

### La médecine générale face aux normes

**Jean-Luc Gallais**

*Spécialiste en médecine générale et en santé publique,  
Collège de la Médecine Générale*

Les débats sur les normes en santé sont une problématique ancienne, devenue prégnante du fait de la place prise par la santé dans nos sociétés et le développement de l'individualisme [1] [2] [3]. C'est un thème philosophique et social transversal à de multiples préoccupations individuelles, collectives, disciplinaires, institutionnelles ou professionnelles. On y retrouve intriquées la promotion de la santé, la normalisation des comportements, la médicalisation de la société, la démocratie sanitaire, l'évaluation médicale et économique, l'analyse des pratiques professionnelles, les craintes de judiciarisation ou les interrogations sur la validité et la pertinence des contenus de la communication liée au marché de la santé.

Pour la médecine générale, les normes peuvent servir de levier pour se pencher à la fois sur la discipline, et sur le médecin généraliste en tant qu'acteur social. La formulation "*La médecine générale face aux normes*" souligne d'emblée que la discipline est confrontée à des normes diverses en particulier médicales, sociales, ou juridiques.

Kherr white soulignait que « *les rapports entre un malade et son médecin traitant sont régis par trois facteurs essentiels : le progrès technique, la sympathie et la référence à un système de valeurs. Bien que la nature et la qualité de ces éléments, ainsi que leurs proportions selon lesquelles ils se combinent varient énormément en fonction des circonstances, on retrouve généralement chacun de ces ingrédients* ».

C'est l'opportunité d'éclairer des éléments de réponses à deux questions liées :

- quels sont les principes, valeurs, normes et règles auxquels la médecine générale se réfère, et dans quelles conditions ?
- quels sont les déterminants principaux qui expliquent, voire justifient, les comportements et stratégies de décision des médecins généralistes en posture soignante ?

#### ***Des valeurs et des normes plus ou moins lisibles***

La définition des normes impose d'aborder des aspects distincts :

- la norme comme critère et principe d'une conduite,
- la norme comme état régulier et comportement usuel
- la norme comme règle qui fixe les conditions d'exécution d'une pratique.

Dans le Medical Subject Headings (MeSH) permettant l'établissement des mots clés, ces aspects sont retrouvés pour « Normes de références » et « Normes de soins » associés aux termes critères de référence, standards de référence, normes, standards. On y retrouve également ceux de normalisation, standardisation, uniformisation. Ces derniers inquiètent autant les usagers que les professionnels de la santé, et tous concernent l'exercice médical soignant.

Les normes se distinguent des valeurs en ce qu'elles comportent des obligations [4]. Cependant sans être toujours explicites, officielles, verbales ou écrites, les valeurs d'une société, d'un groupe social et de personnes peuvent être vécues comme des "normes" avec la même force d'obligation. Elles participent à la construction des représentations individuelles et collectives qui sont le socle de nos comportements [5] [6]. Les représentations sociales de la santé et de la maladie, représentent selon la sociologue Claudine Herzlich « *l'élaboration psychologique complexe où s'intègre en une image signifiante, l'expression de chacun, les valeurs et les informations circulant dans la société* »

L'exercice de la médecine est indissociable du bain culturel, historique et social qui est le sien mais aussi des caractéristiques particulières de son lieu et contexte d'exercice libéral ou salarié. La médecine générale est un dispositif d'interface médical et social des champs professionnels et profanes où s'exercent et s'expriment de façon plus ou moins visible ces diverses influences.

En pratique soignante, la force et l'impact de ces valeurs varient ainsi au gré des déterminants prioritaires du moment : la personnalité du soigné, du soignant, la nature du sujet qui occupe ici et maintenant le devant de la scène médicale. Le savoir médical n'est qu'un élément parmi d'autres dans cette cohabitation des normes en santé.

Cette multiplicité des références et injonctions implique des négociations, tensions, choix entre des impératifs très souvent contradictoires. Leurs modes d'expressions ne sont que partiellement consciencisée au sein des routines professionnelles et/ou des habitudes sociales. L'usage ou la coutume confortent telle ou telle pratique qui deviennent même (parfois) les normes du moment.

On retrouve simultanément et/ou successivement des normes/» normes » relevant :

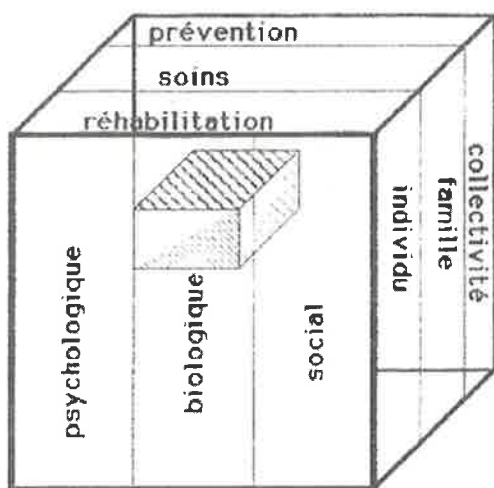
- des lois, codes, conventions, règlements et jurisprudences diverses
- des facteurs de la sociologie, de l'anthropologie et des cultures religieuses [7]
- des évolutions et progrès de la biomédecine et les technologies de santé
- des principes de la qualité et de la sécurité des soins dans la société à une époque donnée.
- du poids et de la légitimité variable des institutions publiques et privées

Ces aspects sont indissociables de l'économie du marché de la santé avec des stratégies de promotion des produits et services. Ces lobbyings ne s'expriment pas exclusivement directement dans le champ médical, mais aussi dans des champs latéraux annexés dont ceux de l'agroalimentaire (édulcorant, vitamines, Omega 3, cholestérol, calcium etc.)

Ce bruit de fond « santé » participe à l'évolution des représentations, des vécus et des comportements des acteurs impliqués.

Ces valeurs identifiées et/ou inconscientes animent différemment les individus, dans une population, une société à un instant donné. Du côté des soignants, elles occupent une place prépondérante ou marginale, dans les repères décisionnels de la discipline ou du professionnel. Non seulement le degré de conformité ou de non-conformité aux normes est variable en fonction des ambivalences, des contradictions et synergies présentes, mais il varie dans le temps pour une même situation, cela tant du côté des soignants que des soignés.

Dans les années 1960, pour illustrer cette complexité, JH. Medalie a conçu une représentation spatiale cubique (Graphique N° 1) de la médecine générale. Les différentes strates interdépendantes des composantes biologique, psychologique et sociale interagissent avec celles de l'individu, la famille et la collectivité, tant dans le domaine de la prévention des soins que de la réhabilitation. Ces déterminants confirment les besoins d'approches inter et transdisciplinaires en médecine.



Graphique N° 1 Le cube de JH. Medalie

Pour construire et enseigner un corpus théorique de connaissances de la médecine générale [8] [9], différents modèles ont été proposés. Au-delà de leur formulation, tous se rejoignent autour d'une vision systémique et globale commune retrouvée dans les dénominations : « le modèle bio-psycho-social » de Engel, le « système OPE » (Organe, Personne Environnement) ou les « Trois normes » (biomédicale, intime et sociale).

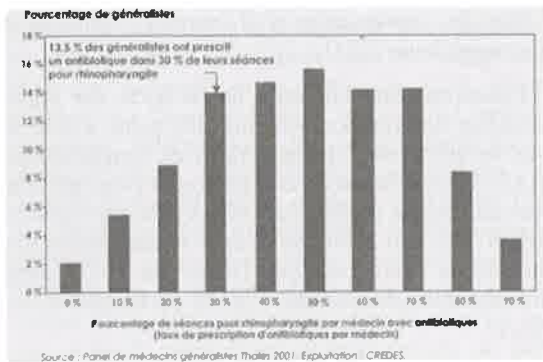
On y retrouve les distinctions que permet la langue anglaise quand elle aborde la maladie. Le terme « *disease* » concerne l'état de maladie répertoriée par les médecins, « *illness* » l'état de maladie ressentie par la personne, et « *sickness* », l'état social.

Ces diversités des normes et valeurs s'expriment aussi selon les pays. Les comparaisons de pays modernes proches comme la France, le Royaume-Uni, l'Allemagne et les USA, ont montré que les diagnostics, traitements et décisions médicales apparaissent comme largement influencés par la culture, le caractère et la philosophie du pays concerné [10]. La logique de prescription varie aussi en France et en Hollande en fonction de la place attribuée au médicament [11]. Quand l'exercice médical concerne d'autres cultures ou groupes ethniques, les médecins sont confrontés de façon caricaturale à des références autres que celle qui leur sont plus familières.

Les approches psychopathologiques des sociétés à univers unique et celles à univers multiples empruntent les chemins différents du diagnostic, de la divination ou des choix et d'usage des thérapeutiques [12]. Les débats récurrents et passionnés autour des médecines dites alternatives, non conventionnelles ou complémentaires restent très présents en France. Les frontières des médecines fondées ou non sur des rationalités scientifiques sont mouvantes. La fonction oraculaire reste importante chez les médecins. Pour le psychanalyste Pierre Benoit, l'activité du médecin est aussi celle d'un "guérisseur scientifique".

Compte-tenu des facteurs évoqués, la façon de hiérarchiser les décisions médicales dans l'instant et dans la durée est donc liée à des déterminants multiples qui conduisent à tenir compte des préférences et expériences des acteurs [13] [14] [15]. La manifestation la plus évidente est celle de l'hétérogénéité des pratiques observées face à un même problème.

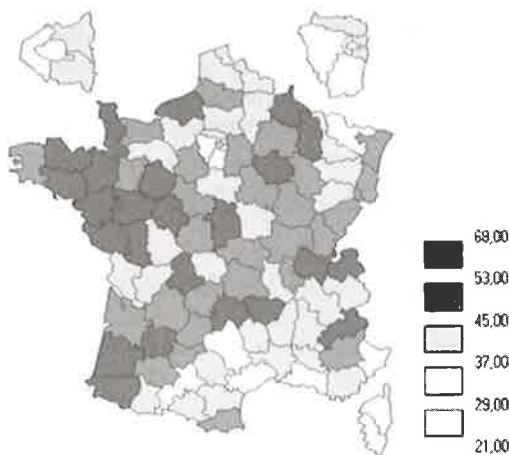
Les variations de comportements entre les médecins généralistes (la variabilité inter-médecins) sont par exemple illustrées par les différences de prescriptions d'antibiotiques dans le traitement d'une même situation clinique comme des rhinopharyngites [16] (Graphique N° 2). Le mode d'action choisi pour en limiter l'usage indu a été une campagne de communication de l'Assurance-maladie sur « les antibiotiques, c'est pas automatique ». Elle est considérée comme un modèle du genre des méthodes d'interventions visant à modifier à la fois les représentations, la demande sociale et les comportements des soignés et soignants.



Graphique N° 2 IRDES Taux de prescription d'antibiotiques dans les rhinopharyngites

Le fait que la variabilité des taux chez un même médecin soit plus grande encore face à un même problème, traduit le rôle décisif de la composante relationnelle.

Tous les thèmes de santé sont concernés par cette variabilité. Au-delà de la variable « professionnel de la santé », les variations départementales du taux de dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans (graphique N° 3) témoignent de la présence d'autres déterminants.



Graphique N° 3 Cartographie des taux de dépistage organisé cancer du sein

Dans les facteurs favorisant ou limitant l'application de tel ou tel programme national de prévention, les niveaux d'éducation et de revenus apparaissent comme éléments essentiels influençant les comportements de santé et leurs priorités. Ils participent à un phénomène qualifié de "myopie temporelle", qui se manifeste par la prise en compte des risques proches et non de ceux qui sont plus lointains. Cette myopie s'accroît avec les fragilités sociales.

Les médecins eux-mêmes perçoivent mal cette variabilité en l'absence d'analyse systématique de leurs pratiques avec des retours d'informations argumentées. Les discours sur les pratiques sont souvent des propos convenus, relevant de la perception et de l'opinion sur des pratiques supposées ou sublimes.

Les professionnels déclarent souvent de bonne foi être conformes aux règles de comportements préconisés. Ce phénomène est d'ailleurs identifié

sous le nom de « biais de désirabilité sociale » pris en compte dans l'analyse des enquêtes d'opinions.

Ces variabilités vont à l'encontre d'une vision théorique définissant une « conduite à tenir devant... » idéalisée souvent formelle. C'est pourtant cette dernière qui alimente les normes médicales des maladies traditionnellement enseignées. Le développement croissant de protocoles de bonnes pratiques dans le domaine de la santé vise essentiellement à réduire les écarts entre « pratiques recommandées » et « pratiques observées ». Les conférences de consensus par nature traitent de sujets pour lesquels il y a des dissensus... !

### Les facteurs influant les décisions

Le socle de la relation de soin et d'aide reste toujours une interaction dans une relation humaine duelle [17] qui est le support de l'effet placebo ou nocebo. Pour les deux protagonistes, soigné et soignant, elle fluctue avec des éléments relevant de la relation « à soi », « à l'autre » et « aux autres » car l'action médicale se joue dans un cadre plus large, impliquant d'autres acteurs soignants ou sociaux.

Les écarts entre « le souhaité », « le souhaitable », « le réalisable », « le possible » et « le réalisé » sont nombreux et témoignent d'arbitrages et de négociations impliquant des normes.

Les registres de valeurs ne manquent et concernent à la fois chaque soignant et chaque soigné. Quels sont, par exemple, les effets des normes liées à :

- l'ethos professionnel et ses liens avec le code déontologie ?
- les valeurs individuelles et familiales ou celles plus collectives impliquant la santé publique, la solidarité sociale et l'accès aux soins ?
- la volonté d'autonomisation ou le paternalisme professionnel même qualifié de tempéré ?
- les priorités de la gestion de l'espace professionnel et privé ?
- la perception de la relation soignante idéalisée ?
- la communication santé grand public ?
- les éléments du droit autour du principe de précaution, du droit à l'information, ou de la perte de chance, notions régulièrement évoquées sur les sujets de santé.

Par rapport à la question initiale, "le médecin généraliste face aux normes", sur le plan des savoirs strictement médicaux, à quoi et à qui se réfère (préférentiellement) ce médecin et/ou son groupe professionnel ?

- la norme des moyennes des comportements ?
- les jugements d'experts ? Lesquels ?
- les consensus du pays et du moment ?
- les modèles de prévisions ?
- l'approche pragmatique alimentée d'abord par l'expérience personnelle ?

### *Les normes de la médecine fondée sur les preuves et la Haute Autorité de Santé*

Face à la diversité, l'hétérogénéité et le caractère perfectible des pratiques, une réponse a été le développement international de l'EBM (Evidence Based Medicine), médecine basée sur les niveaux de preuves. Fondée sur la lecture critique argumentée des données disponibles et sur la volonté de prise en compte simultanée des données actuelles de la science, des préférences et comportements du patient, et des circonstances cliniques. L'EBM est devenue le fil conducteur réel ou théorique des guides de pratiques et des recommandations légitimées par les experts et les instances sanitaires. L'EBP (Evidence Based Practice) est ensuite venue accroître la pertinence de l'EBM en prenant mieux en compte le monde réel. Mais des désaccords sont périodiquement exprimés contestant de façon argumentées des recommandations ou s'interrogeant sur les contradictions de recommandations sur un même thème en fonction des promoteurs (ex: HAS, Académie de Médecine ou sociétés savantes).

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament ANSM (ex-AFSSAPS), sont en charge de ces processus et les documents publiés sont considérés comme la réponse principale aux écarts constatés. Leur application reste partielle pour des raisons différentes. Les cofacteurs identifiés [18] [19] [20] sont :

- une approche plus parcellaire que globale, plus sociétale qu'individuelle.
- des présentations inappropriées, trop longues, non focalisées sur des résolutions de problèmes et non intégrées aux logiques métiers des professionnels.
- des réticences liées aux origines hospitalières des universitaires et aux promoteurs, souvent hors de la collectivité des pairs concernés.
- des désaccords idéologiques non explicités et des conflits de territoire entre disciplines.
- la variabilité de l'utilité perçue et de l'applicabilité sur le terrain, dans les pratiques réelles.
- des craintes des professionnels de perte de liberté dans leurs pratiques soignantes.
- la non-prise en compte des contradictions entre les recommandations dans les cas de polyopathologies
- des logiques de mise en place avec une hiérarchie institutionnelle descendante.
- des risques de conflits d'intérêts et relationnels entre professionnels
- la place limitée de la santé publique dans la formation comme dans les choix politiques.

Malgré les limites constatées en termes de pertinence, d'acceptabilité, d'appropriation et d'applicabilité en médecine générale, ces recommandations et référentiels HAS restent considérés comme LA référence, sans prendre suffisamment en compte les nuances de la définition d'un référentiel : « Dans le domaine de l'évaluation médicale, le concept de référentiel désigne un ensemble de normes correspondant à un optimum en terme de qualité en fonction

de l'état des connaissances et des moyens disponibles à un moment donné" [21].

L'assurance-maladie en a fait le socle des argumentaires des remboursements des soins à 100 % pour les protocoles des affections de longue durée (ALD). Ces mêmes critères constituent l'essentiel du socle du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI en 2009), suivi de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP en 2011) avec l'introduction du paiement à la performance en France.

Pourtant les niveaux de preuves de ces recommandations restent hétérogènes avec des extrapolations hâtives liées à l'application des données de soins tertiaires ou secondaires au champ des soins primaires. Les arguments relèvent plus souvent de consensus professionnels et d'avis d'experts que d'études scientifiques à haut niveau de preuves. Les limites de la notion d'expertise médicale sont pourtant bien connues dans le domaine médical et juridique, avec les contre-expertises et expertises contradictoires.

Dans les programmes de la Formation Professionnelle Conventionnelle (FPC) puis du Développement Professionnel Continu (DPC) la conformité aux recommandations de l'HAS est devenue une obligation et critère de validation des organismes. Cette soumission à l'autorité est telle que certains auteurs de projets se contentent parfois de ne mentionner que des références HAS...

### *L'enjeu de la construction des référentiels métiers*

Le thème de la production des référentiels (donc des normes) en soins primaires et en médecine générale est donc devenu un fort enjeu professionnel en France. La simple traduction des référentiels anglo-saxons (rédigés pour des pays ayant des systèmes de soins différents) n'est pas adaptée à la France. Les systèmes de santé de ces pays distinguent clairement les niveaux d'accès aux soins primaires, secondaires et tertiaires, avec une régulation médicale via une équipe de soins primaires coordonnée et un médecin généraliste "gate keeper". Le clivage se fait entre les pays à libre choix coordonné et régulé et les pays à libre choix...

En France, les référentiels actuels sont destinés à un ensemble de professions de santé, sans distinction spécifique, continuent à participer à l'illusion de l'interchangeabilité des professionnels entre eux. Au nom du respect du principe de la liberté de choix de la charte libérale de 1927, notre organisation sanitaire est toujours marquée par une absence de régulation avec non distinction et non lisibilité médicale et sociale des différences de tâches et missions spécifiques des professionnels de la santé en ambulatoire comme en établissements.

Le développement de parcours de soins coordonnés dans le cadre du dispositif du médecin traitant désigné par les assurés sociaux (dans 98 % des cas un médecin généraliste) devrait aboutir à la prise en compte de ces réalités. Cette situation

évolue favorablement dans le cadre des partenariats de production de référentiels entre le Collège de la Médecine Générale et la HAS. En 2012, France Stratégie (ex Centre d'Analyse Stratégique), préconisait pour l'élaboration des recommandations le principe d'une coprésidence systématique des groupes de travail par un médecin généraliste [22]. Le développement universitaire de la médecine générale en tant que spécialité accélérera ces développements. Il devrait également favoriser une culture de la décision partagée, impliquant les usagers et leurs associations et une culture de santé publique.

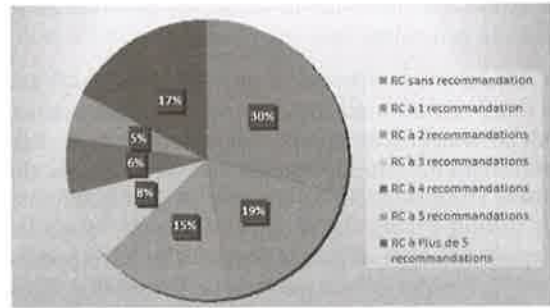
Ces évolutions sont nécessaires pour optimiser les conditions de production de standards et normes en s'appuyant sur les données de terrain et répondre à la fois aux besoins et à l'amélioration de la qualité des soins. Elles visent à accroître la pertinence et une acceptabilité accrues par les médecins généralistes.

### Limites à l'application des référentiels en médecine générale

Indépendamment de la pertinence des règles et normes médicales anciennes ou nouvelles, pour une maladie ou un trouble donné, leur mise en œuvre est limitée par la nature des spécificités de la médecine générale.

Le médecin généraliste est en effet confronté à des situations médicales de soins primaires qui se répartissent en symptômes (1/3), en syndromes (1/3) et en maladies (1/3) [23]. Ces dernières sont celles sur lesquelles sont focalisés l'enseignement universitaire et la rédaction de référentiels et recommandations. Les plaintes et demandes de soins révèlent également une souffrance psychique et/ou sociale souvent associées à des manifestations corporelles qui servent au patient de médiation, d'écran ou de support. La décision médicale est toujours une décision dans un contexte d'incertitudes multiples au moment de l'acte mais aussi dans son suivi.

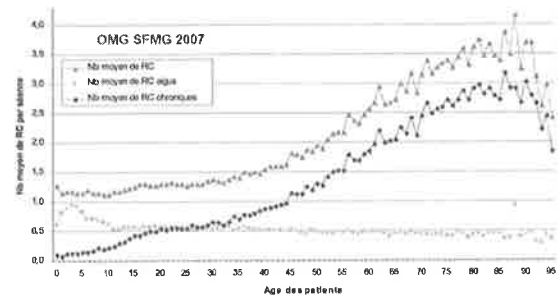
La Société Française de Médecine Générale a développé depuis 2006 un outil informatique téléchargeable gratuit, le DReFC (Diffusion de Recommandations de pratiques Francophones en Consultation de médecine générale) pour faciliter l'accès et la diffusion des recommandations francophones [24]. Pour les quelques 300 situations cliniques décrivant la pratique soignante en médecine générale, le DReFC ne couvre que partiellement les pratiques soignantes (graphique N° 4) : 30 % des situations les plus fréquentes n'ont pas de recommandation (Résultat de consultation (RC) = diagnostic). Quand elles sont disponibles, elles peuvent être multiples, atteignant 4 recommandations et plus pour près de 28 % des diagnostics reflétant la variabilité des recommandations elles-mêmes [25].



Graphique N° 4 DReFC recommandations francophones SFMG

Par ailleurs, l'existence d'une recommandation ne préjuge en rien de la possibilité de l'appliquer effectivement. À titre d'illustration, l'analyse des dossiers médicaux des patients concernés a montré que la recommandation HAS sur la dépression isolée n'était applicable qu'une fois sur deux, car les patients présentaient d'autres problèmes exclus du référentiel pour des raisons de simplification. Souvent écrites pour des formes cliniques des maladies dans leurs formes typiques les moins répandues le praticien ne peut en faire au mieux qu'une application parcellaire.

Les recommandations sont proposées pour des maladies isolées et non pas pour des patients, en particuliers ceux ayant plusieurs problèmes de santé simultanés. Pourtant les poly pathologies croissent avec l'âge, et professionnels comme patients sont soumis à des injonctions multiples souvent contradictoires. Le nombre de problèmes de santé simultanément gérés par le médecin généraliste varie en particulier avec l'âge. Les données de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG-SFMG) sur le nombre moyen de diagnostics (RC) aigus et chroniques par consultation confirment (graphique N° 5) la complexité des interactions prévisibles, négociations et arbitrages tant lors de la consultation elle-même que dans le suivi au long cours. Que l'approche soit synchronique ou diachronique, il y a confrontation de normes et valeurs anciennes et nouvelles.



Graphique N° 5 Nombre moyen de problèmes par consultation 1 âge (OMG-SFMG 2007)

À cette complexité, s'ajoute aussi celle du système de santé dans lequel chacun des multiples intervenants affirme ses propres priorités, contraintes et préférences par rapport aux valeurs et normes en jeu. Les limites de pertinence et d'applicabilité des algorithmes et de systèmes experts centrés sur une maladie unique sont évidentes. La résolution de problèmes intriqués en temps réel est d'une autre nature. Les soins quotidiens sont le reflet

du questionnement sur la médecine générale et le médecin généraliste face aux normes !

Aux aspects strictement biomédicaux, les interactions des normes impliqueront aussi les valeurs générationnelles différentes selon les patients. Les confrontations entre les préférences personnelles du patient et du médecin en fonction de leur hiérarchie de priorités sont habituelles. Dans le domaine l'expression de l'exercice la liberté et de la responsabilité des usagers, on a pu observer l'évolution dans la société des principes régissant l'approche médicale des soins aux mineurs. L'âge auquel l'avis de l'enfant est considéré comme prioritaire a baissé.

Les limites des recommandations et normes, s'observent dans la régularité des écarts entre le métier de généraliste prescrit et le contenu du métier réel décrit [26], notamment entre pairs. Le développement en France des Groupes de Pairs dans la formation médicale continue (FMC) et dans le développement professionnel continu (DPC) constitue maintenant un lieu cathartique de réflexivité où s'expriment ces transgressions des référentiels et ces questionnements sur les pratiques partagées [27] [28].

Initiée en médecine générale, cette méthode des Groupes de Pairs est maintenant recommandée par la HAS pour toutes les catégories de professionnels de la santé.

### *Les modalités de l'alliance thérapeutique en médecine générale*

La relation de soins en médecine, est reconnue comme contractuelle depuis l'arrêt Mercier en 1936. Elle est officialisée et renforcée par le dispositif du médecin traitant lié aux lois de réforme de l'assurance maladie en 2004, à la convention médicale de 2005 et à la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) en 2009.

C'est, en règle, une relation durable au cours de laquelle se construisent des liens dans le cadre de la compagnie d'investissement mutuel, décrite par Michael Balint. La norme intime des deux protagonistes est le support qui éclaire, et parfois justifie, la variabilité des pratiques.

Entre une situation théorique se référant à des données populationnelles, et une personne donnée et ses préférences, le passage du général au particulier s'accompagne de distorsion ou d'une application « atypique ». Bien des normes sont « adaptées » selon la hiérarchie des exigences du moment, et les aspects clientélistes ou l'évitement de conflits ne sont que des explications partielles. Elles s'inscrivent aussi dans la position de dépendance de chaque catégorie de médecin. Le sociologue américain Talcott Parsons a défini deux catégories de professionnels : les médecins dépendants des médecins et les médecins dépendants des patients.

Cette approche concerne à la fois les pratiques libérales et/ou salariées, que le paiement soit à l'acte ou à la fonction. Dans cette relation de confiance, le processus de négociation entre ce qui est souhaitable et réalisé est au centre des négociations et des choix

éclairés pour réduire les effets de l'asymétrie de savoir et l'induction de l'offre de soins.

### *Les normes comme problématiques sociétales*

Au grès des époques, des discours et de leurs auteurs, pour une norme de référence choisie, un professionnel pourra donc être qualifié de compétent, conforme, soumis, déviant, résistant ou innovateur et lanceur d'alerte ! L'application d'une règle n'est pas forcément une réponse médicale pertinente car « l'homme compétent est celui qui se trompe en respectant les règles » (Paul Valéry). Si les normes sont des règles de force variable pour le plus grand nombre, la question des minorités et du « hors normes » ne peut être scotomisée. La tyrannie des chiffres et celles de La Norme sont un aspect important de la normalisation et la volonté d'homogénéisation des pratiques [29].

L'histoire des controverses sociales, politiques et médicales sur la contraception, l'IVG, le dépistage de la trisomie 21, les vaccinations, la procréation ou la mort médicalement assistée témoignent des conflits de valeurs dans les normes de comportements des divers acteurs sociaux. Le Comité Consultatif National d'Éthique est le lieu symbolique de ces débats sur des questions anciennes, mais aussi des problèmes émergents récurrents liés au développement des possibilités techniques dans le champ social et celui de la santé. Les effets latéraux négatifs ou les risques iatrogènes certains ou potentiels sont alors mis en balance face aux bénéfices présumés attendus [30].

Dans ce contexte, de plus en plus souvent, des personnes, individus ou groupes appartenant à des minorités se retrouvent pour défendre les valeurs identitaires et les choix qui sont les leurs [31]. Ainsi,

- des associations de sourds profonds s'opposent, pour des raisons d'identité, au principe du dépistage néonatal systématique avec pose d'implants correcteurs.
- des obèses, notamment aux USA, s'organisent pour lutter contre les obstacles sociaux qu'ils rencontrent du fait de leur poids.
- des fumeurs contestent la réduction de l'espace public accompagnant les lois sur le tabagisme passif
- des usagers de drogues injectables ont initié avec ou sans le soutien de groupes professionnels de la santé la pratique du « shoot propre » dans des lieux médicalisés dans une logique de réduction des risques
- des collectifs médicaux minoritaires utilisent la puissance des modes de la communication électronique pour faire connaître leurs positions et arguments.

Ces thématiques renvoient à la notion de contrôle social sous des autorités diverses, politiques, sanitaires ou religieuses. À chaque fois, la norme contestée s'accompagne du risque de stigmatisation au nom de l'intérêt public ou de la santé publique.

### *La santé mythifiée par les media et Internet*

La place de santé dans la communication sociale et la force de l'image sur papier et écrans a permis de faire une large place au sensationnel et à l'émotionnel. L'existence même d'un phénomène et sa reconnaissance sociale sont indissociables du « Vu à la télé », sur Internet et dans la publicité.

Dans la construction du discours sur la santé, médecines scientifiques et médecines alternatives les plus diverses cohabitent, révélant ou créant des besoins, des demandes et des désirs relevant de la santé et de la médecine. Générant souvent de l'inquiétude, certaines informations alimentent une nouvelle hypocondrie sociale dans laquelle toute information devient un risque, une demande nouvelle de soins et... un nouveau secteur marchand.

La contrainte médiatique et économique transforme des infos à bas niveau de preuve scientifique en information à haut niveau de divulgation sociale, en « norme implicite » étayée par des sondages d'opinions réguliers. Appuyés sur les stratégies multiples des plans média, les lobbyings professionnels et/ou industriels participent au consumérisme et à la légitimation sociale.

Entre une campagne nationale d'affichage exposant un cadavre avec son étiquette de taux de cholestérol, un nouveau référentiel médical modifiant à la baisse les seuils du cholestérol, et une campagne orchestrée par la presse médicale et les visiteurs médicaux, quel sera le facteur le plus décisif pour le patient et pour son médecin ?

Des pseudos-maladies apparaissent même, « disease mongering », maladies inventées, s'inscrivant dans une dynamique de médicalisation ancienne avec « pathologisation » et socialisation par la santé [32]. Par exemple, dans le champ de la santé mentale, de nouveaux cadres sémiologiques morbides sont apparus au gré des éditions du DSM IV et V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). Les frontières du normal et du physiologique comme des comportements sociaux sont remises en question.

### *Les controverses de certaines valeurs et normes*

Si les valeurs et normes qui sous-tendent l'action médicale sont multiples (sociales, juridiques, éthiques, culturelles, religieuses [33], etc.) la norme médicale est et reste la référence des pratiques soignantes des systèmes de santé des pays occidentaux. Les connaissances et les compétences soignantes sont le préalable éthique le plus important.

Que les conduites à tenir soient recommandées par une institution sanitaire nationale ou internationale ou un groupe limité d'experts, des interrogations subsistent sur leurs rapports bénéfiques risques de stratégies diagnostiques, thérapeutiques ou préventives. Ces questionnements sont non seulement légitimes mais nécessaires, initiant des débats contradictoires sur la pertinence à réaliser ou

non un dépistage ou un traitement pour une affection donnée.

Ici le dépistage du cancer de la prostate (avec ses risques iatrogènes et pertes de qualité de vie et bénéfices incertains), là le dépistage de masse contesté du cancer du sein (avec risques de complications et données contradictoires sur les effets bénéfiques). Même interrogations pour dépistage et traitement systématiques des démences de type Alzheimer (insuffisance de service médical rendu, risques iatrogènes et coûts induits). Ce choix se fait-il au détriment du financement de mesures sociales d'accompagnement indispensables ?

Un nombre limité de revues professionnelles francophones comme les revues « Prescrire », « Pratiques », « Médecine », « Exercer » ou « La santé conjugue » (en Belgique), initie et développe régulièrement ces thématiques en faisant promouvoir la lecture critique des informations et recommandations en ne dissociant pas le regard médical du champ social et politique.

Ces controverses se traduisent parfois par des contestations devant la justice pour des médicaments avec des AMM (Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) acceptées par les agences sanitaires pour des produits aux dossiers insuffisamment argumentés ou impliquant des conflits d'intérêts. L'HAS a ainsi dû retirer plusieurs de ses recommandations. Du jour au lendemain, la norme qualifiée de référence change alors de statut...comme ses non utilisateurs. L'actualisation périodique des référentiels et normes doit être la règle.

Pour des raisons différentes, le CAPI et la ROSP évoqués précédemment ont déclenché des critiques multiples sur des bases juridiques soulignant de possibles conflits d'intérêt entre le médecin et ses patients.

Les incertitudes sont fortes sur la validité de certaines données de santé [34]. Des faits considérés comme démontrés, faux, ou falsifiés ont alimenté d'actualité politique, sanitaire et juridique. Dans les crises sanitaires successives qui ont agité la société française depuis plusieurs décennies (l'amiante, la vaccination hépatite B, l'hormone de croissance, le virus H1N1, le médicament Médiator, etc.), les dysfonctionnements des services de l'État et les limites des expertises médicales se sont traduites par une remise en cause croissante de la crédibilité des institutions ou des experts et de leur liens d'intérêts connus ou dissimulés.

Dans ces contextes, la perception pour l'avenir des valeurs et des progrès en médecine varie de l'espoir à l'inquiétude. Là encore, les croyances alimentent les représentations. Ces mêmes tendances se retrouvent au sein du corps médical au travers de d'appellations réductrices comme les « médecins traditionnels » ou les « médecins progressistes »

### Conclusion

Le thème des normes et valeurs en médecine générale est l'opportunité de revisiter l'histoire de la médecine et de l'exercice médical soignant par rapport à un ensemble de normes et valeurs qui sous-tendent les situations de soins.

Cette approche implique l'organisation sociale, politique, culturelle et culturelle des sociétés.

Par nature les normes sont changeantes, comme leurs cadres d'application. Les savoirs médicaux scientifiques (partiels et provisoires) sont des croyances qui ont fait leurs preuves. Il n'a pas fait disparaître les pratiques soignantes populaires, ou les pratiques magiques et exotiques dans lesquelles le moteur est la conviction partagée ou acceptée de telle ou telle valeur.

G. Canguilhem en soulignant que « la santé a remplacé le salut » renvoie soignés et soignants aux cortèges des dogmes, croyances, rites, chapelles et à leurs autorités respectives, mais aussi leurs déviants et hérétiques !

Pour chaque médecin généraliste c'est la question quotidienne du sens et des fonctions des différentes séquences diagnostiques et thérapeutiques qui est posée. Ce sont aussi ses propres valeurs personnelles, familiales et de classe sociale qui interagissent. Dans une seule journée de consultation de médecine générale, et pour une vingtaine de consultants différents, le médecin est face et doit faire face à la complexité et aux contradictions de ces valeurs et normes [35]. Face à la prévalence croissante des polyopathologies l'application simultanée de plusieurs référentiels est à la fois impossible et iatrogène imposant de changer de modèle dans le soin, la formation et la recherche [36] [37].

Les frontières même de santé ou de maladie ont évolué avec la prévention des facteurs de risques multiples et l'introduction de la notion de « healthy ill person », personne malade en bonne santé. Seule une approche systémique permet d'appréhender de façon non simpliste les places respectives de ce qui relève de l'individu ou de la collectivité en tant que constructions médicales, sociales et culturelles.

Les comportements des soignés et soignant varient en permanence de la conformité avec soumission à une autorité de référence à la non-observance partielle ou totale des règles.

L'approche via les normes n'est pas une réduction des possibles, une limitation de liberté, mais au contraire la mise au grand jour des enjeux de valeurs présentes qui sont constitutives de l'histoire et l'identité des individus, comme des groupes sociaux et des sociétés. Face à la tendance homéostatique des systèmes, les résistances aux changements supposent des adaptations et du temps.

Ces approches et cette acceptation de la complexité permet de relativiser bien des discours médicaux et sociaux en distinguant ce qui relève de la science, du scientisme ou de l'homéostasie du fonctionnement social. Elle conduit le médecin à accroître ses niveaux d'exigence et à renoncer à

l'illusion de la toute puissance médicale, sociale ou administrative, facilitant ainsi au patient le développement de son autonomie et l'exercice de ses responsabilités.

Il serait utile de reformuler le questionnement initial "*La médecin générale face aux normes*" dans d'autres déclinaisons, "*La cardiologie, la chirurgie, la cancérologie...*". Une occasion d'identifier dans les discours et dans les pratiques les places des priorités et préférences de chacun de ces professionnels, en fonction du focus sur la maladie, le patient, les aspects techniques ou sociaux.

Les normes, recommandations et référentiels professionnels santé [34] (perfectibles) restent des outils indispensables pour revenir sur le sens des troubles de santé et les réponses des professionnels et de la société. Que la recommandation ou l'injonction soit médicale ou sociale, la réflexion sur les normes passe par l'analyse des conditions de leurs constructions et de leurs fonctions.

Au gré des situations, une norme peut être préférentiellement un outil indispensable, un but, un moyen, un prétexte, un levier ou un leurre destiné tant au soigné qu'au soignant. Le thème "*la médecine générale face aux normes*" est en fait celui du "*sujet soigné face aux normes du sujet soignant médecin généraliste*". Si on souligne que 50 % des patients n'adhèrent pas aux prescriptions immédiates ou dans la durée, voilà de quoi relativiser le questionnement initial et les analyses précédentes.

C'est bien un sujet soignant face à un autre sujet soigné, tous deux confrontés à des normes explicites ou implicites. Pour les deux acteurs, il s'agit alors, pour un acte médical donné, d'identifier les "normes" en jeu, de les admettre ou non, d'en appliquer certaines, parfois de s'y soumettre ou de s'en exonérer ? Le risque du mesurage des normes collectives est-il celui de négliger ou minorer la place de l'individu-sujet ?

### Références

- [1] Beaune JC. Canguilhem, Foucault et les autres. Rev Prospective et Santé, N° 40 hiver 1986-87 : 11-20.
- [2] Dagognet F. le normal et le pathologique. : Rev Prospective et Santé, N° 40 hiver 1986-87 : 7-10
- [3] Jolles S. La santé, les santés : un kaléidoscope de représentations. Des représentations de la santé. Rev Agora, N° 21, Printemps-été 1992 : 5-14.
- [4] Livet P. Les normes. Collection Vocation Philosophe. Editions 2006. Armand Colin, 168 pages.
- [5] Laplantine F. Anthropologie de la maladie. Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine. Editions Payot 1986, 411 pages.
- [6] Sarradon-Eck A. Les représentations populaires de la maladie et de ses causes, Rev Prat Med Gen, 2002, 16, 566 : 358-363.



- [7] Lustman.M, Bourgeois.I. Quels sont les apports concrets des sciences humaines à la médecine générale ? Doc Rech Med Gen SFMG, 2007, N° 64 : 7-32]
- [8] Galam E et col. Médecine générale, concepts, démarches et compétences. Rev du Praticien médecine générale, 1997, n°398 : 27-32.
- [9] Gay B J.Allen : Une nouvelle définition pour la médecine générale. Rev Prat Med Gen; 2002, 587 : 1371-2
- [10] Lynn Payer. La santé fracturée. Rapport Payer sur les diagnostics et les traitements médicaux en France, Allemagne, Royaume-Uni et USA. Editions First, 1991. 203 pages.
- [11] Rosman S. les pratiques de prescription des médecins généraliste. Etude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas. in, Singuliers Généralistes. Presse EHESP, 2010; 117-131.
- [12] Nathan Tobie, Stengers I. Médecins et sorciers. Les Empêcheurs de penser en rond. 2004. 177 pages
- [13] Gallais JL. Soins primaires : quelques repères pour aborder l'évaluation des stratégies de décision en médecine générale. Documentation SFMG, 1996.
- [14] Amar E, Pereira C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. DREES Etudes et résultats, N° 440, Nov 2005.
- [15] Vega A. Les déterminants de la décision médicale, un point de vue sociologique. Rev Médecine, juin 2009 : 282-286. Rev médecine, juin 2006 : 276-277.
- [16] Mousques J, Renaud T, Scemama O. Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë. Questions d'Economie de la Santé, 2003, N° 70, 6 pages
- [17] Conférence Permanente de la médecine générale. Pédagogie de la relation thérapeutique. 2003. Edition editoo.com. 181 pages
- [18] Aubert JP, Laversin S. Ce qu'attend le médecin généraliste des recommandations". rev Prat Med Gen, 2000; 511 : 1779-82
- [19] Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? l'exemple du diabète de type 2. Sciences sociales et santé. Volume 24, N° 2, 2006 : 75-103.
- [20] Trepos JY, Laure P. Les recommandations médicales en médecine générale : le travail de réception des normes. In Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale. Presse EHESP, 2010 : 271-282.
- [21] Fagnani F. Detournay F. Lexique évaluation médico-économique REMEQUAS 1992.
- [22] Centre d'Analyse Stratégique. Les recommandations médicales : un outil pertinent pour faire évoluer les pratiques des professionnels de santé ? Note d'analyse N° 291, octobre 2012.
- [23] SFMG. Dictionnaire des résultats de consultation de médecine générale, révision
- [24] Arnould.M, Hebbrecht G, Zilber B, Szidon B. Diffusion de recommandations de pratiques francophones en consultation de médecine générale. Journées EMOIS, Mars 2009.
- [25] Arnould P, Santana P, Gavid B, Raineri F, Duhot D. Do french-speaking guidelines for clinical practice cover the field of practice of general practitioners? Congres Wonca Europe Paris 2007.
- [26] Debris S. Enjeux de savoirs et savoirs en jeu en analyse des pratiques. DEA. 2004. CNAM-Université catholique de Louvain, Université Paris 13. 124 pages.
- [27] Gallais J.-L. Règles du jeu : effets et enjeux des groupes de Pairs comme procédure dans les soins, la formation et la recherche. Doc Rech Med Gen SFMG, juin 2002, 59 : 6-11
- [28] Gallais JL. Groupes de pairs : mises en scène de soi, représentations, répétitions et entractes. Doc Rech Med Gen SFMG, juin 2006, 63 : 19-21
- [29] Vallée JP, Le Noc Y, Drahi E. Qualité des soins primaires : tyrannie du quantifiable ? Médecine, juin 2009 : 276-277.
- [30] Gallois P, Vallée JP. Normes, risques et maladies : attention aux dérapages ! Revue Médecine, février 2011 : 52-54.
- [31] Prévost M. Quand les a-normaux se rebifent. Sante Conjuguee, 2007, 41 : 34-43.
- [32] Aiach P, Delanoe D. L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas. Collection sociologique. Editions Anthropos, 1998, 251 pages.
- [33] Edin C, Marais P, Moulevrier P, Huez JF, Fanello S. Médecine générale et Ramadan. Pratiques et Organisation des Soins volume 42 n° 2 / avril-juin 2011 : 89-99.
- [34] Ioannidis JPA. Why most published research findings are false. 2005. PLoS Med 2(8) :e124 <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0020124>
- [35] Référentiels métiers et compétences : médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues obstétriciens. Editions Berger Levrault, 2010, 155 pages
- [36] Barnett.K et coll. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education : a cross sectional study. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Vol 380 juillet 7.2012
- [37] Wang H et coll. Epidemiology of multimorbidity in China and implications for the health system : cross-sectional survey among 162.464 community household residents in southern China. BMC Medicine 2014,12 : 188.