle apprend aux futurs étudiants à fournir un maximum de travail en un temps limité et ce, par le biais de l'apprentissage par cœur de ce qui leur est enseigné,

sans leur permettre de développer une quelconque analyse critique ou capacité de réflexion personnelle. De plus, il estime que la faculté pousse les étudiants à se défier, voire se détruire entre eux. Ainsi pour lui, il faudrait que les futurs médecins généralistes apprennent à réfléchir par eux-mêmes, à critiquer les modèles établis et à collaborer en abandonnant l'esprit de compétition. Dans le même ordre d'idée, L. Périno considère que les étudiants n'apprennent pas à être autonomes mais à garder un lien avec l'hôpital universitaire, afin d'alimenter sa patientèle. Ainsi pour lui, les professeurs ne forment pas les généralistes, notamment pour ce qu'il appelle la post clinique. Mais compte tenu du contexte médical actuel, il admet que le futur médecin généraliste ne peut plus se passer de la technologie diagnostique, perçue comme une preuve de la pathologie et comme un acte thérapeutique, puisque réalisée en vue de la guérison, ce d'autant que les étudiants attendent qu'on la leur enseigne. Donc, la modification des études médicales devrait comporter, selon lui, l'enseignement des sciences humaines et sociales, ou post clinique, en fin d'études, après l'enseignement de la clinique, afin de redonner leurs places au bon sens, à l'expertise et à l'autorité, nécessaires pour la critique de ce qui a été enseigné avant et pour convaincre les patients de l'inutilité de certains examens. Quant à M. Winckler, il estime qu'au même titre que les spécialistes, la médecine générale étant maintenant une spécialité, les futurs médecins généralistes devraient être formés par des généralistes, dans des « *lieux spécifiques de la médecine générale* » et non, dévalorisés par les professeurs de la faculté. Il trouve inacceptable et incohérent qu'ils soient « *sous éduqués* », avec un enseignement inadapté à leur future pratique et considérés comme des « *sous médecins, surexploités, maltraités, mis en difficultés financières et sous payés* » alors qu'ils sont présentés comme « *les chevilles ouvrières du système de santé* ».

X/ La formation médicale continue

Elle est indispensable, à condition avant tout, qu'elle soit indépendante de l'industrie pharmaceutique, nous disent nos trois auteurs. Cela dépend donc de l'indépendance des médecins eux-mêmes car il est souvent plus facile pour eux d'écouter les laboratoires pharmaceutiques. Celle-ci sera d'autant plus facile qu'ils auront reçu un enseignement critique durant leur formation initiale. Ils doivent ainsi accepter, d'une part, de se remettre en question et de critiquer en permanence ce qu'ils ont appris, ce qui est parfois difficile ; et d'autre part, de financer leur formation médicale continue et la presse médicale afin de les dégager de l'emprise financière des industriels. De plus, L. Périno considère, qu'à l'instar de ce qu'on souhaite pour les étudiants, les enseignements de la formation médicale continue devraient être réalisés par des médecins généralistes ayant un niveau de compétence dans le domaine traité et non par des spécialistes, qui ne voient pas les pathologies sous le même angle que le médecin généraliste.

XI/ La remise en question des médecins généralistes

Le problème des médecins généralistes, selon C. Lehmann et L. Périno, c'est qu'ils manquent de temps et de conditions d'exercice adaptées, pour pouvoir constamment se remettre en question. Pour C. Lehmann, il s'agit de « *savoir critiquer ce qui est dit, ce qui a été appris, savoir mettre en doute ce qu'on croit si les faits ne donnent pas raison et se replonger dans les nouvelles données de la science* ». De façon générale, il trouve que les médecins généralistes le font si on le leur permet, tout comme L. Périno, qui considère qu'un « *médecin généraliste est constamment dans l'interrogation car il est en première ligne, donc toujours en porte-à-faux avec le patient et la science* ». Mais avant tout pour lui, la médecine générale est une profession en souffrance en raison de ses conditions d'exercice et il est parfois difficile pour les médecins de se tenir informés dans ce contexte. Quant à M. Winckler, il estime que tous les médecins doivent se remettre en question sur leur pratique et

s'interroger sur leur fonction de soignant, la nature de la relation qu'ils instaurent avec le patient, leur intérêt pour le soin, leur désir de partager leur savoir avec le patient, leur dépendance vis-à-vis des industriels et de leurs confrères,... Aucun médecin, selon lui, ne devrait « *échapper à ce questionnement* ».

XII/ La responsabilisation des patients

Nos trois auteurs partagent l'idée qu'une meilleure gestion du système de soins doit passer par une responsabilisation des patients en matière de santé. Néanmoins, ils sont partagés quant à sa faisabilité. C. Lehmann pense que, malheureusement, il est trop tard, que la population a eu une chance de pouvoir se mobiliser pour lutter contre la destruction du système de santé solidaire et de modifier le cours des choses, mais qu'elle n'a pas su la saisir. La population était sans doute d'accord sur bien des principes concernant le système de santé mais n'a jamais pris la peine de se mobiliser réellement.

L. Périno, au contraire, considère que les patients sont relativement bons dans le domaine de la prise de conscience, même s'il distingue deux types de populations de patients : ceux qui ont accepté de devenir des « objets médicaux », qu'il s'agisse de pathologies graves ou bénignes, de rentrer dans la sphère de la médecine et de s'en remettre totalement aux médecins ; et ceux, un pourcentage non négligeable, qui ont décidé de garder leur libre arbitre, leur autonomie, de s'interroger en matière de santé et de faire leurs propres choix, même s'ils vont à l'encontre des consensus. Ainsi, l'écart se creuse entre « *l'objet médical total* » pour lequel on ne peut rien faire car il a perdu « *la clé de son corps* » et le libre arbitre médical de ceux qui s'interrogent et se posent les bonnes questions.

M. Winckler, quant à lui, pense que la population peut se responsabiliser car il a pu constater parmi ses patients des changements dans leur façon de penser, qui est plus exigeante, plus critique, plus autonome. Pour cela, selon lui, il est « *nécessaire de la faire mûrir intellectuellement et affectivement* », pour qu'elle prenne de la distance par rapport « *aux fantasmes de philanthropie*

qu'elle projette sur l'industrie pharmaceutique et de compétence qu'elle projette sur les médecins », afin de ne plus subir les « manipulations » de l'une et les « maltraitances » des autres. Elle doit s'interroger sur ce qu'elle attend réellement du médecin en particulier et de la médecine en générale. Par ailleurs, il attend également des patients qu'ils se donnent un droit de regard sur l'ensemble du domaine de la santé, en se regroupant en associations de patients ou de consommateurs, décidés à faire entendre leurs voix. Tout comme L. Périno, il pense que tous les patients ne pourront pas le faire mais que beaucoup en sont capables.

XIII/ L'éducation sanitaire des patients

Selon nos trois auteurs, il n'y a en France, aucune politique d'éducation sanitaire indépendante de la population car l'information médicale lui est délivrée par l'industrie pharmaceutique, qui influence également les pouvoirs publics. Cette dernière n'a donc aucun intérêt à ce que la population soit correctement éduquée et critique en matière de santé, car des patients ignorants sont des consommateurs en puissance. Ainsi, C. Lehmann nous donne l'exemple du système de santé anglais où le National Health Service met en ligne, sur internet, des informations médicales de haute qualité, que les patients peuvent consulter s'ils pensent avoir un problème. De même, les magazines britanniques grand public prennent le parti de véhiculer des articles de qualité en matière de santé contrairement à la France. Mais selon lui, comme pour M. Winckler et L. Périno, l'absence d'éducation sanitaire en France permet un peuple, auquel les firmes et les lobbys pharmaceutiques peuvent vendre « *des vessies pour des lanternes* ».

Pour L. Périno, l'éducation sanitaire de la population est un point majeur mais reste encore tabou et difficilement réalisable. Selon lui, seule l'écriture peut avoir une influence mais elle est détrônée par la radio et la télévision. L'éducation sanitaire devrait donc débiter très tôt, à l'école, au même titre que l'enseignement des autres matières scientifiques ou même de l'éducation civique, et être

enseignée par des acteurs de terrain, voire des médecins généralistes. Cela permettrait à la population d'apprendre, très jeune, à « *analyser ses symptômes, connaître son corps et les maladies essentielles et ne pas se précipiter chez le médecin, celui-ci devant être le recours ultime* » Et selon M. Winckler, les pouvoirs publics, s'ils étaient dégagés des conflits d'intérêts qui les lient aux industriels, ont tous les instruments médiatiques nécessaires pour réaliser une éducation sanitaire de la population, qui serait guidée par des principes simples : « *informer en donnant des éléments à la fois scientifiquement solides et tout à fait intelligibles, fonder les choix éducatifs sur les besoins de la population (et non ceux des pouvoirs publics ou des industriels), aller partout et toucher tout le monde en utilisant la télévision, la radio, la presse locale et régionale et faire passer des messages immédiatement utilisables par la population* ». De même, il explique que les médecins ne participent pas à l'éducation sanitaire des patients alors qu'ils détiennent les informations médicales nécessaires et sont ainsi un obstacle aux politiques de santé en France, du fait « *d'un corps médical divisé, mal formé et replié sur lui-même* ».

XIV/ La cohabitation avec l'industrie pharmaceutique

L'industrie pharmaceutique a infiltré tous les domaines du système de santé. Comme nous l'avons vu, elle n'a donc aucun intérêt à ce que les médecins aussi bien que les patients, soient éduqués et critiques sur le médicament. Et même s'ils sont conscients des manipulations dont ils font l'objet, l'influence des industriels est telle qu'ils doivent apprendre cohabiter. C. Lehmann considère que cela est possible à condition que « *ceux qui parlent d'un médicament, médecins ou médias, annoncent clairement leurs conflits d'intérêts comme cela est obligatoire légalement, et que ceux qui le prescrivent soient indépendants des firmes pharmaceutiques* ». De plus, il estime que les industriels devraient investir dans la recherche et non en marketing. De son côté, L. Périno est plus pessimiste puisqu'il estime que le système en place est verrouillé car beaucoup de médecins

abandonnent leur sens clinique, n'ayant plus la force de lutter, et qu'il ne pourrait changer que grâce à la population. L'industrie a compris que plus un acte est prescripteur, plus il est court et rentable pour le médecin, qui se dispense d'explication et d'éducation. Ainsi selon lui, « *la machine est en marche : consultation, examen complémentaire, médicament et suivi régulier ; et le patient à l'impression qu'on s'occupe bien de lui* ». Néanmoins, il souligne également le fait que les médecins ont largement contribué à passer le pouvoir à l'industrie pharmaceutique depuis le XIXe siècle mais qu'ils n'avaient pas compté avec la puissance du marché actuel.

Pour M. Winckler, les règles doivent être clairement définies et « *les infractions punies sévèrement* » pour qu'une cohabitation soit possible. Dans ce sens, l'industrie ne doit pas prendre les patients pour des « *cobayes* » ou des « *vaches à lait* » et ne doit pas manipuler l'opinion publique en vue de l'utilisation d'une méthode thérapeutique non éprouvée. Les médecins doivent garder à l'esprit qu'ils sont « *au service des patients et pas des industriels* » et donc « *toujours prendre leur parti et les protéger de l'industrie* ». Enfin, concernant les pouvoirs publics, « *la décision de commercialiser un médicament doit reposer sur un examen scientifique soigneux et faire l'objet d'un consensus de la part des scientifiques, des élus et des associations de patients et de citoyens* ».

Parallèlement, les médicaments au service médical rendu inutile et coûteux ne devraient pas être pris en charge par la collectivité.

XV/ L'avenir de la médecine générale et de la relation de soin

Sur ce point, nos trois auteurs présentent des opinions divergentes. C. Lehmann est extrêmement pessimiste, considérant que les politiques gouvernementales menées actuellement, sont en train de détruire la protection sociale française, au profit d'une privatisation et d'une marchandisation du

soin, la santé devenant alors un marché comme un autre mais dont le budget est considérable. La relation de soin va donc être mise à mal, les patients se retrouvant seuls dans un système médical dont on aura détruit la médecine générale et les médecins généralistes. Et selon lui, la prise de conscience collective de cet état de fait ne progresse pas assez vite pour arrêter le système en marche.

L. Périno, quant à lui, est très optimiste, estimant que face une technologie médicale croissante, le médecin généraliste clinicien va devenir indispensable et va retrouver son expertise de dernier recours, à condition que l'on revalorise la médecine générale en tant que spécialité et l'acte du spécialiste de médecine générale, tant médiatiquement que financièrement. Le médecin généraliste doit retrouver son « *expertise post clinique* », c'est-à-dire son rôle de pivot ou de chef d'orchestre dans un système de soins de plus en plus technique, ce d'autant qu'il a déjà la confiance de ses patients. Ceci suppose qu'on replace le médecin généraliste au centre de la relation de soin, en tant que seul gestionnaire de la santé de son patient, responsable du parcours de soins, les spécialistes et les techniciens n'intervenant qu'en tant qu'assistants-experts, tandis que la décision finale revient au médecin et à son patient, dans le cadre de leur relation. Enfin, M. Winckler émet des doutes quant à une possibilité de changement à court terme, du fait du refus de beaucoup de débattre sur ce sujet, mais pense qu'à long terme cela sera possible, à condition d'un effort collectif. Il croit ainsi « *qu'un jour viendra où ceux qui voudront en découdre avec les discours totalisants seront suffisamment nombreux pour que le débat ne puisse plus être esquivé* ».

Discussion

I/ Intérêts et limites de cette étude

Le choix des ouvrages des médecins-écrivains analysés dans cette étude est un parti pris. Il est bien évident qu'il existe un grand nombre d'ouvrages théoriques traitant de la relation médecin-patient et de la situation de la médecine générale en France, mais étant futur médecin généraliste en cours de thèse, il m'a paru plus intéressant de mettre en avant le point de vue éclairé de futurs confrères, acteurs de terrain et engagés, dans ce domaine. Il s'agit donc d'une vision limitée car subjective, mais par conséquent plus humaine, ces derniers exprimant leurs sentiments personnels et leurs représentations au travers de leur propre échelle de valeurs. Ceci permet de réduire la distance induite par une éventuelle théorie pour nous projeter au cœur de la relation de soin telle que la vivent et la ressentent, sur le terrain, au quotidien, les trois auteurs. Leurs témoignages écrits nous rendent à notre tour témoins de leur vécu. C'est pourquoi les résultats de cette étude ont été illustrés par des extraits littéraires nous replongeant dans la réalité de la consultation. Bien entendu, en tant qu'écrivains engagés, ces trois médecins nous donnent à voir la singularité de trois personnalités dont les valeurs ne peuvent être partagées par tous. De plus, le choix d'ouvrages littéraires représente un autre écueil à cette analyse, puisqu'ils mobilisent également la subjectivité du lecteur, qui les interprète à son tour selon son propre système de valeurs.

Aussi, afin de revenir à une certaine objectivité, les principaux enseignements issus de l'analyse des ouvrages des trois auteurs étudiés ainsi que des entretiens auxquels ils ont participé ont été confrontés aux travaux théoriques de M. Balint et de R.N. Braun, parus respectivement en 1966 et 1979. Ces deux auteurs ont été choisis parce qu'ils traitaient des constatations faites aujourd'hui par

nos trois auteurs. Néanmoins, il existe une limite à cette confrontation qui est, d'un côté, que M. Balint développe surtout la composante psychothérapeutique de la relation médecin-patient et d'un autre côté, que R. N. Braun prend en considération différents systèmes de protection sociale européens, donc plus ou moins éloignés du fonctionnement du système français. C'est pourquoi nous étayons également cette discussion avec des textes législatifs et des rapports ministériels d'actualité. Par ailleurs, il faut également préciser que les ouvrages théoriques utilisés dans la seconde partie de cette étude ne sont pas des ouvrages récents mais constituent néanmoins des travaux de référence.

II/ Constat des auteurs

II.1 La relation médecin-patient

L'étude des différents ouvrages met en évidence que la relation médecin-patient est un colloque singulier entre un médecin détenteur d'un savoir et un patient détenteur d'un problème, qui vont collaborer dans le cadre d'une relation d'expert, pour la résolution commune de ce problème. Ceci s'effectue dans un respect et une confiance mutuels, développés au cours du temps de façon égalitaire et aboutit à une négociation et à un compromis diagnostique et thérapeutique. Ce point de vue est conforté par M. Balint qui avait développé dans ce sens le concept de « *Société à investissement mutuel* », dans l'idée que la relation de soin, dans la pratique générale, est conditionnée par des liens souvent anciens et intimes qui se créent entre les partenaires. Ainsi, selon lui, « *l'éducation n'est pas unilatérale et patient et médecin évoluent tous deux vers une connaissance mutuelle meilleure, en apprenant, chacun, à supporter une certaine dose de frustration. C'est sur cette base qu'une relation unique s'établit entre l'omnipraticien et son patient. L'omnipraticien acquiert alors un précieux capital investi dans son patient et réciproquement, le patient acquiert un précieux capital qu'il dépose chez son médecin* ». Cette relation unique est « *le*

résultat d'un compromis entre les offres et exigences du patient, et les réponses que leur apporte le médecin, ce dernier amenant le patient à coopérer ».

II.2 La médicalisation

Si on se replace dans le contexte de médicalisation telle qu'elle a été définie dans cette étude, on constate qu'elle a modifié la relation de soin.

Ainsi, d'un point de vue démographique, la relation de soin va souffrir d'une chute de la densité médicale dans les années à venir, alors que la demande de soins, elle, ne cesse de s'accroître. Bientôt, il risque donc d'y avoir une inégalité entre la demande et l'offre médicale. Si les avancées technologiques et médicales ne semblent pas compromettre une relation de qualité, la spécialisation et même l'hyperspécialisation de la médecine ont, par contre, un impact sur la relation de soin, favorisant le nomadisme médical, la « *collusion de l'anonymat* » et la « *dilution des responsabilités* » ainsi que la dévalorisation de la médecine générale. Cette dernière est entretenue par les pouvoirs publics, le milieu médical lui-même notamment auprès des étudiants, les patients qui placent souvent le médecin généraliste au niveau inférieur de l'échelle du savoir médical et les médecins eux-mêmes avec la « *survivance de la relation maître-élève* ».

Les avancées thérapeutiques, par le biais de l'industrie pharmaceutique, ont quant à elles, une influence énorme et souvent néfaste sur la relation de soin. Les patients sont toujours plus demandeurs et consommateurs et les médecins toujours plus prescripteurs, sclérosant leur relation dans la chronicité du trio « médecin-patient-médicament » au détriment de l'écoute, des explications, de la réassurance et de l'information, autrement dit, ce qui devrait tisser cette relation.

C'est comme cela que d'après la DRESS, la France, en 2008, reste le premier consommateur de médicaments en Europe, avec un volume par habitant nettement supérieur à la moyenne, de même que le coût moyen qui s'élève à cinq cent quarante-quatre euros par an et par personne. Elle est également le quatrième pays le plus consommateur de médicaments sur le plan mondial. En termes de volume, c'est la consommation de médicaments qui contribue le plus à l'augmentation de la

Consommation en Soins et Biens Médicaux (CSBM) en France (34,9 milliards d'euros sur 170,5 milliards d'euros). L'importance de cette consommation par tête proviendrait de la structure de consommation pharmaceutique française, caractérisée à la fois par un poids élevé de produits plus récents et plus coûteux et par un développement du marché des génériques plus limité. Ainsi, la croissance de la consommation de médicaments en France ne cesse d'augmenter avec une hausse du volume de 5,4 pour cent en 2008. Et les pouvoirs publics favorisent l'expansion de l'industrie pharmaceutique en déplaçant les remboursements sur des médicaments coûteux.

Concernant l'extension du champ de compétences des médecins, elle ne semble pas modifier la relation médecin-patient, si ce n'est par le manque de temps et de formation humaine des médecins. Par contre, la médicalisation de la vie et la « pathologisation » grandissante influent directement sur la relation médecin-patient. L'idéologie de prévention et de santé comme valeur ultime ont permis aux pouvoirs publics, aux médias et à l'industrie pharmaceutique de pénétrer dans tous les domaines de la vie de la population et d'engendrer cette « pathologisation » grandissante, en mettant en place et en attisant la peur des individus pour leur santé. Ces derniers réagissent alors selon le principe « mieux vaut prévenir que guérir ». La relation médecin-patient se retrouve alors mise à mal car le médecin n'arrive plus à faire passer ses messages à un patient écrasé par l'opinion majoritaire, qui l'effraie toujours plus sur sa santé.

Dans ce contexte, les pouvoirs publics voient croître les dépenses de santé qui atteignent 215 milliards d'euros en 2008, dont quatre-vingts pour cent de CSBM, représentant onze pour cent du PIB selon la DRESS, et ils n'ont plus les moyens de financer, suite à leur gestion antérieure, la solidarité sanitaire dans un contexte de surconsommation médicale.

Mais ces derniers sont liés à l'industrie pharmaceutique. Elle finance la recherche médicale, à hauteur de près de soixante pour cent en 2008 selon la DRESS, qui n'est donc plus indépendante, tout comme les commissions ministérielles et les experts qui étudient les conditions de mise sur le marché des médicaments et qui ont souvent des conflits d'intérêts, qu'ils n'annoncent pas malgré

leur obligation de le faire. De fait, les pouvoirs publics vont dans le sens de la croissance du marché médical qui participe à l'essor économique d'une société de profit et de rentabilité. Il en va de même pour la plupart des médias qui ne sont pas indépendants et qui n'ont donc aucune autonomie rédactionnelle. Pour ce qui est de la presse médicale à destination des médecins, nous l'avons vu, ces derniers ne se donnent pas les moyens d'une presse indépendante. Quant à la presse grand public, elle manque aussi de financements. Les industriels peuvent de ce fait véhiculer leurs idées et faire croire la population au « tout maladie » et par conséquent au « tout médicament », par le biais d'une médecine toute puissante, avec l'idée qu'à tout symptôme correspond un médicament efficace. Il faudrait donc que les médecins et les patients se donnent les moyens d'une presse plus indépendante. Ceci peut être possible pour la presse à destination des médecins mais semble plus difficile en ce qui concerne la presse grand public, dans laquelle l'industrie pharmaceutique s'est fortement immiscée, des journaux gratuits à la presse féminine en passant par celle pour adolescents, etc.

Ainsi, l'industrie pharmaceutique, indépendamment de l'influence directe qu'elle exerce sur les médecins et les patients, agit à un niveau bien supérieur, rendant caduque toute possibilité de véritable politique de santé publique. Elle a infiltré les pouvoirs publics de sorte qu'ils sont pieds et poings liés avec elle et qu'ils ne favorisent pas une information indépendante des médecins et des patients, les uns restant de ce fait de gros prescripteurs et les autres, de gros consommateurs, au détriment de la relation de soin.

Mais beaucoup de médecins n'ont plus la force de lutter contre le système, les étudiants refusent la médecine générale et la population n'arrive pas encore à se mobiliser. Ainsi, tous les acteurs de la relation de soin démissionnent au risque de laisser la santé devenir un marché comme un autre.

Par contre, la relation humaine ou interindividuelle qui compose la relation médecin-patient n'a, quant à elle, pas souffert de la médicalisation. Le respect et la confiance des patients pour la gestion de leur santé, sont toujours les mêmes, peut-être même majorés, face à l'imbroglio du système de santé. Beaucoup de patients disent ne faire confiance qu'à leur médecin et c'est ce qui ressort du

rapport de l'ONDPS. Le fait que les patients s'informent, se documentent et s'interrogent plus ne modifie pas leur confiance en leur médecin, au contraire, ils viennent enrichir les échanges au sein de la relation de soin.

II.3 Le médecin

II.3.1 Un être humain

Il semble que ce qui définit une relation de qualité en médecine générale, est moins le savoir scientifique du médecin, que l'être humain qu'il est, avec sa personnalité et ses qualités humaines, mais aussi ses défauts et ses limites.

C'est ce que M. Balint appelle « *la fonction apostolique* » du médecin. Elle représente « *les expressions de la conduite personnelle du médecin avec ses patients, autrement dit les expressions de sa personnalité* » et signifie « *que chaque médecin a une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient lorsqu'il est malade et qu'il va répondre à sa demande à l'induisant à adopter son échelle de valeurs pour le convertir à croire en elle et à s'y adapter. Ainsi, tout se passe comme si le médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer et de supporter et, en outre, comme s'il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses patients* ».

De même, R.N. Braun nous indique que « *l'éthique de chaque médecin est déterminée par ses dispositions naturelles, son éducation, les modalités de son action et le lieu où elle s'exerce, les influences familiales et du milieu et bien d'autres facteurs dont les diverses administrations, ses confrères et ses sources de revenus* ».

Comme le disait M. Balint, « *chaque médecin crée une atmosphère unique par ses modes individuels de pratiquer la médecine et essaye ensuite de convertir ses patients à les accepter. Il doit*

donc prendre conscience de la contrainte qu'exerce sur lui sa fonction apostolique afin de ne pas la pratiquer automatiquement dans tous les cas ».

Mais la médecine étant enseignée comme une discipline scientifique et non humaine, beaucoup de médecins généralistes n'ont pas conscience du poids de cette « *fonction apostolique* » dans leur relation de soin avec leurs patients.

II.3.2 Une formation universitaire inadaptée

Nos trois médecins convergent vers l'idée que l'un des principaux obstacles à une relation de soin de qualité est la formation totalement inadaptée des futurs médecins généralistes, tant dans la forme que dans le fond.

Ainsi, d'un point de vue scientifique, les connaissances qu'acquiert le futur médecin généraliste ne sont pas adaptées à sa pratique future. Elles relèvent de la médecine spécialisée exercée à l'hôpital et n'indiquent en rien au futur médecin généraliste quelles seront les pathologies qu'il rencontrera en ambulatoire, ni la façon de les diagnostiquer ou de les traiter. Il arrivera ainsi praticien « sous éduqué » dans la pratique qui sera la sienne et qui devrait représenter le « pivot des soins ».

De plus, il existe un manque cruel de formation humaine et psychologique des médecins généralistes, alors que l'aspect le plus influent pour une relation de qualité dépend des qualités humaines du médecin et que plus d'un quart de leurs consultations traiteront de motifs psychologiques plus ou moins intenses. Et de façon générale, ils doivent savoir écouter et rassurer un patient, puisqu'il s'agit des bases de la première thérapeutique qu'ils ont à leur portée, à savoir « *le remède médecin* ». Mais ils n'ont aucune notion de psychologie ni de connaissance du psychisme humain et encore moins de la personne globale. Au contraire, on leur apprend à réprimer leurs sentiments. Le médecin doit réussir à se former lui-même, souvent en faisant appel à son bon sens. L'existence des groupes Balint est également là pour aider les médecins à comprendre la nature et les troubles des relations qu'ils entretiennent avec leurs patients, mais peu de médecins participent à ces groupes en France, alors

qu'ils sont obligatoires, par exemple, dans la formation des étudiants allemands. Les médecins généralistes doivent prendre conscience du rôle psychothérapeutique qui est le leur et modifier leur pratique en conséquence.

Enfin, le troisième point important est la carence de formation thérapeutique et pharmacologique ainsi qu'à la critique d'article, qui laissera le futur médecin généraliste à la merci de l'industrie pharmaceutique et l'un des plus gros prescripteurs de médicaments d'Europe et du monde.

II.3.3 Ambivalence du statut du médecin généraliste

Les médecins généralistes ont beaucoup de difficultés à prendre conscience de leur singularité, de leurs particularités propres au sein d'une discipline valable et indépendante et restent, même après leurs études, sous le joug de leurs professeurs universitaires et de leurs confrères spécialisés qu'ils considèrent comme supérieurs.

Ceci vient du fait que, dès le début de leurs études, on dévalorise la médecine générale en leur laissant entendre, dans le cadre d'un discours élitiste, que ne seront de bons médecins que ceux qui prépareront le concours de l'internat en vue d'une spécialité médicale ou chirurgicale, les médecins généralistes étant sélectionnés par l'échec.

Cette situation est favorisée par l'hyperspécialisation de la médecine. Elle permet un gain en précision technique mais constitue un recul de la prise en charge optimale de la personne globale, en destituant les médecins généralistes de cette fonction, menant les patients sur la voie du nomadisme médical.

De plus, les pouvoirs publics ne prennent pas la mesure de ce que constituent la médecine générale de premier recours et le rôle du médecin généraliste, aucune définition n'étant clairement appliquée, ni des conditions d'exercices défavorables à toute relation de soin de qualité.

Ainsi, dans le système actuel de formation et de hiérarchie médicale, pour abolir l'éparpillement du patient dans le système médical et la mise à mal de la relation médecin-patient, c'est au médecin

généraliste de se remettre en question. Il doit prendre pleinement conscience de son rôle, de ses capacités et du poids bien supérieur de la pratique de la médecine générale dans la prise en charge optimale du patient et dans l'établissement d'une relation de soin de qualité, même si cela représente, comme le précisait M. Balint, une tâche difficile.

II.3.4 Le manque d'indépendance

Les médecins ne sont pas toujours conscients de leur manque d'indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique, des médias et des pouvoirs publics. Au-delà de leur formation universitaire, ils continuent à se faire manipuler sans réagir, notamment car on ne leur a pas délivré une formation critique. Tout cela conduit à leur sous éducation et leur désinformation qui vont dans l'intérêt de l'industrie.

Cet état de fait est confirmé par les données statistiques de la DRESS qui montrent qu'en 2008, la France est le premier pays consommateur de médicaments en Europe. De plus, dans l'étude menée par l'Inspection Générale des affaires sociales, les médecins se considèrent, dans l'ensemble, plutôt bien informés sur les médicaments même s'ils estiment avoir des lacunes. Elle met néanmoins en évidence le poids de l'industrie pharmaceutique dans l'éducation thérapeutique des médecins généralistes et l'insuffisance et la mauvaise organisation des pouvoirs publics, par le biais de l'HAS, de l'AFSAPPS et de la CNAMTS, dans ce domaine.

Les médecins doivent donc prendre conscience de la manipulation dont ils font l'objet par l'industrie pharmaceutique et modifier leurs comportements.

N'oublions pas les articles 8, 13, 14, 39 et 40 du code de déontologie qui tous rappellent au médecin qu'il est libre de ses prescriptions dans la mesure où il garantit la sécurité de ses patients et ce, par des procédés éprouvés ou accompagnés des réserves qui s'imposent.

II.3.5 Les conditions d'exercice

Les conditions d'exercice et de rémunération des médecins généralistes sont également un frein à une bonne relation de soin et à leur remise en question. La médecine générale ne bénéficie pas de la reconnaissance qui devrait être la sienne. Non seulement elle est mal enseignée et dénigrée par les enseignants mais elle l'est également par les pouvoirs publics qui ne prennent pas la mesure de ce que constituent la médecine de premier recours, qui ne bénéficie d'ailleurs d'aucune définition claire, et le rôle du médecin généraliste dans le système de soins.

Ceci concourt à la désaffection de la médecine générale par les étudiants et pour ceux qui avaient tout de même choisi cette voie, à une désaffection de la médecine générale libérale de premier recours lors de leur entrée dans la vie professionnelle.

Ce constat est conforté par le rapport annuel de l'ONDPS 2006-2007, qui met en évidence le vieillissement de la population médicale, la diminution des effectifs à venir, le fait que près de quarante pour cent des médecins généralistes n'exercent pas la médecine générale libérale de premier recours et celui de la désaffection de médecine générale par les étudiants. De plus, il souligne le fait que les définitions institutionnelles et législatives de la médecine générale ne sont pas concordantes, de même que celle de la médecine de premier recours est très largement insuffisante. La médecine générale en tant que spécialité n'est pas reconnue.

L'ONDPS a également mené une enquête sur les désirs des futurs généralistes. Il apparaît qu'ils souhaitent avant tout pouvoir concilier une vie professionnelle avec une vie privée familiale et conjugale. La qualité de vie personnelle est aussi primordiale pour eux et ils souhaitent pouvoir maîtriser leurs horaires d'activité, avec l'abandon de l'idée d'une disponibilité permanente. Ils restent attachés à leur liberté d'installation mais ne souhaitent plus exercer de façon isolée. La priorité revient à l'exercice en groupe, que ce soit en cabinet de groupe ou en centres de santé pluridisciplinaires, qui leur permettrait une permanence et une diversité des soins tout en pouvant

gérer leur emploi du temps. Ils estiment les tâches administratives auxquelles est contraint le médecin généraliste beaucoup trop contraignantes. Enfin, le mode de rémunération leur semble aujourd'hui inadapté aux missions qui leurs sont confiées comme la prévention, l'éducation sanitaire ou la coordination des soins. De plus, le « tout » paiement à l'acte revêt pour eux un caractère anxiogène.

II.3.6 Le burn-out

L'ensemble des points cités auparavant est responsable d'un syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out chez un grand nombre de médecins. Encore ignoré il y a dix ans en France, des études menées depuis ont montré que ce syndrome, qui se caractérise par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation des patients et une baisse de l'estime du soignant pour son métier et pour lui-même, menace près de cinquante pour cent des médecins en exercice. De plus, des études montrent également que les médecins se suicident plus que la population générale (14% vs 6%). Ainsi, les médecins représentent une population en souffrance face à leurs conditions d'exercice et à la modification de leur relation avec le patient. Quelques mesures ont été prises pour tenter de repérer et d'aider ces médecins épuisés, avec notamment la mise en place en 2005 par l'AAPML (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux) d'un numéro d'appel anonyme et gratuit, leur permettant d'entrer en contact avec un psychologue spécialisé. Mais le véritable enjeu est de reconnaître ce syndrome d'épuisement professionnel comme une maladie professionnelle et surtout de modifier à grande échelle les conditions d'exercice de la médecine générale qui poussent les médecins à de telles extrémités.

II.4 Les patients

II.4.1 Responsabilisation

Il n'existe pas, actuellement, de politique d'éducation sanitaire en France. Or, quand il y a éducation, il y a responsabilisation mais ni l'éducation nationale, ni les médecins ne la pratiquent alors qu'ils sont les premiers fournisseurs d'informations aux médias. Les patients sont ainsi les proies des médias et de l'industrie pharmaceutique, ce dont ils n'arrivent pas encore à prendre conscience, et qui leur laissent croire à la toute puissance de la médecine, dans tous les domaines qui composent leur existence. Influencés, ils préfèrent la notion du traitement médicamenteux « *bien plus confortable* » au détriment des règles hygiéno-diététiques. Et encore aujourd'hui, beaucoup de patients s'orientent seuls dans le système médical et surconsomment ainsi « du médecin et de la médecine ». Ceci a un impact sur la relation médecin-patient puisque la confiance du patient n'est pas accordée à un seul médecin gestionnaire de son capital santé et beaucoup de données sont éparpillées dans la toile des médecins consultés.

Mais la mentalité des français changent lentement puisque si l'on s'appuie sur le Barème d'opinion des français sur la protection sociale, réalisé en 2008 par BVA, ils s'estiment majoritairement bien informés en matière de santé et sont sensibles à l'information véhiculée par les médias et les pouvoirs publics ; et seulement la moitié d'entre eux ne fait confiance qu'à son médecin généraliste pour obtenir des informations sur la santé.

De plus, concernant le système de santé lui-même, les français restent attachés à l'universalité du système de protection sociale et à son mode de financement mais deviennent plus réticent à l'idée d'une majoration des cotisations sociales. De plus, la majorité d'entre eux considèrent légitime d'augmenter les dépenses de santé, tout en entendant la possibilité de les réduire par une meilleure gestion du système, mais les mesures prises par le gouvernement sont mal accueillies par la population qui se dit en faveur d'une responsabilisation partagée des patients et des médecins. Or, la

balance penche plus en faveur de la responsabilisation du médecin quant à sa rémunération et ses prescriptions qu'en faveur de la responsabilisation du comportement des patients.

Les français semblent donc conscients des difficultés que rencontre le système de santé actuel mais ne paraissent pas encore prêts à modifier leurs comportements. Le problème, c'est qu'ils risquent de réagir trop tard pour pouvoir modifier le cours des choses.

Ainsi, l'éducation sanitaire de la population est indispensable mais le manque d'indépendance dans ce domaine rend cette mission impossible. Les médecins, également, devraient éduquer leurs patients et ce, dès leur formation car ce sont eux qui détiennent le savoir. Mais ils le font de façon très insuffisante. Ainsi, la perspective d'une véritable politique d'éducation sanitaire est encore lointaine et ce rôle revient au médecin généraliste.

II.4.2 Les attentes de la population

Le patient vient exposer ses problèmes au médecin et attend surtout de lui une écoute et des explications, si possible un soulagement et une réassurance, le tout dans le respect de sa personne, de son individualité et de sa dignité. C'est ce que M. Balint appelle le « *remède médecin* », autrement dit, que le médicament le plus utilisé par le médecin, c'est lui-même, et explique que « *malgré le manque presque tragique de connaissances des dynamismes et des conséquences possibles du « réconfort » et du « conseil », ce sont peut-être les deux formes de traitement les plus utilisées* ». Ceci nécessite donc de mettre à jour le problème véritable du patient grâce à l'écoute. Avec R.N. Braun, ils constatent également que quinze à trente pour cent des consultations d'un médecin généraliste sont d'ordre psychologique, qu'il s'agisse de simples angoisses jusqu'aux troubles psychosomatiques ou fonctionnels. En effet, selon M. Balint, « *certaines personnes qui ne peuvent affronter les problèmes de leur vie, s'en tirent en tombant malades. Elles offrent alors au médecin diverses maladies jusqu'à ce qu'un compromis s'effectue entre les deux parties en admettant comme justifiée l'une d'entre elles* ». Ainsi, « *le patient a eu un problème qu'il a essayé de résoudre avec*

une maladie lui permettant de se plaindre alors qu'il ne pouvait pas le faire pour le problème originel. C'est pourquoi il est rare qu'un patient vienne ouvertement avec un problème et la tâche du médecin consiste à découvrir ce problème originel dont le patient ne peut se plaindre et à la place duquel il a créé une maladie ». C'est dans ce cas qu'intervient le plus le « remède médecin » à condition qu'il soit correctement administré car « *la réponse du médecin aux offres du malade est un facteur d'une très grande importance dans l'évolution de la maladie* » et n'est pas dénuée d'effets secondaires.

Enfin, R.N. Braun, dans son livre, nous rappelle que la moitié des patients prennent la responsabilité d'attendre face à un trouble de santé et la décision de trouver leur médecin n'intervient que lorsque le trouble persiste ou lorsqu'ils souhaitent un conseil particulier, qu'ils ont des appréhensions particulières, pour des raisons professionnelles ou en cas d'urgence.

Ceci est confirmé par le rapport de l'ONDPS 2006-2007, dans lequel le point de vue de représentants de patients sur leurs attentes du médecin généraliste a été demandé. Il en ressort qu'ils attendent plutôt du médecin généraliste le rôle de médecin de famille, qui aurait une approche globale de la personne, un temps de consultation compatible avec l'écoute du patient et un rôle pédagogique, tant en terme d'explication que d'éducation thérapeutique. De même, ils souhaitent une meilleure orientation et coordination dans le parcours de soins.

Ils sont donc plus à la recherche des qualités humaines du médecin généraliste que de ses compétences scientifiques, attribuant ces dernières au médecin spécialiste.

III/ Une situation ancienne

Ce qui paraît surprenant, c'est que ce constat existe depuis au moins cinquante ans, mais qu'en 2008, on en soit encore à se poser les questions de la définition de la médecine générale de premier recours et de la formation et des conditions d'exercice des médecins généralistes. Pourquoi faut-il attendre un problème démographique majeur pour se poser la question du rôle du médecin généraliste, alors

qu'il est tant méprisé ? Pourquoi ne pas avoir pris en considération plus tôt les constatations et les récriminations faites dans ce domaine ?

Probablement, comme nous le dit C. Lehmann, parce que la médecine générale a été considérée comme une donnée existante et pérenne dont on n'avait pas à s'occuper, mais qu'aujourd'hui le médecin généraliste devient une espèce en voie de disparition et qu'à défaut de l'estimer, on réalise qu'il est indispensable au rouage du système de soins et ce, en première ligne.

Ainsi, M. Balint et R.N. Braun évoquaient déjà les constatations faites par les auteurs aujourd'hui et tentaient de proposer des perspectives de changement, toujours sans réponse de nos jours. Seul un point n'est jamais mentionné dans leurs ouvrages, celui du poids de l'industrie pharmaceutique dans la pratique du médecin généraliste. On peut donc en déduire que ce problème s'est surtout intensifié au cours des quarante dernières années, pour devenir prépondérant aujourd'hui.

III.1 La formation médicale

Concernant le contenu des enseignements, le problème a déjà été soulevé par R.N. Braun en 1979. Il écrivait : *« les étudiants apprennent à penser et à agir comme des cliniciens jusqu'au jour où on les déclare praticiens. Dès lors on attend d'eux qu'ils établissent le diagnostic exact des maladies somatiques ou psychiques de leurs patients ou qu'ils les adressent à des spécialistes. On ne peut travailler en médecine générale comme à l'hôpital. C'est cette divergence entre la démarche du généraliste et celle du spécialiste à l'égard de beaucoup de cas de maladie qui a, entre autre, contribué à faire baisser le crédit de la médecine générale, tant auprès des malades qu'auprès des médecins. Le public se presse chez le spécialiste et les futurs médecins tendent à se spécialiser ou se tournent vers d'autres secteurs médicaux qui leur évitent l'exercice d'une profession jugée de second plan. Le futur médecin apprend la pratique de la médecine sur des cas que plus tard il ne traitera pas mais adressera au domaine spécialisé. Il apprend ainsi ce qu'il ne fera pas. Par contre, il n'apprend rien de la manière de penser et d'agir qui devra être la sienne. On ne lui enseigne aucune*

dénomination valable pour les résultats de consultation en suspens ni l'irrémédiable risque de méconnaître des maladies. Ainsi, il accède à la vie professionnelle avec l'idée erronée qu'un examen suffisamment consciencieux peut déterminer tous les cas de consultation de façon quasi exacte. La réalité à laquelle il se trouve confronté l'oblige à trouver une démarche diagnostique lui procurant tout d'abord une routine des situations les plus fréquentes qui repose sur l'expérience acquise inconsciemment de la fréquence et du pronostic de tels cas. Et c'est en procédant intuitivement à une synthèse qu'il parviendra à l'appréciation de la situation. En réalité ce qui, dans la formation universitaire est essentiel pour le futur généraliste, c'est qu'il apprenne à bien connaître les maladies auxquelles il aura à faire. Il est à regretter que l'éducation médicale habituelle conduise dans une autre direction. Elle oblige le généraliste à agir pour ainsi dire en secret, incompris, avec mauvaise conscience, insatisfait, alors qu'il pourrait pratiquer (après une formation convenable) à un niveau élevé, en jouissant d'une satisfaction professionnelle et de la compréhension des autres groupes de médecins. »

De plus, M. Balint explique que le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même. Or, R. N. Braun et lui-même considèrent que les médecins généralistes ne savent pas diagnostiquer les problèmes de la personne globale et l'aspect psychique des maladies car ils sont formés dans des services spécialisés qui se préoccupent peu de la personnalité du patient dans sa totalité, voire même ne la connaissent pas assez. Or, en pratique générale, le problème se pose souvent sous forme d'une maladie de la personne entière et les maladies décrites par la médecine hospitalière n'aident pas les médecins à comprendre les problèmes véritables auxquels ils sont confrontés. D'où une formation insuffisante pour les soins qu'ils auront à prodiguer plus tard à l'être humain dans son ensemble, ce d'autant que se plaindre est un phénomène social par excellence, et qu'ils doivent se préparer à ce qu'un nombre croissant de malades viennent les voir avec des problèmes spécifiquement psychologiques. Pourtant nous dit R. N. Braun, la conférence d'Edimbourg de 1961, encourageait déjà l'enseignement et l'apprentissage de la psychiatrie, de la

médecine sociale et de la prophylaxie. De même, selon lui, si au cours des études, les malades n'étaient pas présentés comme des « cas de... » mais comme des êtres humains, il pourrait se développer chez les étudiants une certaine compréhension pour le côté éthique de la profession. De plus, pour M. Balint, la recherche de la pathologie et de la thérapeutique des troubles d'origine psychologique, c'est-à-dire de la personne dans son ensemble, ne peut être menée que par des omnipraticiens car c'est le problème de la pratique générale. Mais beaucoup sont réticents face à cette responsabilité professionnelle, notamment pour des questions de temps, même si à long terme, ceci peut souvent conduire à une économie de temps considérable.

Ainsi, déjà en 1979, R.N. Braun proposait que la médecine générale soit enseignée de façon obligatoire, dans son originalité, par un praticien chargé de recherche dans le cadre de l'université, fasse l'objet d'épreuves propres et soit pratiquée selon les règles de cette doctrine, faisant de la médecine de premier recours une matière aussi difficile et demandant une formation aussi longue et spéciale que les autres spécialités.

Ses recherches l'avaient conduit à la notion de « *standardisation de la conduite praticienne* » à l'aide de « *tables à diagnostic* » et basée sur « *la répartition des cas* ». Il souhaitait également développer la recherche en médecine générale.

De même, M. Balint estimait que les hôpitaux devraient enseigner les aptitudes nécessaires pour écouter tout ce qui se produit dans la relation médecin-patient pendant un entretien prolongé et que tous les étudiants devraient acquérir un minimum d'aptitudes psycho-diagnostiques pour passer leur doctorat. Mais comme les valeurs psychologiques ne sont pas ouvertement reconnues dans la formation médicale, ils doivent faire appel à leur bon sens pour se forger leurs propres valeurs et le plus souvent embarrassés, ils prescrivent un médicament sur des indications très insuffisantes.

III.2 Persistance de la relation maître-élève

Selon M. Balint, les omnipraticiens, formés par les spécialistes, sont « *écrasés de timidité* » par les succès de leurs maîtres dans leurs spécialités respectives et tendent, en conséquence, à suivre presque exclusivement leurs modes de pensée, même dans le domaine de la pratique générale dont ils n'ont pourtant qu'une expérience réduite. La « *survivance de la relation maître-élève* » fait que l'omnipraticien considère comme supérieurs, et avec un respect ambivalent, les spécialistes et les autorise à le traiter comme une sorte de distributeur de médicaments.

Quant à R.N. Braun, il considérerait que la médecine praticienne ne se situe pas par rapport à la médecine hospitalière comme une tâche plus étroite par rapport à une tâche plus large, au contraire, et c'est pourquoi la tentative de développer et d'enseigner la médecine praticienne à partir d'une discipline clinique est vouée à l'échec.

III.3 La collusion de l'anonymat

La « *survivance de la relation maître-élève* » mène à ce que M. Balint et R.N. Braun nomment « *la collusion de l'anonymat* » ou « *la dilution des responsabilités* ». C'est comme cela, selon M. Balint, que « *des décisions vitales sont prises sans que personne ne s'en sente pleinement responsable* ». Mais cette « *collusion de l'anonymat* » permet d'échapper à l'autocritique et soulage le poids des responsabilités, ce qui avantage certains médecins. La plupart des praticiens n'osent pas formuler clairement leurs attentes aux spécialistes, ces derniers se complaisant dans leur rôle de mentor et répugnant à s'en défaire, tandis que les omnipraticiens acceptent leur statut d'élève, réduisant ainsi le nombre de leurs responsabilités.

Or, toujours selon M. Balint, cette situation pourrait cesser en accordant la pleine et entière responsabilité du patient à l'omnipraticien, qui doit acquérir une autonomie plus grande face aux

spécialistes et apprendre à critiquer et reconnaître les limites des conseils qu'il peut attendre d'eux, ces derniers devant être des assistants-experts et non des mentors.

Quant à R.N. Braun, il estimait *« qu'il faudrait arrêter de voir le point de jonction entre confrères comme seuil où s'arrêterait la médecine praticienne de qualité moindre et où commencerait la médecine de haute qualité, l'indispensable prise en charge élémentaire du malade devant être assurée par un seul et même médecin, le généraliste. »*

III.4 Statut de la médecine générale

La conception de la médecine générale par les pouvoirs publics n'est pas nouvelle puisque R.N. Braun l'évoquait déjà en 1979 : *« On attend du médecin généraliste sans se poser la question du temps et des moyens, l'application de la médecine à orientation somatique de type hospitalière, la pratique d'une large prophylaxie, qu'il soit le mentor sur le plan du mode de vie en tant que médecin de famille, qu'il ait une action et une formation psychologique, médico-sociale et psychiatrique. Dans la perspective des Caisses d'Assurances Sociales, le praticien apparaît actuellement principalement comme l'auxiliaire d'une politique de réalisation. Il contribue à sauver les apparences selon lesquelles en cas de troubles de santé, la sécurité sociale est, dès à présent, réalisée pour tous les citoyens. »*

Il ajoutait que, *« du fait de la bureaucratisation croissante et de l'augmentation du nombre des consultations, de la diminution du nombre de confrères en exercice et de différents autres facteurs agissant dans le sens d'une surcharge, le praticien dispose de peu de temps à consacrer au cas moyen, durant lequel il doit donner des conseils médicaux sous sa seule responsabilité. Or, la médecine fait l'objet de recherches et d'un enseignement qui ne tiennent aucun compte du facteur temps pour l'exercice de la profession et qui imprime à la médecine praticienne sa forme particulière. De même, le système de rémunération confère sa forme à la marche d'une consultation mais les moyens mis à disposition des services médicaux de première prise en charge sont*

relativement minimes. De plus, on considère que les connaissances du praticien sont insuffisantes dans tous les domaines. Ceci explique la propension à ne plus concéder au praticien (jusqu'à sa disparition totale) qu'une fonction de répartiteur des tâches. Portier de la maison de la médecine, on le voit le plus volontiers réduit à orienter les malades vers le spécialiste compétent, dans l'espoir qu'ainsi, au moins, il pourra se rendre utile en toute modestie et sans risquer de faire beaucoup de mal. Mais ceci entraînerait à brève échéance l'effondrement de la prise en charge sanitaire de la population. Il n'y aurait plus personne pour prendre en charge la masse de motifs de consultation nécessitant un conseil et une action médicale rapide et globale. Il n'est donc pas possible de se passer du généraliste. »

M. Balint, quant à lui, déplorait le manque d'investissement des médecins généralistes dans le domaine psychologique pour les mêmes raisons.

R.N. Braun tentait déjà d'avancer des solutions : *« Une organisation optimale de la médecine générale suppose une organisation optimale de la médecine avec une définition claire des fonctions et des possibilités des différents groupes de praticien, une notion précise de la composition du personnel requis pour une prise en charge médicale moderne de la population et la connaissance exacte des possibilités d'une médecine préventive à côté d'une médecine curative satisfaisante. Il est à regretter qu'il n'existe aucun office pour la médecine praticienne appliquée qui opère une sélection parmi toutes les exigences et retienne celles qui pourraient aboutir à des mesures réalisables et profitables. Un tel office devrait, bien entendu, posséder l'autorité nécessaire à l'égard du corps des praticiens. La médecine praticienne est une spécialité. Le médecin praticien a droit à un temps de travail réglementé, à des charges n'excédant pas ce qui est exigible, à de la compréhension et de la considération pour son activité et pour les sacrifices qu'elle comporte, ainsi qu'à une rémunération en rapport avec la responsabilité qu'il endosse, soit une rémunération équitable par unité de consultation »*. Il rêvait ainsi d'un monde proche où : *« le médecin généraliste pourra exercer dans sa discipline comme les autres spécialistes, conscient de son rôle, compris et*

reconnu, possédant dans sa discipline une base par sa formation théorique et pratique, des recherches théorico-professionnelles apportant le matériel nécessaire à cette fin ».

III.5 L'éducation de la population

R.N. Braun soulevait ce problème, considérant que les patients devraient prendre bien plus de responsabilités en matière de santé, de même que M. Balint, qui expliquait que les patients devraient être éduqués afin qu'ils acquièrent le sens des responsabilités envers leur maladie.

Mais déjà, en Europe en 1979, il n'existait aucune politique d'éducation sanitaire, comme nous

l'indiquait R.N. Braun : *« on ne peut pas compter sur l'enseignement actuel et ce qu'on peut apprendre par les mass-médias n'est pas propre à combler cette lacune de l'instruction publique.*

Dans le meilleur des cas, on arrive à une sorte de demie culture médicale qui ne représente qu'un handicap pour le praticien sans donner au non initié désireux de s'informer une manière de penser plus conforme à la réalité ».

III.6 La médicalisation

Déjà R.N. Braun nous mettait en garde contre l'idée d'une « médecine totale » dans laquelle : *« la santé de chacun devient en quelque sorte propriété d'état et en tant que telle, sera l'objet d'une administration vigilante du berceau à la tombe. L'attention de chacun se porte de plus en plus sur les signes de maladie qu'il peut présenter et qui autrefois n'auraient pas été pris au sérieux. La médecine totale manque du grand nombre de médecins qui la rendrait possible et des moyens énormes qu'elle implique. Ce qui compte, c'est l'efficacité du médecin moyen dans son action pour le cas moyen. »*

Il ajoutait que, *« les caisses d'Assurance Maladie ou les corps législatifs ont créé les institutions de Sécurité sociale selon des points de vue de techniques actuaires et des considérations sociales et*

politiques et en partant de certaines expériences du travail médical quotidien. En regard, les médecins ou leurs représentants corporatifs se sont bornés à sauvegarder leurs intérêts commerciaux. Il manque à tous les organismes de Sécurité sociale une base scientifique. Ceci favorise la fraude en triangle dans laquelle les caisses, les patients et les médecins se trompent mutuellement selon leurs intérêts divers. »

IV/ Des solutions apportées insuffisantes

Comme nous venons de le voir, le constat dressé par nos trois auteurs à propos de la médecine générale aujourd'hui est en réalité un phénomène ancien. Cette situation, déjà déplorée il y a plus de quarante ans, a été marquée par un profond immobilisme de la part des pouvoirs publics. Les propositions de changement évoquées par M. Balint et R. N. Braun, par exemple, commencent tout juste à trouver une résonnance. Ainsi, depuis environ six ans, les pouvoirs publics commencent à s'interroger sur le statut de la médecine générale et de ses médecins en France. Ils mettent en place des réformes qui peuvent paraître séduisantes sur le papier mais qui, malheureusement, ne progressent que bien trop lentement dans la pratique.

IV.1 Définition de la médecine générale

En ce sens, en 2008, le gouvernement admet, lors des Etats Généraux sur l'Organisation de la Santé, qu'il faudrait « *mieux définir ce que nous attendons du médecin généraliste de premier recours dans notre société et inscrire cette définition dans le Code de la Santé Publique, assurer une meilleure formation initiale plus en rapport avec les missions identifiées et favoriser le regroupement des professionnels de santé avec notamment la création de maisons de santé pluridisciplinaires* ».

Néanmoins, très vite il est fait mention, qu'avant de créer « *il est nécessaire de mieux faire fonctionner ce qui existe déjà* » et également « *de mesures incitatives fortes* » mais « *applicables et*

réalistes ». Ceci nous met dès lors en garde sur la volonté du gouvernement à réaliser de véritables réformes permettant de revaloriser la médecine générale, le statut du médecin généraliste et ses revenus.

IV.2 Diplôme d'Etudes Spécialisées et Filière

Universitaire de Médecine Générale

De nos jours, les pouvoirs publics semblent prendre conscience de la désaffection de la médecine générale par les étudiants.

En 2004, ils créent le diplôme universitaire spécialisé de médecine générale permettant à cette dernière d'accéder au rang de spécialité. Parallèlement, le concours de l'internat devient l'examen national classant. Mais ce dernier, censé revaloriser la médecine générale du fait que tous les étudiants sont contraints de le passer, n'a pas produit les résultats escomptés. En effet, les étudiants, puisqu'ils doivent préparer ce concours, s'orientent alors vers les autres spécialités, plus attractives à leurs yeux.

En 2007, ils proposent d'adapter le dispositif de formation pour améliorer l'attractivité du métier de médecin généraliste de premier recours, en assurant une meilleure formation initiale, avec des missions plus clairement identifiées et ce dès la première année, ainsi que l'instauration effective d'une véritable filière de médecine générale renforcée, en améliorant la connaissance de celle-ci et en revalorisant le DES.

Ainsi, en novembre 2007, une première promotion de seize CCU (chef de clinique universitaire) voit le jour. Mais il faut attendre 2008 pour que la filière universitaire de médecine générale soit créée, ainsi que son cadre législatif, et que soit donné un véritable statut aux personnels universitaires en médecine générale. En dépit de ces mesures, les pouvoirs publics ne créent pas de postes de CCU en 2008 et c'est aux Doyens de redistribuer les valences universitaires dont ils disposent vers la

médecine générale. En 2009, la loi HSPT met en place un nombre minimal de postes d'enseignants de médecine générale à créer chaque année pendant quatre ans : cinquante chefs de clinique, trente maîtres de conférences et vingt professeurs. Mais à la rentrée 2009, seulement la moitié du nombre de postes prévu est pourvu. Même si tous les postes d'interne en médecine générale ne sont pas pourvus, les effectifs augmentent néanmoins et le nombre d'enseignants est insuffisant pour assurer un enseignement universitaire de la médecine générale en tant que spécialité. De plus, cette situation ne permet pas non plus la mise en place du stage ambulatoire au cours du deuxième cycle des études médicales.

Ainsi, des mesures sont prises par les pouvoirs publics afin de revaloriser la médecine générale, mais celles-ci se mettent en place beaucoup trop lentement, laissant toujours cette spécialité dans une situation précaire, sans véritable impact concret sur la pratique quotidienne et les problèmes de démographie médicale s'accroissent, les étudiants s'orientant toujours plus vers une pratique autre que la médecine générale libérale de premier recours.

IV.3 Statut de Médecin Traitant

Nos trois auteurs s'accordent sur le fait qu'il faut replacer le médecin généraliste au centre de la relation de soin. Cette idée était déjà véhiculée par M. Balint et R.N. Braun, il y a près de quarante ans.

Depuis le 1^{er} janvier 2007, les pouvoirs publics ont mis en place le statut de médecin traitant, qui peut être un médecin généraliste ou spécialiste, afin de « *soigner mieux en dépensant mieux* ». Son rôle est de coordonner le parcours de soins, c'est à dire les différentes consultations et examens nécessaires au suivi de la santé du patient, qui doit le consulter en premiers recours. Ceci s'appuie sur le fait, selon eux, que « *la relation entre un assuré et son médecin traitant se base sur la confiance. Elle s'établit dans la durée. Le médecin traitant est celui qui connaît le mieux son patient, ses problèmes de santé, actuels et passés, son mode de vie, ses habitudes. Choisir un médecin*

traitant, c'est éviter la répétition inutile d'examens (prise de sang, radios...). C'est également limiter la multiplication des ordonnances, donc le risque d'interactions médicamenteuses. »

A première vue, ce dispositif paraît séduisant et semble reconnaître le statut du médecin généraliste. Néanmoins, il permet également aux spécialistes d'être des médecins traitants, alors qu'ils ne disposent pas de toutes les compétences pour ce statut, contrairement aux médecins généralistes. Ainsi, la gestion globale de la santé des patients ne semble par encore dévolue aux seuls généralistes, ce qui marque un manque de reconnaissance de leurs capacités dans ce domaine. De plus, si les pouvoirs publics tentent malgré tout de replacer le médecin généraliste au centre du système de soins, ils ne lui donnent pas, parallèlement, les moyens matériels de le faire, puisque les conditions d'exercice de celui-ci sont de plus en plus mauvaises et que peu de choses sont faites pour les améliorer. Sans compter qu'ils font mine de rendre au médecin généraliste son rôle de pivot du système de santé mais continuent, sous prétexte de santé publique, de s'impliquer dans la relation de soin. C'est ainsi que, par l'intermédiaire des Caisse Primaires d'Assurance Maladie, ils proposent des bilans de santé gratuits sans aucune concertation avec le dit médecin traitant, tout comme ils organisent un vaste plan vaccinal duquel ils excluent les médecins généralistes. Enfin, « *le coordinateur du parcours de soins et son patient* » restent soumis à un contrôle permanent et aux sanctions des Caisses Primaires d'Assurance Maladie.

Cette situation est également ressentie par la population. Ainsi, dans le cadre du rapport de l'ONDPS 2006-2007, le point de vue de représentants de patients sur leurs attentes du médecin généraliste a été demandé. Il en ressort un accès et une disponibilité des médecins généralistes jugés parfois insuffisants d'un point de vue géographique et conventionnel. Par ailleurs, ils évoquent des temps d'attente trop longs en salle d'attente, pour des temps de consultation trop courts, avec une information souvent jugée incomplète ou peu claire. De plus, les patients semblent également être un frein au dispositif du médecin traitant, puisque concernant le statut de médecin généraliste, la moitié

pense qu'il est inadapté au suivi d'une pathologie chronique et il est souvent perçu comme un intermédiaire obligé dans le parcours de soins.

Ainsi, le dispositif de Médecin Traitant, semble avant tout représenter un enjeu économique plutôt qu'une véritable volonté de reconnaissance du rôle et des compétences du médecin généraliste en tant que « *chef d'orchestre de la santé* ».

IV.4 Mesures coercitives des pouvoirs publics

Ils tentent de s'approprier toutes les facettes de la vie de la population sous prétexte de « médicalisation de la société » mais n'ont plus les moyens de la financer.

Ils mettent alors en œuvre des mesures coercitives dont sont victimes les patients, souvent les plus démunis face à la maladie, détruisant progressivement le système de protection sociale français, auquel les français sont si attachés, au risque même, dans un futur proche, d'une privatisation de la santé avec sa mise en concurrence dans le privé, pour une marchandisation totale du corps et du soin.

La relation de soin est également mise à mal par le contrôle permanent des Caisses Primaires d'Assurance Maladie et par l'obligation administrative toujours plus importante à laquelle sont contraints les médecins. Et cela se fait tout en culpabilisant les médecins et les patients car il est plus facile de les désigner comme responsables de la situation plutôt que de désigner la misère d'un système et d'une société pathogène.

Pourtant, si on parle souvent du financement de la santé, la DRESS rappelle qu'elle est également un secteur d'activité qui occupe une place importante dans l'économie française puisqu'il représente dix pour cent de l'emploi total et neuf pour cent de la valeur ajoutée nationale et atteint même treize pour cent de l'emploi total et treize pour cent de la valeur ajoutée nationale si l'on considère les activités qui en dépendent indirectement.

IV.5 Point de vue de la population

Comme nous l'avons vu, la population semble consciente des problèmes que subit actuellement le système de santé mais ne semble pas encore prête à modifier ses comportements. Par ailleurs, elle a également exprimé ses attentes et ses récriminations vis-à-vis des médecins généralistes et du dispositif de médecin traitant. Néanmoins, elle semble comprendre les difficultés que rencontrent la médecine générale et ses médecins en tant qu'être humains et non seulement en tant que professionnels. Ainsi, dans l'enquête menée par l'ONDPS dans son rapport 2006-2007, les représentants de patients interrogés proposent quelques pistes de réflexion :

« _ Améliorer la communication et la relation médecin/patient nécessiterait de permettre au médecin généraliste de bénéficier, au cours de ses études, d'une formation de base en pédagogie et communication, ce qui favoriserait plus tard la mise en œuvre d'actions d'éducation thérapeutique en coopération avec d'autres professionnels de santé.

_ Accompagner le changement en favorisant l'accès à la formation (individuelle ou collective) à la gestion du stress et en simplifiant les contraintes administratives des médecins généralistes débordés par l'augmentation de la charge de travail.

_ Le « statut social » du médecin généraliste omniscient semble avoir évolué vers celui d'un professionnel soumis régulièrement aux évaluations de la part des politiques et des usagers. Ce changement, somme toute assez radical dans un secteur libéral très attaché à sa « liberté d'exercice », est susceptible de majorer l'effet burn-out d'une proportion non négligeable des médecins généralistes.

_ L'information sur la santé, le parcours de soins et les droits des malades est disponible, cependant diffuser l'information ne suffit pas pour que le public soit informé. Encore faut-il qu'un minimum de pédagogie et de communication rendent intelligible cette information pour que les usagers soient en mesure de se l'approprier. »

Ces attentes convergent vers celles exprimées par les médecins généralistes, mais elles se heurtent aux limites que nous avons évoquées précédemment. Il faudrait donc que patients et médecins se mobilisent, ensemble, pour tenter de faire évoluer la situation de la médecine générale et de la relation de soin privilégiée qu'ils entretiennent.

V/ Perspectives d'avenir selon les auteurs

Face aux difficultés actuelles que traverse le système de soins, une prise de conscience est nécessaire à la fois par les médecins et la population. Or, la surcharge de travail et les conditions dans lesquelles ils exercent ne permettent pas aux médecins généralistes une remise en question optimale. Quant à la population, bien qu'elle semble consciente des problèmes, elle ne paraît pas encore prête à modifier ses comportements et à se mobiliser.

Dans ce contexte, l'avis des auteurs est partagé concernant l'avenir de la médecine générale, du médecin généraliste et de la relation de soin.

C. Lehmann est extrêmement pessimiste, considérant qu'il est trop tard pour modifier le processus en marche de destruction progressive du système de protection sociale, au profit d'une privatisation et d'une marchandisation de la santé et du soin. Il estime que la population a eu l'occasion de se mobiliser mais qu'elle n'a pas su le faire. Quant aux médecins généralistes, ils constituent une espèce en voie de disparition, puisque les jeunes diplômés, avec raison, ne s'orientent plus vers la médecine générale libérale de premier recours. La médecine générale est donc amenée à être détruite progressivement et la relation médecin-patient à se raréfier.

L. Périno, quant à lui, est bien plus optimiste puisque, selon lui, plus la technologie médicale va se développer, plus l'expertise de dernier recours du médecin généraliste et son rôle de coordinateur des soins seront nécessaires. L'avenir de la médecine générale selon lui est excellent et la relation médecin-patient pérenne.

M. Winckler, enfin, ne voit pas de possibilité de changement à court terme, ce qui l'a poussé à émigrer au Québec où la réflexion sur le système de soins est plus avancée. Néanmoins, il estime qu'à long terme, à condition d'un effort et d'une prise de conscience collectifs, un débat pourra avoir lieu.

VI/ Constat personnel

A l'issue de ce travail, on ne peut que constater que la situation de la médecine générale, pour un médecin généraliste qui débute, est plutôt défavorable. Ses vieux confrères sont plutôt défaitistes quant à son avenir, certains abandonnent, d'autres sont au bord du burn-out, beaucoup attendent patiemment la fin de leur carrière sans rien dire et quelques-uns, comme nos trois auteurs, essaient d'alerter la conscience collective, tout en ayant la sensation de ne pas y parvenir. Cet état de fait a de quoi faire reculer le jeune généraliste, ce d'autant qu'il apprend qu'il n'est même pas correctement formé pour les soins qu'il aura à apporter. Néanmoins, même si le constat dressé par les auteurs est plutôt sombre, la médecine générale n'en reste pas moins à leurs yeux un métier formidable, de par la polyvalence et les rapports humains qui la caractérisent. Loin de l'hyperspécialisation et de la technique qui tendent à déshumaniser le patient au profit du « cas, de l'image ou du chiffre pathologique », la relation de soin qui se noue dans l'intimité du cabinet de médecine générale, permet un retour à des valeurs plus humaines, dans une société toujours plus individualiste. La confrontation entre le médecin généraliste et le patient qui relève d'une relation d'expert dans la forme, met en présence deux personnalités ayant leur propre système de valeurs et leur propre représentation de ce que constituent la santé et la maladie. Ainsi, la médecine générale, loin d'être une science exacte, consiste avant tout en l'établissement d'une relation de confiance, de respect, de partage et de compromis, qui mènera le soignant et le soigné à une satisfaction partagée sur le soin à la fois procuré et reçu. C'est donc cette richesse de la médecine générale et de la relation de soin, à laquelle nos trois auteurs sont extrêmement attachés, qu'ils souhaitent nous transmettre et tentent de

défendre avec acharnement, afin de lui redonner le statut qu'elle mérite. Ce travail a donc ceci d'enrichissant qu'il permet au futur généraliste de comprendre comment s'est développée la médecine contemporaine dans laquelle il va évoluer aujourd'hui, la place de la médecine générale dans celle-ci et le rôle du médecin généraliste. Loin de susciter un renoncement à la médecine générale, il permet au contraire de prendre pleinement conscience de ce que constitue la relation de soin dans toute sa richesse et d'appréhender les difficultés auxquelles elle est confrontée afin de mieux les surmonter. Puisque la médecine générale et la relation de soin apparaissent comme n'étant pas correctement enseignées dans les facultés, les ouvrages étudiés dans cette thèse constituent un enseignement de qualité dans ce domaine, et on ne peut que conseiller leur lecture aux étudiants intéressés par la médecine générale voire même aux médecins généralistes qui s'interrogent. Il est à noter que certaines facultés de médecine diffusent aux étudiants le film adapté de *la Maladie de Sachs*, afin de leur donner une vision de ce que représente l'exercice de la médecine générale. Par ailleurs, pour ceux qui ne seraient pas de grands adeptes de la lecture, il existe également un film, *La Consultation*, qui met en scène Luc Périno dans son exercice quotidien, sans oublier, pour comprendre la médicalisation d'aujourd'hui, l'adaptation cinématographique de *Knock*, la célèbre pièce de théâtre visionnaire de Jules Romains. Le futur médecin généraliste pourra ainsi aborder sa pratique en toute connaissance de cause et tenter, malgré tout, de bâtir cette relation médecin-patient qui fait le lit de la médecine générale, à condition, dès à présent, de prendre conscience de la remise en question permanente dont il devra faire preuve, s'il ne veut pas s'épuiser face à la dérive du système médical.

Conclusion

Les grands progrès médicaux se sont déroulés au XIXe siècle et au début du XXe siècle pour aboutir à la médecine moderne. Dès 1950, des médecins se sont intéressés à la place de la médecine générale dans la médecine moderne et à la relation médecin-patient. C'est ce dont nous font part M. Balint et R.N. Braun dans leurs ouvrages. Ils mettent en avant des idées et des pistes de réflexion qui, et cela est surprenant, sont toujours d'actualité dans les œuvres des trois médecins-écrivains contemporains étudiés précédemment. Ainsi, les problèmes sont mis en avant depuis plus de quarante ans sans qu'aucun changement notable ne soit constaté et si la médecine progresse sur le plan scientifique, le système médical français semble, quant à lui, sclérosé dans bien des domaines.

Concernant les médecins, ce qui ressort de cette étude et qui influe sur leur relation de soin est leur manque d'indépendance dans la plupart des domaines ; tout d'abord vis-à-vis de leur formation, avec la « *persistance de la relation maître-élève* » et l'absence de critique de ce qui leur a été enseigné, mais aussi vis-à-vis de leurs confrères spécialistes, ce qui favorise la « *collusion de l'anonymat* » et l'éparpillement des patients à travers le système de soins. Il existe également un manque d'indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique et des médias, en partie en raison de l'absence de formation thérapeutique à l'université et de leur manque d'action pour une formation médicale continue et une presse médicale indépendantes.

Par ailleurs, la relation médecin-patient souffre de l'absence de formation humaine et psychologique des futurs médecins généralistes, dont près d'un quart des consultations relèveront de ces domaines. Ainsi, le « *remède médecin* » n'est pas enseigné, ni même le rôle prépondérant de la « *fonction apostolique* » du médecin alors que plus de quatre-vingt-dix pour cent des consultations ne traiteront pas des pathologies apprises à la faculté.

Mais pour remédier à cet état de fait, il faudrait intervenir au moment de la formation des étudiants dans un premier temps, puis dans un second temps, améliorer les conditions d'exercice des médecins généralistes qui les poussent vers l'épuisement professionnel et leur permettre de libérer du temps afin qu'ils puissent « *descendre de vélo et se regarder pédaler* » pour pallier à leur manque d'indépendance scientifique.

En ce qui concerne les patients, le nomadisme médical et l'absence de responsabilisation ont un impact sur la relation de soin. Mais le nomadisme médical étant lié en grande partie à l'hyperspécialisation, il faudrait replacer le médecin généraliste au centre de cette relation. Les patients doivent également se responsabiliser en matière de santé, à la fois collectivement et individuellement, mais ceci ne pourra se faire sans une politique d'éducation sanitaire indépendante. Mais au-delà de ses deux protagonistes qui ont un rôle à jouer pour changer le système, la relation de médecin-patient se trouve écartelée, sous couvert de médicalisation de la vie, entre l'industrie pharmaceutique, les pouvoirs publics et les médias. L'industrie pharmaceutique a pénétré l'ensemble du système de soins et manipule médecins, patients et pouvoirs publics par l'intermédiaire d'une gigantesque couverture médiatique et grâce aux moyens financiers qu'elle déploie. Les pouvoirs publics étant pieds et poings liés avec elle, la prise de conscience de cette manipulation et l'action à son encontre ne peut venir que des médecins et des citoyens, si tant est que les médecins puissent encore faire face à l'information de masse et au parti pris des médecins spécialistes.

Quant aux pouvoirs publics, ils maltraitent la médecine générale et ses praticiens, prenant tout juste conscience du problème de démographie médicale, de l'absence de définition valable pour la médecine générale de premier recours, des conditions d'exercice qui ne sont plus adaptées de même que la formation initiale des étudiants. Ils désinforment les patients en leur refusant une éducation sanitaire indépendante tout en infiltrant tous les domaines de leur vie et en attisant leurs peurs en matière de santé, avec l'aide des industriels. Par la suite, sous couvert des CPAM, ils culpabilisent le couple médecin-patient au sujet du coût de la santé et s'empressent de mettre en place des mesures

coercitives détruisant progressivement la protection sociale, la médecine générale et par conséquent la relation médecin-patient.

Ainsi, la médicalisation dans ce qu'elle a de médicalisation de la vie et de « pathologisation grandissante » a eu et a, aujourd'hui, des répercussions sur la relation de soin.

Plusieurs perspectives et pistes de réflexion ont été évoquées dans cette étude, mais alors même qu'elle se termine, nous assistons au grand « cirque » de la grippe H1N1 qui illustre l'ensemble des résultats de ce travail et qui laisse pessimiste quant aux possibilités de changement. Qu'en est-il aujourd'hui de cette « *fonction apostolique* » du médecin généraliste, contre laquelle M. Balint mettait en garde, lorsque les pouvoirs publics et les scientifiques au service de l'industrie pharmaceutique attisent les peurs d'une population et déploient un arsenal vaccinal démesuré, tandis que le médecin généraliste n'arrive plus à exprimer ses propres convictions ?

N'atteignons nous pas une « *collusion de l'anonymat* » et une « *dilution des responsabilités* » à un point extrême ? L'acte vaccinal est un acte médical relevant de la relation de soin privilégiée qu'entretiennent le médecin et son patient mais on ne sait même plus qui en est le prescripteur. Les pouvoirs publics ? L'industrie pharmaceutique ? Le médecin du gymnase ? Celui qui fait l'injection ? En tout cas, pas le médecin traitant. Et que savent-ils de ce patient qui se retrouve perdu dans un système inconnu, dans lequel il doit se mettre à nu, alors qu'il a bâti une relation de confiance avec son médecin qui connaît son histoire. Par contre, ce dernier, réquisitionné, doit ensuite vacciner d'autres individus dont il ne connaît rien alors qu'on n'a pas voulu de lui au début et qu'il aurait pu simplement gérer la santé de ses patients. Ainsi, les pouvoirs publics qui prétendent vouloir redéfinir et redonner un statut à la médecine générale de premier recours et aux médecins généralistes, se sont une fois de plus immiscés dans la relation de soin, déboutant le médecin généraliste, dit aussi « *médecin traitant* », du rôle qui est le sien et qu'ils souhaitaient lui donner. Rappelons que le dispositif de « *médecin traitant* » doit permettre, selon eux, de « *soigner mieux en dépensant mieux* ». Pourtant, les pouvoirs publics, qui culpabilisent la population avec les coûts de la

santé et ne cessent de mettre en place des mesures coercitives, achètent 94 millions de doses vaccinales en raison d'un schéma vaccinal inconnu au moment de la commande, pour une dépense de près d'un milliard d'euros, sans compter les frais de gestion et logistiques de la campagne de vaccination. Vient ensuite le traitement par le Tamiflu de tous les cas de grippe avérés, soit le déploiement de 33 millions de doses pour près d'un milliard et demi d'euros.

Et les conflits d'intérêts des pouvoirs publics avec l'industrie pharmaceutique ? Tout d'abord, rappelons que Mme R. Bachelot-Narquin a omis de déclarer ses conflits d'intérêts sur son curriculum vitae lors de sa prise de fonction au ministère de la santé. Mais pour en revenir au sujet, nous sommes face à un vaccin mis au point et sur le marché en un temps record, à tel point que le président de notre République a préféré attendre les recommandations de l'hôpital du Val de Grâce avant de se faire vacciner alors que la campagne vaccinale avait débuté. Concernant le Tamiflu, il était encore non remboursé pour service médical rendu insuffisant il y a deux ans et en guise de transparence, son laboratoire n'a accepté de fournir que deux études sur les dix qui ont été réalisées. Pourtant, face à un vaccin insuffisamment éprouvé et à un médicament au service médical rendu douteux, les pouvoirs publics n'ont pas hésité à mettre en place un plan vaccinal dans le déni le plus complet de la spécificité de la relation médecin-patient, du rôle du médecin généraliste et de l'acte vaccinal, et à dépenser plus de deux milliard et demi d'euros, en laissant croire à la population qu'ils prennent en charge sa santé et en laissant les médecins généralistes, seuls face à l'adversité et au manque de reconnaissance de leurs compétences et de leur statut.

Néanmoins, bien que nous ayons constaté dans cette étude la sensibilité de la population à l'intérêt que portent les médias et les pouvoirs publics à sa santé, on ne dénombrait que cinq millions et demi de personnes vaccinées après trois mois de campagne vaccinale très largement médiatisée. Peut-être devons-nous voir ici les prémices d'une prise de conscience collective face aux politiques de santé publique mises en place par le gouvernement et à l'ambiguïté du statut qu'il confère aux médecins généralistes, alors même qu'il exhorte les patients à choisir un médecin traitant pour la gestion

globale de leur santé, sous peine de sanctions. Peut-être la population commence-t-elle à s'interroger sur la pertinence d'un tel déploiement financier alors qu'on la culpabilise chaque jour à propos des dépenses de santé et qu'elle voit régulièrement les pouvoirs publics limiter la prise en charge de ses problèmes de santé quotidiens.

Comme nous l'avons vu auparavant, nos trois auteurs estiment qu'une grande partie des changements ne peuvent venir que de la population, sans quoi le système de soins va progressivement être détruit au profit d'une marchandisation totale de la santé et du soin. Il serait intéressant d'interroger la population sur sa perception du système de santé après cet événement. En attendant, il n'y a plus qu'à espérer que, face au fiasco de cette campagne vaccinale et à la médiatisation des conflits d'intérêts du gouvernement avec les industriels du médicament, la conscience collective, effectivement, se réveille et réagisse enfin. Patients et médecins doivent s'attacher à préserver leur relation, au sein d'une médecine générale reconnue et réformée, dans laquelle les médecins généralistes retrouveront l'épanouissement personnel que devrait leur procurer l'exercice d'une profession aussi riche et gratifiante, telle que décrite et défendue avec tant d'ardeur par nos trois auteurs.

Bibliographie

I/ Ouvrages littéraires

- LEHMANN, Christian. *Patients, si vous saviez... : Confessions d'un médecin généraliste*. Paris : Editions Robert Laffont, 2007. 352 p. Collection Points. 978-2-7578-0438-4.
- PERINO, Luc. *Carnets de santé*. Paris : Editions Calmann-Lévy, 2004. 302 p. 2-7021-3484-X.
- PERINO, Luc. *La Sagesse du médecin*. Paris : L'Œil neuf éditions, 2004. 112 p. Collection Sagesse d'un métier. 978-2-915543-02-5.
- PERINO, Luc. *Humeurs médicales*. Paris : Editions du Félin, 2006. 192 p. Collection Questions d'époque. 2-86645-614-9.
- PERINO, Luc. *Le Bobologue : Résolument médecin*. Paris : L'Oeil neuf éditions, 2007. 296 p. 978-2915543-17-9
- ROMAINS, Jules. *Knock ou le Triomphe de la médecine*. Paris : Editions Gallimard, 2007. 176 p. Collection Folio Théâtre. 978-2-07-038655-0.
- WINCKLER, Martin. *La maladie de Sachs*. Paris : Editions J'ai Lu, 1999. 640 p. 2-290-15352-4.
- WINCKLER, Martin. *En soignant, en écrivant*. Paris : Editions J'ai Lu, 2001. 224 p. 978-2-290-31194-3.
- WINCKLER, Martin. *C'est grave docteur? : Ce que disent les patients, ce qu'entendent les médecins*. Paris : Editions J'ai Lu, 2004. 224 p. 2-290-33601-7.
- WINCKLER, Martin. *Nous sommes tous des patients*. Paris : Editions Stock, 2005. 224 p. Collection Le Livre de Poche. 2-253-11243-7.

II/ Ouvrages théoriques

- ADAM, P. et HERZLICH, C. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Editions Armand Colin, 2007. 128 p. Collection 128. 978-2-2003-5275-2.
- AIACH, P. et DELANOE, D. *L'ère de la médicalisation : Ecce homo sanitas*. Paris : Editions Anthropos, 1998. 252 p. Collection « Sociologiques ». 2-7178-3518-0.
- BALINT, Michael. *Le médecin, son malade et la maladie*. 3^e éd. Paris : Editions Payot et Rivages, 1998. 430 p. Collection Bibliothèque scientifique Payot. 2-228-89047-2.
- BRAUN, Robert N. *Pratique, critique et enseignement de la médecine générale*. Paris : Editions Payot et Rivages, 1997. 518 p. Collection Bibliothèque scientifique Payot. 2-228-89113-4.
- FOUCAULT, Michel. *Naissance de la clinique*. 7^e éd. Paris : Editions Quadrige / Puf, 2007. 224 p. 978-2-13-053639-0.
- GRMEK, Mirko D. *Histoire de la pensée médicale en occident : Du romantisme à la science moderne*. Paris : Editions du Seuil, 1999. 436 p. 2.02.022141.1.
- LAPLANTINE, François. *Anthropologie de la maladie*. Paris : Editions Payot et Rivages, 1997. 416 p. Collection Bibliothèque scientifique Payot. 2-228-88607-6.

III/ Autres ressources documentaires

- AUNE. I, DOPPIA. M.A, ESTRYN-BEHAR. M et al. Résultats d'étape de l'enquête SESMAT. Document de presse. 16 janvier 2008. *Presst-next*. [en ligne]. [consulté le 01 mars 2010]. Mis à jour en janvier 2009. Disponible sur <<http://www.presst-next.fr/SESMAT/index.html>>
- BRAS. P.L, RICORDEAU. P, ROUSILLE. B, SAINTOYANT. V. L'information des médecins généralistes sur le médicament. Rapport n° RM 2007-136P. *Inspection générale des affaires sociales*. [en ligne]. Septembre 2007. [consulté le 01 mars 2010]. Mis à jour le 04 février 2010. Disponible sur < <http://www.igas.gouv.fr>>

- CUNY. L, HERVE. C, MOUTEL. G. La relation Médecin-Malade : nouvelles perspectives... Mémoire d'éthique. *Inserm*. [en ligne]. Paris. 2001. [consulté le 01 mars 2010]. Mis à jour en février 2010. Disponible sur <<http://www.infodoc.inserm.fr>>
- *Dictionnaire Larousse*. [en ligne]. [consulté le 02 mars 2010]. Mis à jour le 01 mars 2010. Disponible sur <<http://www.larousse.fr>>
- FENINA. A, LE GARREC. M.A, DUEE. M. Comptes nationaux de la santé 2008. Document de travail. *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES*. [en ligne]. Série statistiques n° 137 – septembre 2009. [consulté le 01 mars 2010]. Mis à jour le 01 mars 2010. Disponible sur <<http://www.sante-sport.gouv.fr>>
- *France inter*. [en ligne]. [consulté le 02 mars 2010]. Mis à jour le 02 mars 2010. Disponible sur <<http://sites.radiofrance.fr/franceinter/accueil/>>
- GALAM. E. Stress professionnel des médecins. Comment y remédier ?. *La Revue du Praticien – Médecine Générale*. Tome 19. N° 704/705. 10 octobre 2005.
- *ISNAR-IMG*. [en ligne]. FUMG. Dossiers. [consulté le 01 mars 2010]. Mis à jour en février 2010. Disponible sur <[http:// www.isnar-img.com](http://www.isnar-img.com)>
- *ISNAR-IMG*. [en ligne]. FUMG, 30 millions d'amis. Communiqué de presse. 15 juillet 2009. Dossiers. [consulté le 01 mars 2010]. Mis à jour en février 2010. Disponible sur <[http:// www.isnar-img.com](http://www.isnar-img.com)>
- LEHMANN. C. *En attendant H1N1*. [consulté le 01 mars 2010]. Mis à jour en février 2010. Disponible sur <[http:// www.20minutes-blogs.fr](http://www.20minutes-blogs.fr)>
- *Ministère de la santé et des sports*. [en ligne]. Audition sur la grippe A(H1N1) par la Commission des affaires sociales. Discours de Roselyne BACHELOT-NARQUIN. Paris. 12 janvier 2010. [consulté le 01 mars 2010]. Mis à jour le 01 mars 2010. Disponible sur <<http://www.sante-sport.gouv.fr>>
- *Ministère de la santé et des solidarités*. [en ligne]. Médecin référent, médecin traitant : ce qui va changer. Réforme de l'Assurance maladie. Les actualités. Janvier 2005. [consulté le 01 mars

2010]. Mis à jour en janvier 2005. Disponible sur

<http://www.sante.gouv.fr/assurance_maladie/index.htm>

- *Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative*. [en ligne]. Présentation du projet de loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires ». Un projet de santé durable pour nos concitoyens. Conférence de presse. 22 octobre 2008. [consulté le 01 mars 2010]. Mis à jour le 01 mars 2010. Disponible sur <<http://www.sante-sport.gouv.fr>>
- *Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports*. [en ligne]. Première synthèse nationale des Etats Généraux de l'Organisation de la Santé. Discours de ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN. Paris. 8 février 2008. [consulté le 01 mars 2010]. Mis à jour le 01 mars 2010. Disponible sur <<http://www.sante-sport.gouv.fr>>
- MOURIES. R, GALAM. E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. *URML*. [en ligne]. Commission Prévention et Santé Publique. Juin 2007. [consulté le 02 mars 2010]. Mis à jour le 02 mars 2010. Disponible sur < http://www.urml-idf.org/urml/enquete/R_BurnOut_0707.pdf >
- *Ordre National des Médecins*. [en ligne]. Code de déontologie médicale. Code de la Santé Publique R.4127-1 à R.4127-112. [consulté le 01 mars 2010]. Mis à jour le 14 décembre 2006. Disponible sur <<http://www.conseil-national.medecin.fr>>
- PRESSNITZER. J. Burn out : santé et soignant. Attention Danger !. Magazine Hospitalier. N°12. *Presst-next*. [en ligne]. 2009. [consulté le 01 mars 2010]. Mis à jour en janvier 2009. Disponible sur <<http://www.presst-next.fr/SESMAT/index.html>>
- Rapport annuel de l'ONDPS - Tome 1 - 2006-2007. La médecine générale. ONDPS 2008. 179 p. 978-2-11-097349-8. *Ministère de la santé et des sports*. [en ligne]. [consulté le 01 mars 2010]. Mis à jour le 01 mars 2010. Disponible sur <<http://www.sante-sport.gouv.fr>>
- Rapport annuel de l'ONDPS - Tome 2 - 2006-2007. Les internes en médecine. Démographie et répartition. ONDPS 2008. 96 p. 978-2-11-097349-8. *Ministère de la santé et des sports*. [en

ligne]. [consulté le 01 mars 2010]. Mis à jour le 01 mars 2010. Disponible sur

<<http://www.sante-sport.gouv.fr>>

- Rapport annuel de l'ONDPS – 2006-2007. Synthèse générale. ONDPS 2008. 70 p. 978-2-11-097349-8. *Ministère de la santé et des sports*. [en ligne]. [consulté le 01 mars 2010]. Mis à jour le 01 mars 2010. Disponible sur <<http://www.sante-sport.gouv.fr>>
- SLIMAN. G, DAVID. M, BILLMANN. R. Suivi barométrique de l'opinion des français à l'égard de la santé, de la protection sociale, de la précarité, de la famille et de la solidarité. Synthèse des principaux enseignements de l'étude. BVA Opinion. Réf. TG982. *Ministère de la santé et des sports*. [en ligne]. Janvier 2009. [consulté le 01 mars 2010]. Mis à jour le 01 mars 2010. Disponible sur <<http://www.sante-sport.gouv.fr>>
- WINCKLER. M. Médecins sous influences. *Le Monde diplomatique*. [en ligne]. Archives - Janvier 2004. [consulté le 01 mars 2010]. Mis à jour le 01 mars 2010. Disponible sur <<http://www.monde-diplomatique.fr/2004/01/WINCKLER/10693>>

Annexes

I / Annexe I : Questionnaire d'entretien

I/ Première partie concernant le statut de médecin généraliste et écrivain

Mr ...,

Tout d'abord bonjour et merci d'avoir accepté de répondre à mes questions.

Vous êtes médecin généraliste et écrivain :

1/ D'où vous vient cette double vocation ? Qu'est-ce qui vous a poussé à devenir médecin généraliste puis écrivain ?

2/ Quelle est aujourd'hui la part du médecin ou de l'écrivain qui tient le plus de place dans votre vie ?

2bis/ Pourquoi décrire votre expérience professionnelle dans des ouvrages littéraires, dans quel but ?

II/ Deuxième partie concernant la définition de la relation médecin-patient, l'influence de la médicalisation et ses limites

Dans vos ouvrages, vous nous parlez de la relation médecin-patient, fondement de la pratique du médecin généraliste :

3/ Que représente pour vous la relation médecin-patient ?

4/ Comment se porte-t-elle à l'ère de la médicalisation ? Dans quelle mesure a-t-elle été transformée ? Quelle est l'influence de notre société actuelle sur celle-ci ?

5/ Quels sont, selon vous, les rôles et les attentes du patient et du médecin dans cette relation aujourd'hui ?

5bis/ Quelles sont les limites de cette relation aujourd'hui ?

III/ Troisième partie concernant les changements à opérer (qui alimentera la discussion et la conclusion)

Dans vos ouvrages, vous dégagéz de façon récurrente trois facteurs agissant directement sur la relation médecin-patient de manière délétère : la pensée médicale et la formation des médecins généralistes, l'attitude des patients et la toute puissance de l'industrie pharmaceutique. Les solutions que vous tentez d'avancer semblent passer avant tout par une meilleure éducation de chacun des acteurs de la relation médecin-patient.

Concernant les médecins généralistes :

6/ Tout d'abord, vous estimez la formation des étudiants en médecine générale totalement inadaptée et insistez sur la nécessité de la modifier profondément, pouvez-vous préciser ? En quoi cela pourrait-il consister ?

7/ Malgré tout, le jeune étudiant devient un médecin généraliste, qu'en est-il de la formation médicale continue ?

8/ Vous attendez des médecins généralistes qu'ils se remettent en question, pouvez-vous expliquer ? Pensez-vous qu'ils ne le font pas assez ?

Concernant les patients :

9/ Vous évoquez la nécessité d'une prise de conscience des citoyens et de leur responsabilisation, pouvez-vous détailler ?

10/ Vous déplorez l'absence d'une politique d'éducation sanitaire de la population et souhaitez sa mise en place, pouvez-vous développer ?

La toute puissance de l'industrie pharmaceutique et son influence sur le milieu médical, les patients et les pouvoirs publics est l'un des sujets que vous développez le plus, tant il interfère dans la relation médecin-patient, donc :

11/ A l'ère du « tout-médicament », quelle cohabitation des médecins généralistes et des patients avec l'industrie pharmaceutique peut-être envisagée ?

Enfin, pour conclure :

12/ A votre avis, quelle est l'avenir de la médecine générale et de la relation médecin-patient dans

les années qui viennent ? Comment les sauver des affres de la technologie et de la rentabilité ?

II/ Annexe II: Entretien avec Christian LEHMANN

Mr LEHMANN,

Tout d'abord bonjour et merci d'avoir accepté de répondre à mes questions.

Vous êtes médecin généraliste et écrivain :

1/ D'où vous vient cette double vocation ? Qu'est-ce qui vous a poussé à devenir médecin généraliste puis écrivain ?

Une vocation, déjà, c'est toujours un peu compliqué, parce que dans le terme de vocation il y a l'idée, d'une certaine manière, que l'on serait ou que l'on se sentirait désigné par une puissance rémanente. Mais si je trace les influences que je peux trouver, pour ce qui est d'être écrivain, il y a l'envie très jeune qu'on me raconte des histoires, ce qui fait que j'ai lu énormément très jeune, j'ai dévoré des livres, et que petit à petit, sans m'en rendre compte, j'ai commencé, au-delà de l'histoire qui m'était racontée, à décrypter la manière dont c'était écrit. Donc, j'ai voulu faire la même chose car à la différence du violoncelle ou du piano, tout le monde a un papier et un crayon, les outils de l'artiste quand il écrit.

Pour ce qui est d'être médecin, je pense en fait que ce qui s'est passé, c'est que tous mes professeurs au collège et au lycée me disaient que j'étais extrêmement bon en littérature, en français, en rédaction, etc, et que je devrais faire un bac littéraire, un bac A à l'époque. Ainsi, je pourrais être professeur, ambassadeur et je pourrais écrire, dans l'idée que l'on a ainsi un métier tranquille, assis à un bureau et que l'on peut laisser virevolter son esprit, sa plume ; une idée très « villepinienne », « villepinesque » de la littérature du mec, les cheveux dans le vent, qui écrit comme un pied mais qui se prend pour Chateaubriand. Moi, les écrivains que j'aimais, que j'avais lu quand j'étais jeune, étaient des écrivains qui avaient fait des milliers de métiers avant de devenir écrivains et je pense que j'étais suffisamment lucide à l'approche du bac pour me rendre compte que, certes je savais écrire mais que je n'avais rien à raconter, rien à dire du monde, parce que je n'en connaissais rien. Je sais qu'il y a beaucoup d'écrivains français que ça ne gêne pas, mais moi ça me semblait un problème car il me semblait avoir compris assez jeune, que l'écrivain, bien sûr raconte des histoires mais il ne fait pas que cela, il partage sa vision du monde. Donc, j'ai mis de côté l'éventualité d'une carrière littéraire, d'abord parce que je connaissais l'état des lieux. Il y a un premier roman sur mille ou deux milles qui est publié et je n'imaginais pas pouvoir être un jour un écrivain publié. Et donc, que

restait-il ? Il restait à essayer d'apprendre quelque chose sur l'être humain et je ne voyais pas de métier dans lequel il était possible d'approcher plus près et plus finement l'être humain nu, c'est à dire débarrassé des artéfacts de la civilisation, que la médecine. Je dis souvent, lorsque je suis invité dans des classes au collège ou au lycée, que je voulais voir des gens nus, physiquement, car je suis né en 1958 et que la France des années 60 et 70 était extrêmement rétrograde du point de vue de la sexualité et du corps, et voir des gens nus était interdit ; et je voulais voir des gens nus à l'intérieur, quand il n'y avait plus qu'eux. Donc, j'ai fait des études de médecine et ce sont les études qui ont fait de moi un écrivain sans que je m'en rende compte. C'est-à-dire que dans les services de réanimation, de médecine, d'urgence, bien sûr j'ai appris à faire la différence entre une embolie pulmonaire et un infarctus, une phlébite et une dermatose érysipéloïde de jambe mais j'ai surtout appris, comme une éponge je me suis imprégné, de ce qui avait autour, du comportement des gens, des soignants, des aides soignants, des familles, des malades, des policiers, des pompiers, des gendarmes, des employés. J'ai vu bouger le monde. Petit à petit ça a sédimenté, sans que je m'en rende compte car il ne m'apparaissait pas du tout qu'un jour j'écirais. Pendant ces années d'études de médecine, j'ai écrit quelques nouvelles. Au fur et à mesure, je me rends compte que ce qui se passait, est qu'une part inconsciente de moi n'avait pas totalement éliminé le désir d'écrivain et que quand me venaient des idées, je les décrivais dans ces courtes nouvelles, dans lesquelles, d'une certaine manière, j'apprenais à écrire mais surtout je notais pour que ne soient pas perdues, des idées qui se sont retrouvées être par la suite à l'origine de certains livres. Ce n'est qu'une fois que je me suis installé en médecine générale, car à l'époque on s'installait en médecine générale, en 1984, que je me suis retrouvé dans la situation, qui bien entendu, n'est pas celle d'un jeune qui aurait la folie de s'installer en médecine générale aujourd'hui, d'un cabinet où je voyais cinq personnes par jour et je me suis dit : « tu as du temps et avec ce temps tu peux te faire, soit un ulcère parce que tu ne couvres pas les frais, soit tu peux essayer de faire quelque chose ». Même si ça n'était pas clairement dessiner dans ma tête, c'est pendant ce temps que j'ai commencé à faire la *Folie Kennaway*. Et en fait, pendant ces premières années de médecine générale, je m'en souviens très bien, de 1984 à 1988, année de publication de la *Folie Kennaway*, j'ai eu l'impression que mon univers se restreignait à cette médecine générale. Je dis se restreignait car ayant été à l'hôpital, en réanimation, je voyais bien que j'avais acquis un certain nombre de compétences. Je me disais : « je suis en contact avec un nombre restreint de patients dans un univers qui fait quelques mètres carré, je vais poursuivre ma carrière là » et j'ai eu l'impression que comme dans le film *Brazil* de Terry Gilliam, chaque jour les murs se rapprochaient un peu plus du bureau. Et en fait, le jour où j'ai eu au téléphone Tony Cartano, écrivain et éditeur, qui me rappelais pour me dire : « il faut qu'on se voit », car un éditeur ne dit jamais je vais te publier mais « il faut qu'on se voit », vraiment, j'ai eu l'impression que les murs

reprenaient leur place. Ça m'a permis de faire deux choses qui pourraient paraître antithétiques. Si je n'avais été que médecin, j'aurais été utile au corps social mais je n'aurais pas pu m'exprimer personnellement. Si je n'avais été qu'écrivain, certes j'aurais pu m'exprimer personnellement mais je n'aurais pas été utile au corps social et je n'aurais pas pu nourrir mon écriture de ce que je voulais.

2/ Quelle est aujourd'hui la part du médecin ou de l'écrivain qui tient le plus de place dans votre vie ?

Je ne saurais pas répondre à cette question. Je pense que pour répondre à cette question, il faudrait partir du présupposé, qui est faux, que nous sommes constamment une même personne. Moi, je ne me considère pas comme un écrivain et lorsque ça me revient à la figure, je suis étonné. Et c'est la même chose pour le métier de médecin, lorsque je suis en vacances, que je laisse mon stéthoscope et mon téléphone ici, je ne suis plus le Docteur Lehmann à qui on vient demander des choses et c'est un immense soulagement. Donc, je ne peux pas répondre à la question.

2 bis/ Pourquoi décrire votre expérience professionnelle dans des ouvrages littéraires, dans quel but ?

Au départ, je suis avant tout un romancier, j'écris de la fiction ou ce que je considère comme de la fiction. Ce qui m'a poussé à quitter ce registre pour écrire d'abord *Patients, si vous saviez...*, puis *Les Fossoyeurs* et pendant un temps, à m'impliquer politiquement contre la politique de destruction du système de santé, c'est l'idée que lorsque vous voyez quelque chose avant les autres, qu'ils ne voient pas, ça fait partie de votre rôle en tant que médecin de le leur signaler, pour ce qui est de l'ordre de la médecine préventive par exemple. Lorsque vous voyez quelque chose par la force des choses, parce que vous avez une capacité d'analyse X ou Y, vous êtes dans la position de vigie sur le pont du Titanic, vous essayer de prévenir de ce qui est en train de se passer. Il me semblait qu'il était très utile à un moment où on pouvait voir presque dix ans avant, la destruction du système de santé en cours, de décrire ce qu'était le quotidien de la médecine générale, puisque on l'a vu à l'époque, on le voit encore aujourd'hui et c'est une évidence avec les décisions qui ont été prises pour la vaccination contre la grippe A, qui est une démenace quotidiennement renouvelée, qu'il n'existe pas trois parlementaires ou politiques de haut niveau en France, aujourd'hui, qui comprennent ce qu'est la médecine générale telle qu'elle est définie par la WONCA. Alors qu'ils se sont rendus compte, parce qu'on a tiré la sonnette d'alarme depuis des années, de la chute démographique très préoccupante et ayant enfin partagé notre diagnostic, ils ont fait une erreur thérapeutique en augmentant la pression et la « schlag » sur ceux qui restent, ce qui est évidemment totalement contre productif et une erreur thérapeutique majeure. Donc, ce que je voulais montrer dans *Patients, si vous*

saviez..., c'est que la plupart des gens ont confiance dans leur médecin généraliste mais n'ont pas confiance dans la médecine générale, c'est-à-dire que leur médecin généraliste est un type formidable, extraordinaire, humain mais qu'en général, le médecin généraliste, on ne sait pas très bien à quoi il sert, quoique les choses sont en train de changer car avec la pénurie, les gens sont en train de comprendre à quoi on sert. Donc en 2002, je voulais décrire ce qu'était notre quotidien et je voulais une réflexion plus poussée sur le rapport qu'on avait au pouvoir, à l'argent et aux firmes pharmaceutiques. On ne peut pas revenir en arrière mais avec le recul, je ne mesurais absolument pas ou m'entraînerait le fait de sortir du registre de l'écrivain pour entrer dans ce qu'on appellerait le registre de l'analyse sociologique et politique.

Dans vos ouvrages, vous nous parlez de la relation médecin-patient, fondement de la pratique du médecin généraliste :

3/ Que représente pour vous la relation médecin-patient ?

La relation médecin-patient, c'est justement ce qui est inaccessible et incompréhensible aux politiques. Je prendrais l'exemple de la vaccination pour la grippe A, du plan délirant qui a été mis en place par Roselyne Bachelot et ses experts. L'idée que l'acte vaccinal se réduit à l'injection d'un produit, qui est décidé d'en haut, injection qui se fera dans un gymnase avec du personnel de santé, infirmier et du personnel administratif réquisitionnés, comme s'il s'agissait d'un acte qui pouvait se définir comme cela : « il y a une décision, nous la prenons pour vous, vous y allez, on vous pique », est une négation de la spécificité de la médecine générale, qui est un dialogue qui s'approfondit entre deux personnes, un soignant et un patient, qui s'apprivoisent et apprennent à se connaître sur le long terme, qui commencent à partager au fil des années une tranche de vie, dans laquelle il y a un respect et une confiance partagés, qui amènent le patient à déléguer une partie de la gestion de sa santé au médecin. Contrairement à ce qui est souvent répété : « les gens veulent des informations, etc... », ils veulent des informations à un moment et c'est quelque chose qui est de l'ordre de la question de confiance qui se pose et qui est, car les gens ont des idées riches et qu'il y a plein de choses à faire. Pour ce qui est des questions initiales, ils disent : « je m'en remets à vous », pas « je m'en remets à vous » de façon paternaliste, mais parce que sur le long terme « je vous ai fait confiance et j'ai vu que je pouvais le faire, parce que je vous ai posé des questions et j'ai compris ce que vous avez fait, parce que parfois nous avons eu des différents et vous m'avez expliqué que, peut-être, vous vous étiez trompé ». Ainsi, de la même manière que si je ne m'y connais pas en mécanique, je ne vais pas me prendre pour le garagiste, les gens ne se prennent pas pour le médecin et ainsi, aujourd'hui, il y a énormément de patients qui me disent : « Docteur, vous me tiendrez au courant pour le vaccin, car de toute façon je n'ai confiance qu'en vous », et cette confiance, elle est méritée. Et cette confiance,

les politiques ne peuvent pas s'en rendre compte car ils l'ont perdue depuis si longtemps, que c'est un crève cœur pour eux de se rendre compte que des pelés et des galeux à 22 euros ont la confiance de la population, qu'eux-mêmes avec leurs plans mirifiques n'ont pas. J'en reviens encore à la vaccination. Pour sortir du fiasco, il s'est posé la question de confier la vaccination aux médecins généralistes, mais les choix politiques et industriels qui se sont faits au niveau des vaccins, multi-doses, avec adjuvants, etc, font que le gouvernement sarkozyste ne peut pas se dédire. Donc, après un mouvement de flottement, on a rembaré les médecins hier et on va continuer droit devant, c'est-à-dire directement dans mur. Il y a là une chute en avant, qui est de l'ordre, je pense, de la démente, qui signe l'échec du plan vaccinal. Ce n'est pas la peine d'aller plus loin pour savoir que ça va être un gigantesque fiasco, parce que l'acte vaccinal, comme n'importe quel acte médical, ne se réduit pas à ce qui est visible extérieurement, c'est-à-dire un acte : « on prend une seringue et on injecte ». Il y a tout un processus de maturation sur le long terme qui amène patient et médecin, dans une confiance et un respect commun, l'un à proposer éventuellement la vaccination à l'autre, l'autre à dire quelles sont éventuellement ses réticences et à poser des questions, et les deux, à arriver à une décision qui est une décision commune, qui est prise ensemble, qui est valable pour ce patient là, qui pourrait être explicitée à un tiers mais qui est valable pour ce patient là. Et la relation médecin-patient, c'est l'individualisation de données scientifiques complexes qu'il faut que le médecin ingère et qu'il puisse retraduire en partie à son patient, c'est une décision commune, c'est ça la relation médecin-patient. Et la notion qui est la plus importante à mon avis, c'est le temps, on n'apprivoise pas un patient, on ne gagne pas sa confiance et son respect, et la confiance et le respect doivent être mutuels, comme ça. Souvent, quand on voit un patient pour la première fois et qu'on doit lui annoncer, alors qu'il ne s'y attend pas et qu'il n'a pas l'habitude de voir les médecins, qu'il a, par exemple, une pneumopathie qui nécessite une hospitalisation, je lui dis souvent : « c'est sûrement difficile pour vous car vous n'avez pas l'habitude de la médecine, que vous vous en méfiez et que vous arrivez dans le cabinet d'un docteur que vous ne connaissez ni d'Eve ni d'Adam, vous vous trouvez confronté à des décisions que généralement on ne prend qu'avec une certaine confiance et que lorsque l'on a eu le temps de bâtir une relation. Manque de pot, la pneumopathie arrive aujourd'hui et on est obligé de faire avec ». Et je pense que cela, c'est très important, c'est la dimension temporelle.

4/ Comment se porte-t-elle à l'ère de la médicalisation ? Dans quelle mesure a-t-elle été transformée ?

Il faudrait pouvoir définir ce qu'est la médicalisation. Il y a à la fois des médecins partout et de la santé nulle part. Je me souviens, il y a quelques années, il y avait eu de grands froids et l'autoroute

A13 était bloquée par le verglas. Avant d'amener aux gens des boissons chaudes, de la nourriture, des couvertures, etc, on a dépêché sur place une cellule psychologique. Je veux dire que la pseudo prise en charge de la souffrance, qu'elle soit sociale, non psychiatrique ou psychiatrique, par le pouvoir, c'est ce qu'il croit être de la médecine ou de la médicalisation. De la même manière, la façon dont les problèmes médicaux sont traités dans les médias, c'est de la médicalisation, sans une réflexion qui justement permet de toucher la personne qui écoute, parce qu'elle sent que c'est à elle en tant qu'individu qu'on s'adresse. Et donc, quand un médecin généraliste parle dans les médias, un médecin qui est vraiment sur le terrain tous les jours, il y a quelque chose qui sort, qui est lié au fait, non pas que cet homme ou cette femme parle du haut de sa superbe mais en ayant l'habitude de s'adresser à un individu pour tenter de le convaincre. A l'ère de la médicalisation, le grand truc également, c'est qu'à l'heure d'internet les patients en savent plus que les médecins ou à l'heure d'internet, les médecins seraient bousculés dans leur paternalisme. Non, ce n'est pas vrai du tout. A l'heure d'internet les patients ont accès à énormément de données, ils commencent à décrypter que toute donnée n'est pas forcément de l'information mais que ça peut-être de la communication et au bout du compte, ils viennent confronter leurs informations avec celles du médecin. Alors, si le médecin a appris les bases de l'Evidence Based Medicine, il peut décrypter les informations, les données, comme on apprend aux jeunes à décrypter les images télévisées, comme ce qu'on appellera l'analyse critique des médias amène à décrypter comment ça fonctionne, ce qui n'est pas au grand plaisir des journalistes. Je ne pense pas du tout que la relation médecin-patient soit mise à mal par la diffusion d'informations sur internet. Le problème est de faire le lien entre information et diffusion. La médicalisation, c'est aussi la nécessité pour certains lobbys de mettre en place et d'attiser des peurs, que se soit sur la grippe, le cancer de la prostate, l'ostéoporose ou le cancer du sein et d'amener les gens, dont la première réaction est « il vaut mieux prévenir que guérir », à entrer dans un système qui peut leur être délétère. A ce moment là, la relation médecin-patient est vraiment testée à ses extrêmes limites, lorsque vous êtes amené à expliquer seul, vent debout, à un patient, contre l'opinion majoritaire scientifique, que par exemple vous ne ferez pas un PSA systématique parce que vous nuiriez probablement à sa santé, même si après vous avoir écouté, il décide de le faire. Je donnerai un exemple. Dans le cas de Vioxx, entre le moment où il a commencé à être mis en avant par les médias à travers la puissante influence des firmes pharmaceutiques et le moment où il a été retiré du commerce, il s'est passé de nombreuses années pendant lesquelles le discours dominant a été que c'était un médicament formidable. Il a eu le prix Médec, prix du meilleur médicament de l'année, était vanté par tout le monde, par les grands pontes de rhumatologie qui expliquaient qu'évidemment ce n'était pas ces abrutis de généralistes qui allaient prescrire ce médicament, qu'ils allaient rester au diclofénac et à l'ibuprofène. Et bien sûr, le jour où il a été retiré du commerce et

qu'on s'est rendu compte que les effets secondaires étaient connus depuis le départ, il n'y a eu personne de coupable ni de responsable. Personne n'avait jamais promu le Vioxx. Pendant ces années je n'ai jamais prescrit un comprimé de Vioxx. Cette chose, je l'ai connue avec le fluor pour les enfants, avec plein de trucs. Alors il faut tenir et un jour les patients viennent vous voir, par exemple avec le Diantalvic et ils vous disent : « mais Docteur vous m'aviez dit ça, comment se fait-il que vous étiez au courant avant tout le monde ? ». Il s'agit, c'est certain, de courage personnel. Le pouvoir que nous donne le fait d'être médecin nous entraîne un devoir, celui de maîtriser ce qu'on dit et ce qu'on sait. Si la médicalisation, c'est en partie, l'influence qu'ont certains lobbys pour faire prendre des vessies pour des lanternes, le médecin, soit s'en tient à ce qu'il croit juste en son âme et conscience et ça vaut pour la vaccination H1N1 comme pour le dépistage systématique du cancer de la prostate ou bien, et c'est ce que j'ai entendu dire sur certains forums, mes confrères disent que s'il y a un problème ils seront poursuivis, et alors on y va, même si on sait qu'on participe à la machine qui écrase le patient. Moi je ne peux pas.

4bis/ Quelle est l'influence de notre société actuelle sur celle-ci ?

Je pense que le cabinet médical est l'un des rares endroits où pouvait encore exister, pour certains patients, une relation d'aide à autrui qui serait quasiment désintéressée. Je veux dire que ce n'est pas à 22 euros que l'on est en train de leur vider les poches. Il y a des gens qui ne peuvent s'ouvrir de ce qui leur arrive, de leurs difficultés, de leurs souffrances puisqu'il n'y a plus de prêtre. Je ne pense pas du tout que l'acte médical soit sacralisable, qu'il soit sacré, ça ne concerne que les patients et les médecins. Mais c'est un acte qui s'inscrit dans la société et auquel je pense, tout le monde doit s'intéresser, les politiques, les financiers, les sociologues, tout le monde et les patients. Mais aujourd'hui, il est clair qu'ont été mis à la tête des principaux organismes, la sécurité sociale en particulier, des financiers, des énarques, des anciens d'HEC, qui sont là pour traquer les coûts et qui n'ont absolument aucune idée ni rien à foutre de ce que j'appellerai la dimension humaine de la médecine, c'est à dire la prise en compte de la rencontre de deux individus autour d'un diagnostic, d'une stratégie, d'une prise de décision et de la gestion de la santé sur le long terme, ce qui leur est totalement étranger. C'est l'obnubilation financière et économique de notre société capitaliste, surtout aujourd'hui avec la crise financière qui rend les comptes difficilement tenables et qui rend plus difficile encore de maintenir le grand mensonge autour des recettes de la sécurité sociale. En gros, le grand mensonge, c'est que en 25 ans, il y a 10% du PIB qui est parti des salaires et qui est arrivé sur les revenus financiers, et comme les revenus financiers cotisent moins que les revenus du travail, on dit aux gens : « et bien écoutez, on n'a plus rien pour payer vos retraites, l'assurance chômage ou l'assurance maladie ». Donc ce grand rapt est plus difficile à tenir secret, parce qu'une

partie de plus en plus importante de la population, soit les jeunes, soit la gauche et l'extrême gauche, soit les gens au chômage ou qui ont de la famille en difficulté, petit à petit, se rendent compte du vol massif dont ils sont victimes. Donc, la protection sociale fait partie de ce qui doit être détruit au prétexte qu'elle serait trop chère.

5/ Quels sont, selon vous, les rôles et les attentes du patient et du médecin dans cette relation aujourd'hui ?

Moi, j'ai du mal à généraliser. Je me souviens que j'avais vu passer un document d'une grande mutuelle qui avait sondé ses adhérents sur ce qu'ils attendaient du médecin. En gros, les gens jeunes attendaient un dépannage rapide pour des problèmes de santé ponctuels, les 45/65 ans attendaient une gestion de leur santé, peut-être parce qu'ils ressentaient le début du déclin et après 65 ans, les gens attendaient qu'on les comprenne et qu'on leur pardonne, chose qui m'a parue bizarre en la lisant. Mais c'est vrai qu'il y a beaucoup de personnes âgées qui ont des problèmes d'obésité ou de non observance par exemple, mais ce qu'elles demandent, c'est bien sûr qu'on les aide mais surtout qu'on reconnaisse leurs faiblesses en tant qu'êtres humains. Mais je n'irai pas plus loin dans la généralité parce que généraliser sur ce sujet me semble aller à l'encontre de ce qui, justement, me semble crucial : la reconnaissance qu'il s'agit d'individus. Je pense que, même s'ils ne le savent pas en arrivant au cabinet médical, qu'ils viennent pour un ongle incarné ou pour une douleur dans la poitrine, les patients cherchent quelque chose qui leur arrive assez rarement, qui est d'être pris en compte en tant qu'individu, dont l'existence est irremplaçable. Elle l'est pour eux et elle doit l'être pour le médecin.

Dans vos ouvrages, vous dégagéz de façon récurrente trois facteurs agissant directement sur la relation médecin-patient de manière délétère : la pensée médicale et la formation des médecins généralistes, l'attitude des patients et la toute puissance de l'industrie pharmaceutique. Les solutions que vous tentez d'avancer semblent passer avant tout par une meilleure éducation de chacun des acteurs de la relation médecin-patient.

Concernant les médecins généralistes :

6/ Tout d'abord, vous estimez la formation des étudiants en médecine générale totalement inadaptée et insistez sur la nécessité de la modifier profondément, pouvez-vous préciser ? En quoi cela pourrait-il consister ?

Déjà, à mon époque, on ne nous apprenait pas à réfléchir, on nous apprenait à travailler. C'est-à-dire que ce qui est fait, c'est définir des gens qui sont capables d'abattre une somme de travail énorme en

peu de temps. Mais ça se fait en incitant les gens à apprendre par cœur ce qui est dit d'en haut et à ne jamais critiquer, à ne jamais avoir une analyse critique de ce qui est dit. Pas une analyse critique pour pouvoir « gruger » le patron parce que c'est le patron mais parce qu'il faut, pour pouvoir faire sienne une définition médicale, une approche diagnostic, l'avoir testée. Pour la tester, et bien il faut mettre des coups dedans pour voir si elle tient ou si elle tombe. Donc, on ne nous apprend pas à réfléchir, on nous apprend à annoncer, à répéter ce qui a été fait avant. C'est pour cela que je dis souvent aux patients que la médecine est un paquebot comme le Titanic, sauf que pour le Titanic, il faut à peu près 45 minutes pour changer de course, tandis que pour la médecine il faut 10 ans. Par exemple, c'est en 1996 que les premières études ont montré l'inutilité voire la dangerosité de la supplémentation systématique en fluor chez l'enfant. Pendant 14 ans, je me suis battu avec les pédiatres et avec l'hôpital du coin, en faisant des lettres qui sont restées sans réponse, en donnant les éléments, en sortant les tirets à part, etc, et je vois que depuis deux ans, ils arrêtent de donner du fluor, ils donnent juste de la vitamine. Mais il aura fallu 14 ans, et à aucun moment, même poussé dans ses retranchements, un confrère ne m'a écrit pour me dire qu'il n'était pas d'accord avec moi. C'est juste : « on nous appris à faire comme ça ». Donc, déjà, il faudrait apprendre à réfléchir par soi-même. Et la deuxième chose que je vois aujourd'hui, qui existait déjà à mon époque, c'est qu'il y a un tel nombre d'étudiants pour un si faible nombre de places, qu'on apprend aux étudiants à se défier les uns des autres et si j'ose dire à essayer de se détruire entre eux. C'est comme cela que j'analyse les bizutages des PCEM1 redoublants envers les primants, etc, qui existaient à mon époque d'une façon enfantine mais qui me semblent aujourd'hui ancrés, avec l'idée qu'il y a un certain nombre de places et que si quelqu'un tombe, c'est « tant mieux pour moi ». Maintenir les universités et les étudiants dans leurs premières années de médecine, dans un tel carcan immonde, qui est finalement une très bonne image de la France sarkozyste dans laquelle seulement quelques uns s'en tireront (ce qui est vu dans les jeux de télé-réalité où on fait croire que tout le monde est ami mais où ils se détruisent les uns, les autres), n'est pas formidable pour créer une génération de gens qui seront particulièrement altruistes. Donc, aussi bien sur le fond de ce qu'on nous inculque au lieu de nous amener à y réfléchir ensemble, que sur ce qu'on nous amène à penser de nos confrères, il y a un énorme manque.

7/ Malgré tout, le jeune étudiant devient un médecin généraliste, qu'en est-il de la formation médicale continue ?

Qu'il y ait des jeunes qui aient envie de devenir généraliste est une chose, qu'ils s'installent en tant que médecin généraliste en est une autre, puisque tout est fait pour les en dissuader : l'augmentation de la « schlag » qui est pour eux, les réquisitions, l'absence totale de compréhension de leur rôle, etc.

Je n'aime pas tenir un discours défaitiste mais entre le Christian Lehmann de 2002 qui à la fin de *Patients, si vous saviez...* dit : « ça commence aujourd'hui » et le Christian Lehmann de 2009, sept ans se sont passés et parfois je me dis que la seule chose à quoi sert d'être la vigie sur le pont du Titanic, c'est de commencer à angoisser avant les autres et de se rendre compte avant les autres que, de toute façon, on va se prendre l'iceberg. Si vous êtes la vigie et que vous prévenez les personnes sur le pont, la capitainerie, et que finalement personne ne fait rien, vous avez juste quelques heures d'angoisse de plus que les autres. Je pense que le métier de médecin généraliste est un métier extraordinaire, que c'est un métier indispensable et qu'il existe des pays comme l'Angleterre qui savent ce que veut dire la médecine de premier recours. Mais pour le plus grand malheur des français, ils ont pris la médecine générale comme une donnée certaine, incontournable mais dont on n'avait pas à s'occuper et ils ont l'une des classes politiques parmi les plus « merdiques » que je connaisse et qui porte l'entière responsabilité de la destruction de la médecine générale et du système de santé solidaire en France. Il y a un nombre conséquent de médecins généralistes, dévissant leur plaque chaque année sans trouver de remplaçant. Pour les remplaçants, les difficultés administratives, la violence du mépris qui leur est montré par la supériorité administrative et politique sont telles, que le nombre de postes salariés parfois non soignants étant ce qu'il est, je ne suis pas sûr que, finalement, le médecin deviendra médecin généraliste. Pour ce qui est de la formation médicale continue, c'est remettre en cause constamment ce qu'on a appris, ce n'est pas forcément facile. C'est plus facile de voir arriver le délégué médical d'un laboratoire qui dit : « Docteur, vous êtes formidable, vous avez maintenant à votre disposition un magnifique médicament, qui fait de vous, encore, un sauveur de l'humanité ». Vous n'avez aucune question à vous poser sur vos compétences, parce qu'un peu comme le Père Noël, vous avez le droit chaque année à de nouveaux médicaments, qui vous permettront de faire barrage à la maladie, ce qui évidemment n'est pas vrai. Donc, la formation médicale continue, c'est se remettre en cause, et c'est à la fois extrêmement angoissant, inquiétant mais en même temps on sent bien avec le temps que ça permet d'éviter des erreurs. Je me souviens récemment d'avoir discuté avec un médecin généraliste de la grippe H1N1, et un confrère ORL est venu nous raconter son histoire personnelle pour justifier qu'il n'était pas vacciné et on lui a répondu qu'on était médecin généraliste, qu'on ne pouvait pas s'en tenir à une histoire de chasse, que c'était intéressant mais que nous devions réfléchir aux tenants et aux aboutissants. Donc, la formation médicale continue c'est ça, c'est remettre en cause ce qui est dit par les autres et ce qu'on dit soi-même.

8/ Vous attendez des médecins généralistes qu'ils se remettent en question, pouvez-vous expliquer ?
 Etant donné que la médecine n'est pas une science exacte, que c'est un art, que les présupposés

peuvent évoluer au fil du temps, il est important de savoir critiquer ce qui est dit, critiquer ce qui nous a été appris, mettre en doute ce qu'on croit si les faits ne nous donnent pas raison. Ce n'est pas la faute du patient si sa pathologie n'a pas répondu correctement au traitement, ce n'est pas la faute du médecin non plus, ni la faute du traitement, mais il y a sûrement quelque chose qui n'a pas été vu, qui n'a pas été pris en compte, des nouvelles données et il faut se replonger dedans. C'est pour cela que le meilleur examen complémentaire pour le patient, c'est de le revoir et que la médecine générale s'inscrit dans la durée.

8bis/ Pensez-vous qu'ils ne le font pas assez ?

Je ne sais pas, je refuse d'être dans la position, et on a souvent discuté de cela avec Martin Winckler, d'un donneur de leçon qui dirait aux autres que : « moi, parce que j'ai accès aux médias et que j'écris des livres, je sais ce qu'il faut faire et qu'eux sont juste des crétins provinciaux à 22 euros ». Au moment où on s'est battu contre les réquisitions, les gardes, etc, en 2002, je me souviens très bien avoir été invité à France Culture. Martin Winckler était présent, ainsi que plusieurs personnes de la société civile, et on nous a rétorqué qu'on pouvait bien parler avec nous mais qu'on était des médecins exemplaires. Je leur ai dit « d'arrêter les petites gâteries, les petits passages de mains dans le dos dans un studio de radio parisien parce qu'on est entre nous, et que la seule différence entre nous et les confrères qui nous écoutent, c'est qu'ils sont trop loin de Paris pour venir, qu'ils ont une charge de travail trop importante, mais qu'ils diraient exactement la même chose. Simplement, confronté à un médecin généraliste, vous vous retrouvez babas parce que ce que vous dites ne tient pas la route et vous ne pouvez vous en sortir qu'en disant qu'on est bien mais que tous les autres sont des bouseux ». Ce qui est faux. J'ai un confrère syndicaliste qui me disait : « tu mets 15 médecins généralistes, même ceux que tu ne trouves pas forcément brillants, autour d'une table, tu as un pouvoir de déduction énorme, tu ne te rends pas compte mais lorsque vous êtes ensemble, vous comblez les difficultés ou les failles des autres et vous arrivez à une somme qui est énorme ». C'est pourquoi on se débrouille pour que les médecins généralistes ne travaillent pas ensemble. Et une des raisons pour laquelle la médecine générale a tenu ces dernières années alors qu'elle aurait pu être laminée par la convention absolument scélérate de 2005, c'est qu'internet existant, de nombreux médecins ont pu commencer à échanger sur leur vécu quotidien, sur leur vécu syndical, à la minute près.

Concernant les patients :

9/ Vous évoquez la nécessité d'une prise de conscience des citoyens et de leur responsabilisation, pouvez-vous détailler ?

Je suis embêté car je crois que c'est trop tard. J'ai écrit *Patients, si vous saviez...*, c'est-à-dire quand vous saurez, vous ferez. Ensuite, j'ai écrit *les Fossoyeurs*, parce que j'avais écouté Nicolas Sarkozy et que je me suis dit : « mon Dieu mais ça va être absolument terrible » et j'ai essayé de prévenir. Puis je me suis lancé dans la lutte contre les franchises, j'ai mis en place des pétitions et il y a eu quand même des centaines de milliers de signataires, tous les médias en ont parlé, on s'est battu comme des chiens. Au bout du compte, j'ai fait plus de manifestations que je n'en ai jamais fait de ma vie, je me suis retrouvé un nombre de fois incalculable devant le ministère de la santé, et puis à un moment j'ai pris du recul, je me suis dit : « il y a des centaines de milliers de signataires, les gens sont au courant, ils savent qu'on est en train de détruire la sécurité sociale, on le leur a assez dit, et nous sommes samedi après-midi, devant le ministère de la santé et nous sommes ici 150 personnes. Il y a les 50 mêmes courageux d'Act Up, il y a les 20 courageux de l'association des diabétiques, il y a des handicapés, des gens qui ont perdu quelqu'un dans leur famille, il y a quelques militants communistes, de la CGT, de la CFDT, du parti socialiste ou d'ailleurs qui sont là, mais finalement à quoi arriverons-nous si tous les autres, que ça concerne au plus haut point, sont en ce moment dans leur jardin en train de passer la tondeuse ou chez Auchan parce qu'il y a une promotion sur les vins et champagnes ». Les français ont perdu leur système de santé solidaire et ce que je vois arriver aujourd'hui, c'est mot à mot ce qui est écrit dans *les Fossoyeurs*. C'est trop tard, je n'attends rien, je pense que les gens avaient une chance de modifier les choses et que cette chance est passée. J'espère me tromper mais je ne crois pas. Je me souviens d'une femme qui s'est assise dans mon cabinet après les élections et qui m'a dit : « mais Christian, on a voté pour lui mais pas pour ça ». Je lui ai répondu que j'étais désolé, mais que si, ils avaient voté pour ça, que c'était dans le programme depuis le début. Mais cela, c'est autre chose, c'est la fabrique du consentement, les médias amènent les gens à consentir à leur propre destruction.

10/ Vous déplorez l'absence d'une politique d'éducation sanitaire de la population et souhaitez sa mise en place, pouvez-vous développer ?

En Angleterre, ce n'est pas difficile, il y a un système de santé qui est correctement révisé même s'il est sous doté financièrement, parce que le gros problème de l'Angleterre, c'est qu'elle met 6 à 7% de son PIB dans la santé et nous on met 11 à 12%. Mais l'Angleterre mettrait 10%, ce serait un système qui fonctionnerait correctement. Donc, c'est sûr que c'est gênant car les médecins gèrent la pénurie mais par contre il y a une attention qui est portée sur le premier recours, que ce soit la médecine générale, les infirmiers, etc. Les médecins travaillent en groupe, avec des dossiers, des aides informatiques, des aides administratives, des infirmiers, qui leurs permettent d'être une vraie puissance de premier recours, et ça va avec le fait que le National Health Service met en ligne sur

internet des informations qui sont déjà de haut niveau pour les gens qui, s'ils pensent avoir un problème, peuvent aller les lire. Par exemple, qui sait en France, alors que ça se sait en Angleterre, qu'il y a une polémique sur le dépistage systématique du cancer du sein. Dans les journaux féminins en Angleterre, cette polémique est mise en avant clairement alors que dans les journaux féminins français, on trouvera seulement l'information que les femmes doivent se faire dépister à partir de 40 ans et l'arrière-banc des artistes qui exhibent un sein nu en disant: « je me dépiste ». Il n'y aucune réflexion de fond, aucune éducation sanitaire, parce qu'un peuple qu'on maintient dans l'absence d'éducation sanitaire est un peuple auquel les firmes et les lobbys pharmaceutiques et industriels peuvent vendre des « vessies pour des lanternes ».

La toute puissance de l'industrie pharmaceutique et son influence sur le milieu médical, les patients et les pouvoirs publics est l'un des sujets que vous développez le plus, tant il interfère dans la relation médecin-patient, donc :

11/ A l'ère du « tout-médicament », quelle cohabitation des médecins généralistes et des patients avec l'industrie pharmaceutique peut-être envisagée ?

Je crois qu'elle est simple. Les firmes pharmaceutiques fabriquent des médicaments. Leur but est le profit de leurs actionnaires, il n'y a rien là, qui soit incompatible, à condition que celui qui prescrit les médicaments soit indépendant des firmes et que ceux qui parlent du médicament, que ce soit les médecins ou les médias, annoncent leurs conflits d'intérêts, ce qui n'est quasiment jamais fait en France alors que légalement, c'est obligatoire. Moi, je ne suis pas contre les laboratoires pharmaceutiques mais je pense qu'ils doivent dépenser leur argent en recherche et développement et pas en marketing et communication. Mais un problème plus global est celui de vendre quelque chose à des gens qui n'en ont pas besoin. La grande force des firmes, par exemple, a été de faire croire que le taux de cholestérol, en lui-même, signifiait une augmentation du risque nécessitant éventuellement un traitement. Et c'est parce que nous avons, Martin et moi, pointé ce problème, moi dans *Patients, si vous saviez...* et lui dans ses chroniques sur France Inter, qu'il y a eu toute cette histoire, où il a été viré de France Inter. Par la suite, on a appris que Jean-Luc Hees faisait le ménage pour l'industrie pharmaceutique, on y verra ou non un lien de cause à effet.

11bis/ Quelles sont les limites de cette relation aujourd'hui ?

Et bien, que bientôt il n'y aura plus de médecins. Pendant un temps en France, on va se trouver dans un problème insurmontable et la relation médecin-patient va être mise à mal. Je vais finir par quelque chose qui n'est pas très politiquement correct mais pendant des années, dans les magazines gratuits et

les magazines féminins, vous aviez des sondages : « comment choisir votre médecin généraliste ? ». Il fallait que tout soit impeccable, qu'il n'y ait pas de dépassement, que tout soit propre, qu'il y ait une secrétaire, que dans la salle d'attente il y ait des revues de presse, que si possible on vous donne du thé, etc. Et c'était très étrange de voir ces trucs, qui étaient de plus en plus délirants, sur ce qu'ils attendaient. Mais la réalité aujourd'hui, c'est que lorsque les gens trouvent un médecin généraliste, ils s'y accrochent avec désespoir parce qu'il n'y en a pas d'autre et que nombre de mes confrères qui partent, rechignent parfois à dévisser leur plaque parce qu'ils savent qu'ils laisseront leurs patients sans personne après eux. Et au moment où l'on parle, il paraît que les généralistes boudent Paris. Non. Mais pendant longtemps, les politiques ont cru que la pénurie de médecins était juste pour la province, maintenant ils se rendent compte que c'est partout. Donc, la relation médecin-patient va à la fois se renforcer car ça va être plus rare, et en même temps le tissu entier va être mis à mal. Si j'osais encore quelque chose qui n'est pas politiquement correct, la raréfaction des médecins généralistes leur donne individuellement plus de pouvoir. Certains utilisent ce pouvoir pour augmenter leurs honoraires, d'autres l'utilisent simplement pour l'approfondir. Je pense par là que, pendant un temps, leur raréfaction donne à la parole des généralistes une force qu'elle n'avait pas. On les a considérés comme étant une chose comme une autre, dont on pouvait se passer ou qu'on trouverait toujours, mais un généraliste, ça vaut de l'or. Mais ça ne durera qu'un temps. Je ne dis pas qu'à un moment ou à un autre il ne va pas y avoir un soubresaut mais il faut 10 ans pour faire un médecin généraliste, l'implantation de médecins généralistes d'autres pays européens n'est pas forcément évidente et de toute façon, si j'étais médecin roumain ou bulgare, ce n'est sûrement pas en France que je viendrais m'installer mais dans un pays qui sait à quoi sert la médecine de premier recours. Donc, je pense que la relation médecin-patient est à la fois très riche et n'est pas pérenne. Elle est extrêmement fragile, parce que les gens vont se retrouver de plus en plus seuls, dans un milieu dont on aura détruit les médecins généralistes, pour qu'ils soient seuls face à des usines de santé, à des cliniques de santé, avec certaines mutuelles qui, sous couvert d'un discours mutualiste, solidaire, etc, ne rêvent que d'une chose, c'est d'être des aiguilleurs à pas cher, croyant que le rôle du médecin généraliste est d'être un « gate keeper » lambda. C'est une erreur que la société française entière paiera.

Enfin, pour conclure :

12/ A votre avis, quelle est l'avenir de la médecine générale et de la relation médecin-patient dans les années qui viennent ? Comment les sauver des affres de la technologie et de la rentabilité ?

Je ne pense pas que ce soit la technologie qui va poser problème, je pense que c'est la rentabilité. C'est-à-dire que ce n'est pas que le médecin généraliste ne soit pas rentable, un système bien

organisé avec un premier recours sur lequel on met le paquet si j'ose dire, c'est un système qui fonctionne beaucoup mieux. Mais ce n'est pas de la rentabilité qu'il s'agit, c'est de ce que j'ai appelé le grand mensonge, le grand rapt. Les médecins sont payés en grande partie jusqu'à maintenant sur l'argent de la protection sociale. Il a été volé à la protection sociale 10% du PIB depuis des années, ce qui constitue un hiatus. La manière dont le système capitaliste peut réduire ce hiatus est double : détruire la protection sociale, donc ça ne posera plus de problème, et récupérer ce qui serait un gigantesque marché, le marché de la santé, dont le budget est supérieur au budget de l'état chaque année, donc pour eux c'est tout « bénéf ». Et la prise de conscience du fait que le capitalisme financier est une machine mortellement destructrice avance mais je pense qu'elle n'avance pas suffisamment rapidement. Et je pense que c'est la santé des gens qui en fera les frais. J'ai écrit *les Fossoyeurs* parce que je pensais qu'il y aurait des conséquences à la politique sur la convention santé UMP, que le candidat Sarkozy qui était devant moi en juin 2006, était en train de mettre en avant. Je voyais ce petit homme agité de tics sortir des pseudo-évidences qui étaient catastrophiques et qui montraient son assujettissement à l'idée que la santé était un marché comme un autre. Et je me disais: « ça se paiera dans la chair même des patients ». Et c'est ce qui est arrivé.

III/ Annexe III : Entretien avec Luc PERINO

Mr PERINO,

Tout d'abord bonjour et merci d'avoir accepté de répondre à mes questions.

Vous êtes médecin généraliste et écrivain:

1/ D'où vous vient cette double vocation ? Qu'est-ce qui vous a poussé à devenir médecin généraliste puis écrivain ?

Pour ce qui est de l'écrivain, ça n'a jamais arrêté, ce n'est pas une vocation. J'ai toujours écrit, l'écriture doit être mon mode d'expression. J'ai plein de manuscrits en attente. C'est une passion. Quand on commence à écrire et que ça marche, ça devient une passion dévorante. Mais écrire, c'est facile, se faire publier est plus difficile jusqu'à ce qu'on ait la confiance d'un éditeur. Pour la médecine, c'est ancien aussi. Ça vient probablement d'un fort encouragement paternel car mon père m'avait offert un gros cartable en cuir, en me disant que ce serait pour quand je serais médecin. De plus, Luc est le patron des médecins... C'est venu naturellement. J'ai fait mes études et ça m'a plu. C'était un peu dur, surtout la première année. La médecine générale était une obligation pour moi, même si j'ai un petit regret, la chirurgie. Je n'ai pas eu envie de prolonger mes études mais si j'avais eu le courage, j'aurais aimé la chirurgie générale, qui existait à l'époque. J'ai fait de la médecine générale, de la médecine rurale et de la médecine tropicale.

2/ Quelle est aujourd'hui la part du médecin ou de l'écrivain qui tient le plus de place dans votre vie ?

Je suis à 100% médecin tout le temps, je me vis comme médecin, c'est vraiment ma deuxième identité. J'ai fait beaucoup de médecine rurale, de gestes, de médecine tropicale. Après la cinquantaine, c'est une médecine qui devient lourde et c'est à ce moment là que j'ai commencé à publier. Pendant longtemps, l'écriture a été au second plan. On a de la prétention et maintenant que j'ai une petite audience, ça me donne plus de prétention et j'ai envie d'écrire encore mieux, d'avoir un impact encore plus percutant. L'écriture est en train de prendre largement le devant. Depuis deux ou trois ans, l'écriture m'envahit complètement. Mais j'exerce encore deux jours par semaine dans un cabinet en banlieue.

2bis/ Pourquoi décrire votre expérience professionnelle dans des ouvrages littéraires, dans quel but ?

Je vais vous décevoir, c'était pratique et pragmatique. L'écriture m'a toujours plu. Se faire publier pour son premier livre est un parcours du combattant. La plupart des gens abandonnent. Je n'avais pas envie d'écrire sur la médecine. Darwin me plaît beaucoup, j'avais d'autres manuscrits de sciences fiction et autres. Mais la médecine reste un sujet qui plaît et on m'a dit que c'est un sujet qui marcherait. Je suis parti avec le *Bobologue*. J'ai eu de la peine mais j'ai trouvé un éditeur qui s'est battu. C'était donc pour être sûr d'être édité (ce n'est pas beau de dire ça, ce n'est pas très glorieux). Ça a été un petit succès mais ça m'a ouvert des portes, même si ça n'a pas été facile après pour autant. Après, j'ai eu envie de livres un peu plus philosophiques, plus sociopolitiques. J'ai trouvé des éditeurs. J'ai continué sur la médecine car ça me plaît beaucoup et d'un point de vue littéraire, où voit-on mieux l'humanité que dans un cabinet de médecine générale ? On la voit aussi dans le métro, dans la rue mais en médecine, c'est une source inépuisable. Puis après ça, j'ai pu me lancer dans autre chose et j'ai fait mon Darwin. C'est un travail considérable d'historien et de recherche, et il a dépassé toutes mes espérances (3^e réédition). Dans le public que je visais, ça a marché. Puis je viens de publier *Une brève histoire du médicament* car ça me passionne, un livre richement documenté, d'histoire, très critique sur l'évolution de la médecine mais avec des arguments. En revenant de Chine, j'ai fait un bref passage dans l'industrie pharmaceutique. Le prochain sera sur Pasteur. Je reste dans un champ d'unité. Je n'ai pas osé un roman policier ou autre mais ça ne me tente pas trop.

Dans vos ouvrages, vous nous parlez de la relation médecin-patient, fondement de la pratique du médecin généraliste :

3/ Que représente pour vous la relation médecin-patient ?

Je n'aime pas cette expression « relation médecin-patient ». On en parle beaucoup mais c'est quelque chose qui ne me plaît pas, car pour moi la relation médecin-patient n'existe pas. Il y a une relation d'homme à homme, une relation inter-individuelle, qui est basée sur le savoir-vivre, qui ne s'apprend dans aucune école, aucune faculté et qui est un des éléments de notre « hominisation ». Cette relation inter-individuelle, vous l'avez ou vous ne l'avez pas. Quand j'enseigne aux jeunes médecins, je leur dis : « quand vous êtes dans le métro, si vous n'êtes pas bien si une personne est trop proche de vous, si quelqu'un qui vous touche le bras vous met mal à l'aise, si vous ne savez pas, lorsque vous écoutez quelqu'un, lui poser la main sur le bras, il ne faut pas choisir médecine, il faut faire autre chose. Si vous avez peur de toucher les gens, il ne faut pas choisir la médecine. Ça veut dire que votre relation inter-individuelle est ce qu'elle est mais n'est pas apte au métier de médecin, en tout

cas à la médecine générale, car je ne suis qu'en amont de la relation médecin-patient ». Dans un deuxième temps, il y a ce que j'appelle la relation médecin-patient, qui est la relation de celui qui a la connaissance à celui qui la demande, une relation commerçant-client. C'est autre chose que la relation inter-individuelle. Il y a des médecins qui ont une très bonne relation inter-individuelle, ce pourquoi leurs patients ne veulent pas partir, mais qui sont de très mauvais commerçants, qui en abusent et qui détruisent la santé de leurs patients. Par exemple, il y a des professeurs de renom qui ont une excellente relation inter-individuelle mais qui tuent leurs patients. Il faut vraiment séparer les deux choses. Après, vient la relation d'expert à patient. Il y a une chose contre laquelle je me bats depuis longtemps, c'est que vous entendez toujours dire, « le médecin a une faculté d'écoute ». Je ne suis pas opposé à cela, je pense que c'est vrai, le médecin doit avoir une faculté d'écoute. Mais si vous analysez les critiques des patients envers leurs médecins, la plainte essentielle des patients est que le médecin ne leur a pas assez expliqué. On n'entend jamais dire ou rarement : « il ne m'a pas assez écouté ». Si le médecin doit écouter les patients, il doit aussi expliquer. Le psychiatre ou le psychanalyste doit écouter mais je crois que mon rôle essentiel en tant que médecin généraliste est l'explication. Autant je pense que les médecins ont appris à écouter et savent plutôt bien le faire, autant ils savent très mal expliquer, ce n'est pas rentré dans les mœurs. Ainsi, en tant que médecin généraliste, non seulement je suis l'expert mais je suis le vulgarisateur de la science. Nous avons un diplôme universitaire mais nous sommes les mieux placés pour la vulgarisation, qui est la plus noble des didactiques. Je dirais donc que dans la relation médecin-patient, l'explication est en déficit actuellement et on doit bien expliquer et apprendre à expliquer, pour faire de la vulgarisation, ce que j'essaie de faire grain après grain. Ainsi, il y a la relation inter-individuelle, la relation d'expert et la relation de commerce. La médecine est un commerce et dans la relation commerçant-client, je ne dois pas abuser de la crédulité de mon client. Cette relation évolue avec l'expérience du médecin. Un médecin jeune abuse par inexpérience et par lucre alors qu'avec l'expérience, le meilleur service que je puisse rendre à mes patients, c'est de leur dire ne plus voir un médecin.

4/ Comment se porte-t-elle à l'ère de la médicalisation ? Dans quelle mesure a-t-elle été transformée ?

Je pense que la relation inter-individuelle ne s'est pas dégradée. Les modalités ont changé. En effet, avec mes patients, nos sujets de conversation, nos interrogations ne sont pas les mêmes, mais la qualité de notre relation inter-individuelle est la même, pour moi elle est celle que j'avais il y a trente ans quand j'ai commencé la médecine. Et si l'on regarde les statistiques, lorsqu'on interroge les gens, le médecin généraliste reste quelqu'un en qui la confiance est énorme. 90% des gens apprécient leur médecin généraliste, l'aiment, lui font confiance et les patients ne vivent pas trop une dégradation de

leur relation inter-individuelle avec leur médecin généraliste. Dans la relation expert-patient par contre, mon expertise est relativement bien moins bonne qu'avant. Lorsque j'ai terminé mes études en 1973, j'avais l'impression d'avoir un niveau d'expertise optimum pour l'époque, je n'étais pas bon partout mais je n'étais mauvais nulle part et je pouvais gérer à peu près toutes les situations. Aujourd'hui, il n'y a pas de doute, mon niveau d'expertise est bien plus bas. La question est de savoir si mon niveau d'expertise plus bas m'enlève réellement mon expertise avec les patients et c'est très difficile d'y répondre. Je pense que les patients m'accordent moins de confiance comme expert, c'est logique et je suis conscient de mes lacunes mais je pense que mon bon sens garde encore un degré d'expertise, ce que j'appelle la « post-clinique ». Mais je ne peux pas bien l'évaluer. Donc, la qualité de la relation n'a pas changé mais la qualité de la transmission de savoir a diminué. Et quand j'ai des convictions profondes, comme pour le dépistage de masse du cancer du côlon par exemple, pour lequel j'ai la conviction qu'il n'a aucune utilité ni en terme de santé individuelle ni en terme de santé publique, ce qui relève d'un haut niveau d'expertise car j'y ai réfléchi et travaillé, et bien cette conviction, je ne sais plus la faire passer à mes patients. J'ai donc perdu en force de conviction, parce que ceux qui font pression sur mes patients pour faire ressortir leur expertise ou ce qu'ils croient être leur expertise comme, par exemple, pour le dépistage de masse, les politiques, les universitaires, les médias, ont de toute façon un pouvoir de conviction supérieur au mien. Et leur pouvoir de conviction vu par le public est recevable, il ne peut pas être critiqué même si je sais que mon niveau d'expertise dans ce domaine est aussi bon. Mais je ne peux pas le faire passer car j'ai une concurrence énorme et que le patient me met moi, généraliste, au plus bas de l'échelle du savoir. Donc à ce niveau là, oui ma relation avec le patient s'est dégradée mais de façon douloureuse pour moi, pas pour le patient. Le médecin a moins de liberté que le patient, car il est obligé de donner l'Hémocult. Donc pour moi, si la relation s'est dégradée, c'est au détriment du médecin et non du patient. On dit toujours « le pauvre patient qui souffre d'une mauvaise relation médecin-patient mais le pauvre médecin qui souffre d'une mauvaise relation médecin-patient ! » Donc, face aux pouvoirs publics et aux médias, j'ai perdu. Je souffre du fossé qui sépare l'expertise imaginée de l'expertise réelle. Mais les patients en souffrent aussi car ils se rendent bien compte qu'il y a des informations contradictoires (exemple du vaccin contre la grippe A) et le médecin ne sait pas diminuer le niveau de confusion. Quant à la relation commerçant-client, elle reste identique. Il y a des domaines où l'abus est scandaleux (radiologie, urologie) mais je ne crois pas que les médecins généralistes abusent, ils ne courent pas après les actes.

4bis/ Quelle est l'influence de notre société actuelle sur celle-ci ?

C'est la société qui est responsable de la diminution de mon niveau d'expertise. Si on prend

l'exemple de la grippe, mon temps de parole dans le cabinet médical est clairement inférieur à celui en dehors du cabinet médical. Et le temps de parole a un impact énorme. Ainsi, concernant la grippe, il faudrait que je parle dix heures à chacun de mes patients pour surpasser le flot médiatique. Donc, la société a un impact monstrueux sur cet aspect de l'expertise mais pas sur la relation inter-individuelle. Je suis surpris par la confiance illimitée que nous portent les patients. Ils viennent nous voir après les spécialistes pour avoir notre avis. Les patients ayant conscience de ce déficit d'expertise, se disent « je m'en remets à mon bon sens, et mon bon sens est sûrement proche de celui du généraliste, et je retrouve l'efficacité de ma relation inter-individuelle, je verrai dans ses yeux ce qu'il ferait pour ses proches ».

5/ Quels sont, selon vous, les rôles et les attentes du patient et du médecin dans cette relation aujourd'hui ?

Les attentes du patient, c'est de comprendre. Ce n'est pas tant l'écoute, même s'ils veulent raconter leur histoire et qu'on les écoute, mais je crois qu'ils attendent avant tout une explication, pas un traitement, même pas un diagnostic mais une explication, même si c'est pour dire qu'on ne sait pas mais qu'on n'est pas inquiet et qu'on le revoit dans quinze jours. Donc, l'explication est au dessus de tout le reste. Dans un second temps, il attend qu'on le touche. Il est fondamental de toucher le patient d'une manière ou d'une autre en fonction du motif de consultation. Le patient l'attend car le médecin est celui qui a le droit de le toucher, dans toute la société, c'est celui qui a le droit. Je dis aux jeunes médecins « il faut peloter vos patients, si vous ne les peloter pas, vous ne serez pas un bon médecin ». Donc, explication, toucher, même si c'est symbolique mais je crois qu'il faut le faire, même si c'est seulement poser la main sur son bras, et puis c'est tout. Ils n'attendent pas de traitement. Ils attendent d'être rassurés, naturellement, de savoir où ils vont, quelle est la marche suivante mais pas forcément qu'il y ait un bon diagnostic ou une ordonnance.

Dans vos ouvrages, vous dégagez de façon récurrente trois facteurs agissant directement sur la relation médecin-patient de manière délétère : la pensée médicale et la formation des médecins généralistes, l'attitude des patients et la toute puissance de l'industrie pharmaceutique. Les solutions que vous tentez d'avancer semblent passer avant tout par une meilleure éducation de chacun des acteurs de la relation médecin-patient.

Concernant les médecins généralistes:

6/ Tout d'abord, vous estimez la formation des étudiants en médecine générale totalement inadaptée et insistez sur la nécessité de la modifier profondément, pouvez-vous préciser ? En quoi cela

pourrait-il consister ?

C'est clair que la formation universitaire en France, aujourd'hui (je ne connais pas les autres pays), est totalement inadaptée à la médecine générale. On n'enseigne pas au médecin à être autonome, isolé et seul, on lui enseigne comment faire pour garder un lien avec l'université d'où il sort, pour toutes les pathologies. Avant, on avait de l'autonomie, maintenant il faut tout envoyer à l'hôpital, sauf au mois d'août, où on peut garder ses patients, où vous devenez expert et poly-compétent, mais en dehors du mois d'août, vous redevenez poly-incompétent. C'est sûr que la formation est totalement inadaptée, c'est un constat sans appel et les professeurs n'ont pas ce souci-là de former des généralistes. Par contre, hélas, les remèdes ? Est-ce qu'on peut enseigner la post-clinique ? La pré-clinique, oui. Est-ce qu'on peut se dispenser de toute la technologie, de l'imagerie ?

Honnêtement, je ne sais pas répondre. Donc, on va vous enseigner la médecine générale, c'est-à-dire la post-clinique, alors que tout concourt à ce qu'on va faire une IRM pour une tendinite aujourd'hui. Et est-ce que le médecin peut s'en passer alors que c'est la première chose qui sera faite en dehors de son cabinet et que pour le patient, faire une IRM, c'est faire quelque chose, même si pour lui faire quelque chose, c'est sous-entendu faire quelque chose pour sa guérison alors qu'il s'agit ici de quelque chose pour le diagnostic et que ça ne changera rien ni au pronostic ni à la guérison. C'est ainsi la confusion totale, dont abusent les médecins mais sans s'en rendre compte, en disant qu'ils font quelque chose pour leur patient mais faire un acte diagnostique, ce n'est pas pareil qu'un acte thérapeutique et pour le patient ça n'a aucun intérêt. Mais chaque acte diagnostique est vécu comme un acte thérapeutique. Il faudrait donc enseigner la médecine générale, mais c'est utopique, en disant: « prenez le maximum de risques et faites le niveau le plus bas en technologie de la médecine ». Tout à l'université est fait pour l'inverse. Pour moi, c'est le dilemme majeur, c'est l'impasse et elle est totale. Alors, on a créé les sciences humaines et sociales en première année, et c'est pour moi une erreur majeure car il aurait fallu les mettre en dernière année. Donc, on devrait faire la clinique, qu'on pourrait enseigner dès le début, puis la définition des objets-maladies, c'est-à-dire les diagnostics avec la sémiologie, l'imagerie, la biologie, et la post-clinique en fin d'étude, c'est-à-dire le retour du bon sens, les sciences sociales, l'économie. Donc, les progrès que l'on pourrait faire dans la formation, c'est vraiment d'enseigner la post-clinique à la fin avec les sciences sociales afin de revenir à plus d'expertise et d'autorité pour convaincre les patients de l'inutilité de certains examens. Il n'y a qu'en fin d'études que l'on peut apprendre ça à des étudiants, car lorsqu'ils débutent, ils ont envie d'entendre parler de toute cette technologie, et c'est pourquoi beaucoup se désintéressent de la médecine générale car ils ont rencontré des hyper-spécialistes qui manient ces technologies. On démarrerait par la clinique, puis on essaierait de comprendre et on finirait par la post-clinique.

7/ Malgré tout, le jeune étudiant devient un médecin généraliste, qu'en est-il de la formation médicale continue ?

C'est indispensable. Après il y a le problème du financement. Moi, je me suis battu toute ma vie pour essayer de diminuer la part de l'industrie pharmaceutique dans les FMC et j'y suis arrivé. J'ai créé la première association de FMC dans la région PACA, sans un centime de l'industrie. C'était en 1978 et on n'avait pas un labo qui avait le droit de regard. Les médecins finançaient, payaient, on n'y mangeait pas, c'était à frais minimums, mais ça avait un succès fou. J'ai été excessif, la pharmaceutique a son droit de regard, je ne veux pas la diaboliser, mais c'est sûr qu'elle ne doit pas la financer à 95% comme c'est le cas actuellement, parce que là, on a carrément un conflit d'intérêts, d'orientation de tout à partir de l'industrie pharmaceutique, on en oublie la clinique. Mais là, j'ai perdu espoir. Donc la FMC, oui. Il y a de bonnes pistes, l'UNAFORMEC en finance une partie, la sécu devrait en financer une partie également, mais je crois que les médecins devraient mettre la main à la poche. Mais elle est indispensable évidemment, on ne peut se permettre d'être en dehors des données de la science mais avec plus d'indépendance. Et aussi, on appelle toujours des spécialistes pour faire des cours. Moi, je ne suis pas certain que ce soit toujours bien car le spécialiste qui va nous parler de la maladie d'Alzheimer, par exemple, ne va pas nous parler de la même maladie que celle que je vois. Donc, je pense que c'est un généraliste qui devrait en parler, un généraliste ayant son niveau de compétence dans le domaine. Mais ça, c'est complexe, ça ne changera pas non plus, on appelle toujours un spécialiste. Ou à deux, c'est-à-dire qu'on ne peut pas faire un enseignement sans qu'un généraliste n'y participe.

8/ Vous attendez des médecins généralistes qu'ils se remettent en question, pouvez-vous expliquer ?

Je ne ferais qu'un reproche aux généralistes. Je pense qu'ils se remettent en question et je pense qu'ils souffrent beaucoup. Vous savez que le suicide est la première cause de mortalité avant la retraite chez les médecins. Enfin, il y a une souffrance, on a eu une formation il n'y a pas longtemps sur le burn-out. Je crois qu'un généraliste est constamment dans l'interrogation, c'est un métier exposé au feu, on est en première ligne, on est toujours en porte-à-faux avec le patient et la science, donc ils se remettent en question. Le seul reproche que je leur ferais, c'est de ne pas avoir le temps de descendre de vélo pour se regarder pédaler. Les pauvres confrères que je vois n'y arrivent pas, simplement, c'est un problème d'agenda. Là, on rentre dans les problèmes politiques. Il faudrait aménager le temps, les rémunérations. S'ils avaient les moyens de dissocier les actes... Mais la plupart des médecins ne font pas plus de 20-25 actes par jour, ils prennent le temps de faire leurs actes. Mais 20-25 actes par jour plus l'administration, ils ont des journées de dix heures. Ils rentrent,

ils sont fatigués et quand on est fatigué, on ne prend pas le temps de lire. Je crois que c'est une profession en souffrance.

Concernant les patients:

9/ Vous évoquez la nécessité d'une prise de conscience des citoyens et de leur responsabilisation, pouvez-vous détailler ?

Ça, c'est sûr. Mais honnêtement, je trouve qu'ils sont meilleurs, presque, que les médecins, au niveau prise de conscience. Moi, il me semble qu'il y a deux types de population de patients qui sont en train de se séparer : il y a ceux qui acceptent d'être devenus des objets médicaux, pas seulement pour les pathologies graves mais également pour les pathologies bénignes. Pour les pathologies graves, comme le cancer par exemple, il y a ceux qui se disent : « ça y est, je suis rentré dans la filière cancérologie, je suis l'objet médical et je suis ce qu'on me dit puisque ces gens là savent augmenter ma survie et je me confie à eux ». Pour la même pathologie grave, il y a ceux qui disent : « non, moi j'ai mon libre arbitre et mon autonomie, je continue à m'informer et je fais mes choix, qui ne sont pas forcément au consensus des données actuelles de la science ». Et pareil pour les pathologies bénignes, il y a celles où je rentre dans la filière « objet médical » et je finirai par avoir une pathologie grave car la médecine va vraiment me détruire ou je reste conscient que c'est une pathologie bénigne et je sors de cette sphère. Donc, pour moi, l'écart se creuse entre objet médical total et libre arbitre médical. Donc, il y a une catégorie de patient d'un niveau d'intelligence et de réflexion qui m'étonne toujours, qui s'informe car il y a plein de moyens d'information et il y a l'objet médical ficelé qui fait le régal de tous les « biologistes », « imageurs », « universitaires » et des médecins traitants qui font de l'argent sur leur tête. Ces gens là, on ne les empêchera jamais d'être des objets médicaux puisqu'ils ont décidé, de toute façon, que la clé de leur corps ne leur appartenait plus. Mais j'apprécie qu'un pourcentage non négligeable de la population accepte de se poser les bonnes questions et d'en parler avec eux.

10/ Vous déplorez l'absence d'une politique d'éducation sanitaire de la population et souhaitez sa mise en place, pouvez-vous développer ?

Ça, c'est le point majeur. Déjà, l'enseignement de la biologie et des sciences médicales depuis l'école est excessivement mal fait. Moi qui suis Darwinien et qui m'intéresse à Darwin, quand vous voyez ne serait-ce que le niveau de connaissance des sciences de l'évolution dans le grand public, il en connaît dix fois plus sur l'astronomie, qui ne nous concerne pas trop, que sur la biologie et les sciences de l'évolution. La pénétration des sciences de l'évolution dans le grand public est très faible. Et l'éducation sanitaire à l'école, c'est clair que ça n'est pas fait, ça devrait commencer très

tôt. Analyser ses symptômes, connaître son corps, les maladies essentielles, ne pas se précipiter chez le médecin, le médecin devant être le recours ultime. Au temps de nos grand-mères, elles attendaient une semaine en cas de fièvre chez l'enfant, puis on a attendu deux jours et maintenant c'est deux heures. C'est un problème d'éducation sanitaire au départ. Avant, on ne voyait pas de jeunes garçons ou de jeunes filles en consultation sauf en cas d'urgence ; aujourd'hui, à 18 ans, on vient pour une rhinopharyngite. Donc, c'est bien de l'éducation sanitaire mal faite au départ car à 18 ans, vous sortez de l'école. Donc là, le niveau d'éducation sanitaire, c'est « zéro absolu ». En plus, l'éducation sanitaire est faite par l'industrie, par le biais des médias, avec un niveau de mercatique qui nous dépasse et qui dépasse tous les universitaires à qui j'en ai parlé, ce d'autant qu'ils travaillent avec les labos pour la recherche fondamentale. Là, je suis très pessimiste là-dessus. Je pense qu'il n'y a que l'écriture qui enseigne bien mais là, c'est du « grain-grain », parce que la radio et la télévision ont plus d'audience. Il faudrait l'enseigner à l'école. Quand vous pensez qu'on vous enseigne l'éducation civique, c'est très bien, mais qu'on ne vous enseigne pas la connaissance de votre corps, c'est grave. Il y a un tabou, on ne veut pas que le corps humain soit réductible, avec un fond de judéo-christianisme qui veut que le corps humain reste mystérieux. Mais c'est clair que l'éducation sanitaire, il faut la mettre dans les programmes scolaires mais si c'est patronné par l'industrie, c'est perdu, ça doit passer par des acteurs de terrain. Je pense que les généralistes auront un grand rôle à jouer là dedans dans quelques temps, dans les réseaux notamment.

La toute puissance de l'industrie pharmaceutique et son influence sur le milieu médical, les patients et les pouvoirs publics est l'un des sujets que vous développez le plus, tant il interfère dans la relation médecin-patient, donc :

Pour cela, vous pouvez lire mon dernier livre, *Une brève histoire du médicament*, qui montre comment le pouvoir médical s'est inversé au XIX^e siècle et comment il est passé aux mains de l'industrie, naturellement, avec l'accord de tout le monde. Mais je ne diabolise jamais l'industrie. Les médecins ont largement contribué à passer le pouvoir à l'industrie et ils continuent de le faire. Sauf que derrière l'industrie aujourd'hui, il y a la puissance du marché, avec tous les moyens qu'il a à sa disposition, qui sont des moyens extraordinaires, d'une grande intelligence, d'une grande clairvoyance et d'une grande lucidité, bien plus que la clairvoyance et la lucidité des médecins. L'industrie pharmaceutique est présente aujourd'hui dans la recherche fondamentale, elle donne les axes de la recherche fondamentale car il ne peut y avoir d'axe que dans la mesure où il y a une molécule à la clé. Elle donne les axes de l'enseignement médical, alors pas trop de l'enseignement à l'intérieur de la faculté car les patrons sont déjà fortement influencés, mais de tout l'enseignement

post-universitaire, l'orientation des professeurs et des questions qu'ils vont faire. Alors là, c'est clair qu'elle donne tous les axes et elle donne les axes aux médias des sujets dont ils doivent parler et à quel moment ils doivent en parler. Et elle agit en plus par les associations de patients, par les réseaux maintenant, et le pouvoir est tentaculaire et fort car, hélas, l'argent est le nerf de la guerre. La recherche fondamentale et les associations sont en manque d'argent, les médecins ne payent pas leur formation, donc qui paye commande. Mais c'est de notre faute, les médecins ont les moyens de financer leur propre formation mais ils ne le font pas, ils ont été trop gâtés par l'industrie. C'est un reproche que je peux leur faire : ne pas se mobiliser pour la défense culturelle de leur profession.

11/ A l'ère du « tout-médicament », quelle cohabitation des médecins généralistes et des patients avec l'industrie pharmaceutique peut-être envisagée ?

Alors là, elle est trouvée la cohabitation. L'industrie a compris que, plus le médecin prescrit, plus l'acte est court. Plus l'acte est court, plus c'est rentable pour le médecin et moins il s'embête à expliquer. Tout le monde est content. La machine est en marche, consultation, examen complémentaire, médicament, suivi régulier (exemple des statines). Le patient a l'impression qu'on s'occupe bien de lui. Les choses ne pourront changer que par la population. Certains médecins abandonnent leur sens clinique au profit de ce rouage, car ils n'ont plus la force de lutter.

Enfin, pour conclure :

12/ A votre avis, quelle est l'avenir de la médecine générale et de la relation médecin-patient dans les années qui viennent ? Comment les sauver des affres de la technologie et de la rentabilité ?

Ne pas trop séparer le fait que, plus il y a de technologie, plus on perd de la médecine générale. Je pense que plus la technologie va augmenter, plus on va devenir très fin dans la technologie, plus le clinicien va devenir indispensable. Je ne peux opposer l'avenir des deux. Je crois que le clinicien doit avoir la conscience de son expertise en dernier recours. Il faut qu'on valorise la médecine générale médiatiquement et financièrement. La médecine générale est devenue une spécialité mais le médecin généraliste n'est pas payé comme un spécialiste, ce n'est pas normal. Et pour le grand public, il est clair qu'entre payer quelque chose 20 euros et quelque chose 40 euros, c'est le truc à 40 euros qui gagne. Il faut donc qu'on valorise l'acte du spécialiste de médecine générale et qu'on lui donne l'expertise post-clinique, c'est-à-dire que ce n'est pas le spécialiste ni le technicien qui donnent le parcours à faire. J'insiste beaucoup sur la post-clinique, c'est très important. Donc, l'avenir de la clinique et de la médecine générale, je pense qu'il est excellent. Je pense que l'avenir de la médecine générale, c'est la post-clinique pour résumé. Je fais appel au technicien en tant que technicien mais je suis bien meilleur que lui pour savoir ce que je fais de son examen et de son interprétation. Quand je

suis devant mon patient avec son histoire, je reprends l'expertise, grâce au technicien peut-être, mais je la reprends. Et le patient est conscient de ça, on a déjà sa confiance, on n'a pas besoin de le conquérir.

La science clinique

La science clinique, expertise au chevet (klinê) du malade, est en fort recul depuis une cinquantaine d'années. Les deux seuls responsables en sont, d'une part, l'invasion technologique, dont il faut reconnaître l'efficacité, d'autre part, le nouveau concept de médecine basée sur les preuves (autrement appelée EBM pour évidence based medicine).

La technique nous fournit la preuve par le résultat chiffré ou l'image tandis que l'essai randomisé en double aveugle contre placebo de l'EBM nous fournit la vérité statistique.

Le symptôme individuel est ainsi gommé par le verdict de la machine et la variabilité individuelle, caractéristique essentielle du vivant, est annulée par la méthode statistique.

L'individu est nié par la nouvelle médecine, non pas que les nouveaux médecins aient moins d'éthique ou moins d'humanité, mais parce que cette nouvelle méthodologie impose stricto sensu la négation de l'individu.

Cela signe-t-il la fin définitive de la clinique ?

Non. Il y a, certes, un cap difficile à passer, pour les médecins, pour les patients et pour la sérénité de leurs relations. Mais après la digestion culturelle de ces nouvelles expertises, le clinicien aura appris à maîtriser et à contester la machine. La variabilité individuelle, témoin de la survie de notre espèce, persistera évidemment. Ainsi le nouveau techno-clinicien, enfin décomplexé, réconcilié avec son patient, retrouvera l'usage du dernier mot dans les histoires cliniques singulières.

Luc Périno

IV/ Annexe IV : Entretien avec Martin WINCKLER

Mr WINCKLER,

Tout d'abord bonjour et merci d'avoir accepté de répondre à mes questions.

Vous êtes médecin généraliste et écrivain:

1/ D'où vous vient cette double vocation ? Qu'est-ce qui vous a poussé à devenir médecin généraliste puis écrivain ?

C'est l'inverse qui s'est passé : j'écris depuis que je suis pré-adolescent. J'ai toujours eu le désir de devenir écrivain. J'ai eu des textes publiés très tôt (à l'adolescence, pendant mes études) et quand je me suis installé, simultanément, je suis devenu rédacteur dans une revue médicale où je publiais surtout des témoignages et des réflexions sur le métier de médecin. Par ailleurs, je pense que je suis un « soignant » depuis longtemps. Cette double « vocation » me semble donc plutôt être une double « inclination » pour l'écriture et le soin. Elles ont toujours coexisté.

2/ Quelle est aujourd'hui la part du médecin ou de l'écrivain qui tient le plus de place dans votre vie ?

Aujourd'hui (fin 2009, depuis décembre 2008), je n'exerce pas la médecine car j'ai émigré au Canada, je vis désormais à Montréal où j'étudie et j'enseigne l'éthique du soin. Mais les trois activités sont liées : j'enseigne l'éthique du soin qui est aussi l'un des sujets d'élection de mes livres. Donc, je peux dire qu'en ce moment, être soignant, écrivain, étudiant et enseignant forme un tout...

2bis/ Pourquoi décrire votre expérience professionnelle dans des ouvrages littéraires, dans quel but ?

Parce qu'à mon sens, le roman regroupe les qualités des autres formes (essai, document, témoignage) en ce qu'il mêle de manière harmonieuse (quand on y travaille) les sentiments, le savoir, l'analyse et les situations concrètes que rencontrent tous les médecins et tous les patients. Si j'écris un essai, les histoires viennent illustrer la réflexion, ce qui n'est pas tout à fait correct, car la situation précède toujours la réflexion et la théorisation. Si j'écris un document fondé sur des histoires vraies, je suis noyé dans les faits et les émotions, qu'il me faut traiter de manière équitable, sans pour autant oublier d'en tirer des enseignements, mais au risque d'apparaître comme le juge des histoires qui m'ont été confiées, ce qui n'est pas correct non plus. La fiction est la forme qui permet d'équilibrer tous les éléments de la relation de soin, en assumant leur interprétation (je suis l'auteur de la fiction) et en

laissant le lecteur libre d'accepter, de réfuter, d'interpréter ou de réinventer le texte (son imaginaire et sa perception ne valent pas moins que les miennes) sans pour autant lui imposer une théorisation qu'il n'osera peut être pas contester, ou un témoignage qu'il sera trop ému pour l'analyser. Quand j'écris un roman, j'ai le sentiment que je suis plus libre, et que le lecteur l'est aussi. Le roman nécessite la participation active de l'imaginaire, de l'expérience et des valeurs du lecteur. J'ai le sentiment que c'est la forme qui, au fond, nous met tous deux à égalité, car *tout le monde raconte des histoires et tout le monde en écoute*. Tandis que tout le monde n'a pas d'expérience professionnelle ou de théorie sur le soin à partager.

Dans vos ouvrages vous nous parlez de la relation médecin-patient, fondement de la pratique du médecin généraliste :

3/ Que représente pour vous la relation médecin-patient ?

Une relation d'entraide et de partage, d'accompagnement et d'échange de savoir. Le contraire d'une relation de pouvoir.

4/ Comment se porte-t-elle à l'ère de la médicalisation ? Dans quelle mesure a-t-elle été transformée ?

Je crois qu'elle a toujours été enseignée comme une relation de pouvoir, qui faisait des médecins des « élus », membre d'une caste exclusive. Cette tendance a été renforcée par la technologisation de la médecine, qui a éloigné encore plus l'enseignement de l'essentiel : soigner l'autre, ce n'est pas en faire le terrain d'essai des outils médicaux. C'est l'entendre, le soutenir, le réconforter, le rassurer, l'aider à faire des choix. La tendance actuelle est plutôt de dire aux gens ce qui est bon pour eux (d'après les médecins), ce qui est non seulement contraire à l'éthique, mais aussi complètement immature.

4bis/ Quelle est l'influence de notre société (et sa médicalisation) actuelle sur celle-ci ?

Je ne sais pas. Je crois que c'est difficile à dire car on a le nez dedans. Je ne crois pas que la relation de soin soit différente aujourd'hui de ce qu'elle était il y a 60 ans. Je pense que ça ne dépend pas vraiment de « la société » mais des individus. Alors, si la société est plus propice à ce que des personnes ayant une attitude de soignant accèdent à des postes importants, elle est aussi plus propice au soin. Je ne suis pas sûr que ce soit le cas, mais je ne suis pas en mesure de l'affirmer ou de le réfuter. Il y aurait des études à faire sur les motivations, les attitudes et les valeurs des médecins d'aujourd'hui (comparées aux médecins formés il y a 50 ans) et sur la perception que les patients en

ont. C'est compliqué.

5/ Quels sont, selon vous, les rôles et les attentes du patient et du médecin dans cette relation aujourd'hui ?

La plupart des patients attendent essentiellement d'être écoutés (qu'on comprenne ce qui les fait souffrir), soulagés (qu'on atténue ou fasse disparaître leur souffrance), informés (qu'on leur explique ce qui se passe) et respectés (qu'on ne leur parle pas comme à des être inférieurs ou intellectuellement faibles). Tous n'attendent pas tout ça, mais tous attendent au moins l'une de ces choses.

Pour les médecins, je ne saurais dire. Il y a probablement autant d'attentes que d'individus, parce que le désir d'être médecin résulte certainement de nombreux motifs. Parmi ceux-ci il y a, certainement (mais pas forcément dans cet ordre) : l'altruisme, la peur de la mort et le fantasme de la dominer, le désir de réparation, la soif de pouvoir, la quête d'un statut social, le sadisme, la curiosité... Je suis convaincu que plusieurs de ces motifs sont présents simultanément chez tous les médecins.

De sorte que la nature de la relation dépend à la fois de l'individu-médecin (et de sa personnalité, qui est bien sûr susceptible de changer avec le temps, au contact des patients), de la manière dont on l'a formé (ou non) à la relation de soin, de ses valeurs, de la conscience qu'il a (ou non) de son rôle, et bien sûr des attentes multiples des patients, du lieu où ça se passe, de la situation économique à ce moment-là, etc.

Cela étant, l'établissement de relations de soin de bonne qualité (horizontales, participatives, non fondées sur les rapports de force) découle des objectifs d'éducation des étudiants en faculté de médecine, donc de la manière dont les enseignants de médecine conçoivent non seulement la relation de soin, mais aussi leur rôle pédagogique. Je ne pense pas qu'on puisse modifier les relations de soin simplement en disant aux médecins en place de se comporter autrement. Il faudrait prendre les choses plus tôt.

5bis/ Quelles sont les limites de cette relation aujourd'hui ?

Il y a beaucoup de choses qui compromettent les relations de soin. L'influence du marketing sur la demande de soin. La désinformation organisée dans le sens d'une peur constante des gens pour leur santé. Les mauvaises conditions de formation des soignants. Les mauvaises conditions d'exercice et d'accès au soin. Le manque de temps des praticiens. La cacophonie des discours médicaux.

L'obscurantisme (il n'est pas nouveau mais à présent il est accessible d'un clic de souris...). Le refus des médecins de se remettre en question pour travailler au côté des patients, non *contre* eux. Etc.

Dans vos ouvrages, vous dégagéz de façon récurrente trois facteurs agissant directement sur la relation médecin-patient de manière délétère : la pensée médicale et la formation des médecins généralistes, l'attitude des patients et la toute puissance de l'industrie pharmaceutique. Les solutions que vous tentez d'avancer semblent passer avant tout par une meilleure éducation de chacun des acteurs de la relation médecin-patient.

L'éducation et l'information des uns et des autres. Le problème étant que les premiers intéressés (les patients) sont aussi des consommateurs et les autres (les médecins) des prescripteurs et des consommateurs de biens industriels. L'industrie n'a pas intérêt, objectivement, à ce qu'un médecin soit éduqué et scientifiquement critique. Par exemple, les médecins qui délivrent un discours critique sur la dramatisation de la grippe A/H1N1, se retrouvent objectivement dans le camp opposé à une vaccination systématique de l'ensemble de la population. Pour l'industrie, il vaudrait mieux que ces médecins-là (qui ont une certaine crédibilité et une grande audience) partagent l'angoisse irrationnelle des gouvernants qui ont commandé des milliards de vaccins et des scientifiques qui mettent en avant l'hypothèse d'une pandémie responsable de millions de morts. Tout ce que nous savons des intérêts industriels est qu'ils préfèrent l'utilisation inconsidérée de médicaments inutiles par des millions de personnes à l'utilisation rationnelle de médicaments efficaces par les quelques milliers de personnes qui en ont besoin. Or, plus médecins et patients sont éduqués (en particulier, formés à l'esprit critique) et informés de manière loyale, moins ils consomment. Ce que l'industrie pharmaceutique ne veut pas voir, c'est la même prise de conscience au sujet des médicaments que la prise de conscience critique à l'égard du tabac, de l'automobile polluante ou des aliments enrichis en graisses.

Concernant les médecins généralistes :

6/ Tout d'abord, vous estimez la formation des étudiants en médecine générale totalement inadaptée et insistez sur la nécessité de la modifier profondément, pouvez-vous préciser ? En quoi cela pourrait-il consister ?

C'est très simple : comme tous les spécialistes (puisque la médecine générale en principe est désormais une spécialité), les généralistes devraient être formés par des généralistes, dans des lieux spécifiques de la médecine générale, et gratifiés en conséquence ; le salaire conventionnel ou le tarif de l'acte devrait être le même pour tous les médecins, et les gratifications proportionnelles aux services rendus. Il n'est pas acceptable, ni cohérent, que les futurs généralistes soient sous-éduqués et n'aient pas un enseignement approprié à leur futur exercice (ils sont principalement éduqués par des spécialistes hyperspécialisés), traités comme des sous-médecins (dans le discours de fait des

enseignants), qu'ils soient surexploités et maltraités (en étant réquisitionnés pour les gardes par les préfets, par exemple, sans protection ni contrepartie) et mis en difficultés personnelles et financières (par les difficultés d'installation et/ou les menaces de contraintes).

Tout cela contribue d'une part à la démoralisation des généralistes en exercice et à la fuite des étudiants vers les spécialités. Il n'est pas acceptable que ceux qu'on présente comme les « chevilles ouvrières » du système de santé (ce qu'ils devraient être, effectivement) soient sous-payés et traités de manière humiliante. Quand le doyen d'une faculté de médecine accueille les nouveaux étudiants en leur disant qu'ils ne seront « une élite » que s'ils font une spécialité et que les moins bons feront de la médecine générale, c'est contraire à l'éthique, c'est crapuleux, et ça en dit long sur l'état d'esprit dans lequel on forme les futurs médecins.

7/ Malgré tout, le jeune étudiant devient un médecin généraliste, qu'en est-il de la formation médicale continue ?

Elle dépend d'abord de l'étudiant devenu praticien et de son environnement, ensuite de l'existence d'associations de FMC dans la zone où il exerce, et enfin de son indépendance à l'égard des discours industriels et de leurs vecteurs (visite médicale, revues, marketing agressif visant les patients, émissions de télévision grand public, etc.). Et bien sûr de sa formation initiale. Plus la formation initiale du médecin a été critique avec les discours de l'industrie et ouverte à la discussion, plus le médecin sera ouvert et curieux. Plus la formation a été encadrée et limitée, plus la formation continue le sera également.

8/ Vous attendez des médecins généralistes qu'ils se remettent en question, pouvez-vous expliquer ?

J'attends de TOUS les médecins qu'ils se remettent en question, et en particulier sur leur manière de pratiquer. Quelle est leur fonction ? La relation de soin est-elle, à leurs yeux, une relation de pouvoir ? Le fait de soigner les intéresse-t-il profondément ? Ont-ils le désir de partager leur savoir avec les patients ? En ont-ils le goût ? Sont-ils conscients des manipulations dont ils font l'objet, de la part des industriels, du Ministère de la santé, et de leurs propres confrères ? Etc.

Ce sont des questions qui se posent pour tout professionnel de la santé. Les médecins ne devraient pas échapper à ce questionnement.

Concernant les patients:

9/ Vous évoquez la nécessité d'une prise de conscience des citoyens et de leur responsabilisation, pouvez-vous détailler ?

Ne plus subir les manipulations de l'industrie et les maltraitances pratiquées par certains médecins

(pas tous, mais beaucoup trop) nécessite de prendre de la distance par rapport aux fantasmes de « philanthropie » que l'on projette sur l'une et de « compétence » que l'on projette sur les autres. Un médecin qui manque d'éthique et traite un patient comme un être inférieur n'EST PAS compétent. C'est peut être un bon élève et une personne qui sait beaucoup de choses, mais ça n'est pas un soignant. Et ce qu'on est en droit d'attendre des médecins c'est qu'ils soient D'ABORD des soignants.

Mais il est nécessaire de faire mûrir, intellectuellement et affectivement, la population, pour qu'elle prenne cette distance. Je sais qu'elle peut le faire : mes relations avec les patients ont beaucoup changé depuis 25 ans, parce que les générations nouvelles sont plus éduquées, plus critiques, plus exigeantes, plus autonomes dans leur manière de penser. Quand j'écris *La maladie de Sachs* ou *Le Choeur des femmes* et que je reçois en réponse des messages de lecteurs/trices (médecins et patient(e)s) me disant que leur regard sur les médecins ou les patient(e)s a changé après lecture de mes romans, je sais que beaucoup de gens ne demandent qu'à élargir leur horizon et dépasser leurs préjugés. C'est donc un objectif réaliste, à condition de parler avec sincérité, et en sachant qu'on ne touchera pas tout le monde de la même manière à un moment donné. Quand j'étais étudiant, je voulais changer le monde. Aujourd'hui, j'ai des objectifs plus modestes : si je peux aider un lecteur ou une lectrice, soignant(e) ou non, à avancer, j'en suis très heureux. Pour cette personne-là, je sais que j'ai fait quelque chose d'utile, et c'est énorme.

10/ Vous déplorez l'absence d'une politique d'éducation sanitaire de la population et souhaitez sa mise en place, pouvez-vous développer ?

Une politique d'éducation sanitaire respectueuse de la population serait guidée par des principes simples : informer en donnant des éléments à la fois scientifiquement solides et tout à fait intelligibles ; fonder les choix éducatifs sur les besoins de la population (et non sur des décisions guidées essentiellement par les coûts et économies à réaliser) ; aller partout et toucher tout le monde en utilisant la télévision, la radio, la presse locale et régionale ; faire passer des messages immédiatement utilisables par la population.

Si je prends simplement l'exemple de la contraception : il ne suffit pas de faire une campagne de trois mois ; il faut que ce soit un travail de longue haleine. Il faut utiliser les médias consultés par les citoyens (YouTube, DailyMotion). Il faut répondre aux questions que les femmes et les hommes se posent. C'est ce que je fais sur mon site, depuis 6 ans, et le succès d'articles comme « Comment s'y retrouver parmi toutes les pilules ? » ou « Les règles : en avoir, ou pas ? » ainsi que le nombre faramineux de messages reçus via mon site (plus de 10.000 en cinq ans) montre qu'on peut toucher beaucoup de monde avec un simple site internet. Alors, un gouvernement qui aurait véritablement

l'intention d'éduquer sa population a tous les instruments qu'il lui faut à sa portée. Encore faudrait-il qu'il ne soit pas « conseillé » par des personnes dont les intérêts sont essentiellement de vendre des produits.

Objectivement, la méthode de contraception actuelle qui détient le meilleur rapport efficacité et tolérance/coût d'utilisation est le DIU (« stérilet ») au cuivre. Ce n'est pas moi qui le dis, mais les innombrables sociétés savantes et ONG impliquées dans les politiques de contrôle des naissances sur l'ensemble de la planète. Bien sûr, un DIU ne peut pas être la solution idéale pour toutes les femmes. Mais, tout aussi objectivement, si les médecins proposaient à l'ensemble de leurs patientes d'essayer un DIU au lieu d'avoir recours à une pilule hormonale, un grand nombre d'entre elles changeraient de contraception et une grande proportion de celles-ci garderaient leur DIU. Ça ne serait pas économiquement intéressant pour les fabricants de pilule, d'autant plus que la plupart des DIU au cuivre peuvent être gardés entre 7 et 10 ans sans être changés. Mais sur le plan de la prévention des naissances, ça serait infiniment moins coûteux... et plus efficace, puisqu'on sait qu'il y a trois fois moins d'échecs de DIU que d'échecs de contraception hormonale...

Seulement, je n'entends jamais ce type de discours dans les campagnes de prévention... Sauf sur le site de l'INPES, « Choisir sa contraception ». Mais quand il s'est agi de le mettre en place, à qui a-t-on demandé de le rédiger ? A moi. Non parce que je suis « le plus grand spécialiste de la contraception en France », mais parce que je suis le seul médecin qui ait pris la peine de diffuser (à travers des livres et mon site) une information que TOUS les médecins devraient parfaitement maîtriser et diffuser. C'est, malheureusement, loin d'être le cas. Le principal adversaire des politiques de santé en France est malheureusement le corps médical, corporatiste, divisé, mal formé, replié sur lui-même.

La toute puissance de l'industrie pharmaceutique et son influence sur le milieu médical, les patients et les pouvoirs publics est l'un des sujets que vous développez le plus, tant il interfère dans la relation médecin-patient, donc :

11/ A l'ère du « tout-médicament », quelle cohabitation des médecins généralistes et des patients avec l'industrie pharmaceutique peut-être envisagée ?

Il est bien évident que nous avons besoin les uns des autres mais les règles du jeu devraient être fixées très clairement :

1° les patients ne sont ni des cobayes, ni des vaches à lait

2° les médecins sont au service des patients, pas des industriels ; ils doivent donc toujours prendre le parti des patients et les protéger des industriels

3° la collectivité ne doit pas prendre en charge des traitements manifestement inutiles et coûteux

4° la décision de commercialiser un médicament doit tenir compte de tous ces éléments

5° la manipulation de l'opinion publique (par la publicité ou les « publiereportages ») dans le sens de l'utilisation d'une méthode thérapeutique non éprouvée est inacceptable

6° la décision de commercialiser un médicament doit reposer sur un examen scientifique soigneux et faire l'objet d'un consensus de la part des scientifiques, des élus ET des associations de patients et de citoyens (qui ne sont jamais consultées...)

Etc.

Si les règles sont claires (et les infractions punies sévèrement), alors, la cohabitation est possible. On ne devrait pas exiger moins de l'industrie et des médecins qu'on n'en demande de la part des automobilistes ou des contribuables...

Nous savons que, malheureusement, le monde ne fonctionne pas comme ça. Pour autant, ça ne justifie en rien de laisser faire.

Enfin, pour conclure :

12/ A votre avis, quelle est l'avenir de la médecine générale et de la relation médecin-patient dans les années qui viennent ? Comment les sauver des affres de la technologie et de la rentabilité ?

Je ne sais pas. Je suis médecin et écrivain, pas devin. Je ne veux ni ne peux sauver personne, et encore moins un système. Ça ne peut être qu'un effort collectif. Je m'efforce de dire haut et clair des choses dont on ne veut pas parler dans une grande partie du corps médical en France, et tout particulièrement à l'université, dans les facultés de médecine. Mes idées sont le plus souvent balayées comme étant « idéalistes », « démagogiques », « manichéennes », « simplistes ». Ce qui permet d'éviter tout débat. Je ne peux pas débattre à moi tout seul, mais je crois sincèrement qu'un jour viendra où ceux qui voudront en découdre avec les discours totalisants seront suffisamment nombreux pour que le débat ne puisse plus être esquivé. C'est pour eux que je m'exprime, oralement et par écrit. Je ne sais pas si ce débat aura lieu dans la société française de mon vivant ; en attendant, je préfère vivre au Québec, où les institutions médicales, même si elles ne sont pas exemptes de critiques, ne m'interdisent pas de m'exprimer et sont favorables au débat. Et je continue à publier, pour ceux qui veulent bien me lire et qui sont réconfortés par mes livres. S'ils se sentent moins seuls grâce à un de mes bouquins, je trouve que c'est déjà très bien.

V/ Annexe V: Code de déontologie

Article 8 (article R.4127-8 du code de la santé publique)

Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.

Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.

Article 11 (article R.4127-11 du code de la santé publique)

Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue.

Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Article 13 (article R.4127-13 du code de la santé publique)

Lorsque le médecin participe à une action d'information du public de caractère éducatif et sanitaire, quel qu'en soit le moyen de diffusion, il doit ne faire état que de données confirmées, faire preuve de prudence et avoir le souci des répercussions de ses propos auprès du public. Il doit se garder à cette occasion de toute attitude publicitaire, soit personnelle, soit en faveur des organismes où il exerce ou auxquels il prête son concours, soit en faveur d'une cause qui ne soit pas d'intérêt général.

Article 14 (article R.4127-14 du code de la santé publique)

Les médecins ne doivent pas divulguer dans les milieux médicaux un procédé nouveau de diagnostic ou de traitement insuffisamment éprouvé sans accompagner leur communication des réserves qui s'imposent. Ils ne doivent pas faire une telle divulgation dans le public non médical.

Article 20 (article R.4127-20 du code de la santé publique)

Le médecin doit veiller à l'usage qui est fait de son nom, de sa qualité ou de ses déclarations.

Il ne doit pas tolérer que les organismes, publics ou privés, où il exerce ou auxquels il prête son concours utilisent à des fins publicitaires son nom ou son activité professionnelle.

Article 39 (article R.4127-39 du code de la santé publique)

Les médecins ne peuvent proposer aux malades ou à leur entourage comme salubre ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé.

Toute pratique de charlatanisme est interdite.

Article 40 (article R.4127-40 du code de la santé publique)

Le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié.

Résumé

Introduction : Depuis le XIXe siècle, nous assistons à une médicalisation de la vie. Le but de cette étude est de voir comment la relation médecin-patient est perçue par trois médecins-écrivains contemporains dans ce contexte.

Méthode : Les ouvrages littéraires de C. Lehmann, L. Périno et M. Winckler sont analysés afin de voir ce que représente pour eux la relation médecin-patient aujourd'hui et quelles en sont ses limites. L'étude d'ouvrages théoriques permet de comprendre l'évolution de la médecine depuis le XIXe siècle. Un entretien avec les trois auteurs permet de préciser les points importants issus de leurs ouvrages. Les résultats sont discutés à l'aide de documents théoriques.

Résultats : La relation médecin-patient apparaît comme un colloque singulier entre un médecin et un patient, qui vont collaborer dans le cadre d'une relation d'expert. Ceci s'effectue dans un respect et une confiance mutuels et aboutit à une négociation et à un compromis diagnostique et thérapeutique. Mais cette relation est mise en péril par plusieurs facteurs consécutifs à la médicalisation. La formation des médecins généralistes et leurs conditions d'exercice sont inadaptées à leur pratique. L'hyperspécialisation de la médecine favorise le sentiment d'infériorité des généralistes et le nomadisme médical des patients, qui manquent de responsabilisation en matière de santé en l'absence de politique d'éducation sanitaire et surconsomment la médecine. Ce contexte, favorisé par les pouvoirs publics, permet l'emprise de l'industrie pharmaceutique et des médias sur les médecins et les patients.

Discussion : Le constat dressé par les auteurs n'est pas nouveau puisque déjà décrit il y a près de cinquante ans, traduisant un immobilisme du système de soins. Même si les pouvoirs publics tentent d'apporter des solutions dans ce domaine, celles-ci s'avèrent lentes à mettre en place, laissant la médecine générale en souffrance et la protection sociale sur le déclin.

Mots clés : Relation médecin-patient, Confiance, Relation de soin, Médicalisation, Formation médicale, Pouvoirs publics, Industrie pharmaceutique.