

PERCEPTION ET REPRESENTATION DE LA SANTE PAR
LE MEDECIN GENERALISTE

(Contribution au Colloque INSERM sur Conceptions, Mesures et actions en Santé Publique) 8/9 Octobre 1981

Ayant à dire ce que le généraliste perçoit quand il s'interroge sur les termes d'état de santé et d'état de maladie, je prendrai appui sur une rapide description des positions respectives du malade et du médecin en médecine générale comparées à celles qu'ils ont dans la médecine hospitalière. Admis et hospitalisé, le malade est pris en charge par une institution au cadre rigide. Il est désinséré de ses liens familiaux, professionnels et de son environnement habituel. La totalité de son temps et de son corps est soumise à une série d'évènements et interventions dont les tenants et aboutissants lui échappent. Dans ces conditions, le médecin est en mesure de procéder aux clivages maintenant classique entre morbidité ressentie par le malade, morbidité diagnostiquée par le médecin puis objectivée (ou non) scientifiquement selon des normes le plus souvent anatomocliniques et biomédicales.

Les aspects des troubles impliquant les habitudes sociales (ce que P. Benoit appelle la norme sociale) et la personnalité originale du malade peuvent ici être pris en compte "par dessus le marché" mais ne s'imposent pas d'eux-mêmes dans le champ médical. Même en psychiatrie où pourtant l'on s'efforce de tenir grand compte de ces facteurs, le comportement réel du malade dans son milieu quotidien ne peut qu'être estimé, il n'est pas directement observé par le médecin. La maladie sous son aspect traditionnel, nosologiquement classifiable, est ici au centre des préoccupations et la notion de santé, comme absence de toute maladie décelable, prend la forme d'une virtualité qui reste de l'ordre du mythe du point de vue du médecin. En médecine générale, la situation des acteurs est bien

.../...

différente. Ici, le médecin doit d'abord se faire admettre par une population donnée ; et si je prends pour modèle le généraliste de pratique libérale, c'est en complet-veston, dans la voiture et le logement de tout un chacun que lui-même et sa famille auront à s'immerger dans le groupe particulier des malades potentiels, avant que ceux-ci consentent à faire appel à lui et à se rendre, pour un temps toujours limité à quelques minutes (ou heures s'il y a attente) sur un territoire médical réduit à la dimension du cabinet de consultation. Il est vrai que ce territoire peut servir de sas pour s'engager dans un appareil médical plus sophistiqué situé ailleurs, mais jusque là le malade conserve la totalité de ses liens sociaux, affectifs et culturels ; c'est le médecin qui se voit clivé en deux personnages simultanément présents : le citoyen de telle rue, de telle commune, repéré dans son identité avec ses clients potentiels, et le personnage médical apte à produire une prestation brève mais toujours disponible, fut-ce au téléphone, selon le bon vouloir du malade et sous la garantie des sciences médicales.

Par conséquent, deux éléments sont à retenir : d'un côté, un malade non dépourvu de tous ses repères et pouvoirs personnels, qui garde une part de décision, un sujet actif qui, en médecine libérale, peut s'adresser ailleurs, "manipuler" les prescriptions de son médecin, etc... De l'autre, un médecin qui, tout en ayant un pouvoir d'intervention sur le patient, n'est pas que cela et est ramené à la hauteur de tout un chacun. Le contexte de l'acte médical se répercute sur la manière dont le généraliste appréhende les limites entre le normal et le pathologique.

Dissipons un malentendu possible : la "norme sociale" que nous avons évoquée ne renvoie pas, dans notre propos, à une dimension idéologique, mais aux habitudes socio-culturelles du groupe auquel le malade appartient ; elle constitue

une référence que le généraliste ne peut pas négliger dans la mesure où les habitudes socio-culturelles interfèrent dans l'acceptation ou la non acceptation du traitement de la part du malade et aussi parce que, devenues mobiles, instables, contradictoires, ces habitudes peuvent -à elles seules- devenir une source de conflits pathogènes. P. Benoit qui a été praticien avant d'être psychanalyste et balintien, distingue trois normes qui sont en interaction et dont le médecin doit tenir compte simultanément dans la recherche de ce qui les déstabilise : ce sont la norme anatomo-clinique et organo-fonctionnelle, la norme sociale, enfin la norme intime, toujours originale, de l'individu, qui "préside au mode de prise de l'organique dans le monde de la représentation et de ses représentants symboliques". Le malade, lui, veut être entendu dans sa globalité. Le généraliste le sait bien qui, dans son approche concrète, malgré l'absence de formation et les difficultés, ne manque pas d'utiliser les trois paramètres évoqués. Certes, préparé par ses études à affronter les aspects biologiques de la maladie, il trouve moins hasardeux de pénétrer le corps de son patient avec des médicaments, des bistouris, des rayons X, que de prendre en considération le psychisme du malade. Mais il encourt alors le risque, plus fréquent qu'on ne le pense, que ses prescriptions ne soient pas suivies ou que la maladie réapparaisse ailleurs, sous une autre forme. Aussi, la pratique lui impose-t-elle de tenir compte des problèmes émotionnels de son malade.

Un groupe polydisciplinaire de recherche de la S.F.M.G. a étudié la démarche réelle du généraliste devant un malade dit déprimé. Le rapport qui est en voie d'impression, dégage pour plus de 300 cas concrets qui ont été dépouillés, une démarche type qui comporte : 15 item se rapportant à l'entourage et aux relations passées du malade et de son médecin,

.../...

4 item se rapportant à la sémiologie traditionnelle de la dépression proprement dite, 6 item se rapportant au vécu, au ressenti du médecin pendant la consultation. Et A. Baldinçer, P. Mitrani, le Dr D. Poivet, respectivement linguiste, ethnologue et psychiatre, qui ont participé au travail, concluent dans leur propre rapport sur ce travail, que dans le schéma de pensée du généraliste, la maladie est représentée sous deux formes complémentaires :

- la maladie comme forme d'existence et produit d'un système fondé sur 4 termes :

- | | |
|--------------|-------------|
| . individuel | . collectif |
| . somatique | . psychique |

- la maladie et son traitement dans la théorie de la connaissance qui en propose une classification et une explication.

C'est dire que, dans le champ de la médecine générale, les clivages opérés dans les disciplines biomédicales (ou en psychiatrie) ne sont ni possibles ni toujours pertinents, un certain degré de maladie "nécessaire" pouvant parfois représenter la "santé" pour un patient donné. Ainsi, pour le généraliste, l'opposition fondamentale ne s'établit pas entre les termes de maladie et de santé, mais entre maladie et santé, d'une part, mort, d'autre part ; le premier couple (maladie-santé) recouvrant à son tour une opposition dont les contours varient sans cesse à l'intérieur d'un même individu et d'un individu à l'autre.

Ce déplacement est confirmé par l'ouvrage de R.N. Braun sur la pratique omnipraticienne. Généraliste de formation traditionnelle, R.N. Braun décrit, non pas une seule, mais quatre positions diagnostiques par ordre de complétude croissante. Le modèle de la médecine clinique qui isole radicalement la morbidité ressentie et la morbidité objective et qui fait du "malade muet" son idéal, n'est pas réalisable dans le cadre de la médecine générale, quand bien même le médecin le voudrait. Davantage, il n'est pas acceptable. S'appuyant sur l'examen de certaines de cas, Braun montre l'importance qu'il y a, non pas à

clure une situation en posant à tout prix un diagnostic que l'on pense scientifiquement objectivé, mais bien à reconnaître à chaque moment le degré de précision et d'imprécision de la position diagnostique atteinte, pour agir correctement ; il montre combien il est important, pour l'établissement du diagnostic en médecine générale, de laisser la situation ouverte sur des éléments non encore pris en compte, voire sur des évolutions critiques imprévues évitables.

Partant d'un autre point de vue, S. Pasmore, un praticien anglais de formation Balint, dans un article intitulé "le rôle stabilisateur du médecin généraliste" décrit comment il se représente le fait de se prescrire lui-même, inconsciemment, comme un facteur permettant au malade de retrouver son équilibre émotionnel ; Pasmore note, par ailleurs, qu'un trouble émotionnel persistant peut amener des lésions organiques tout à fait classiques. "Lorsqu'un patient tombe malade pour n'avoir su résoudre ses conflits, il est déséquilibré et, consciemment ou inconsciemment, cherche à retrouver son équilibre. Il étend la main pour s'accrocher à quelque chose, cela peut être un livre, une bouteille ou un téléphone grâce auquel il pourra demander l'aide de quelqu'un de connu, un ami ou le médecin. Le plus souvent, c'est à ce dernier qu'on s'adresse parce qu'habituellement c'est la personne, ami ou proche, qui a provoqué le déséquilibre. Si le choix se porte sur le médecin, le patient sait instinctivement qu'il paraîtrait bizarre de lui demander de restaurer son équilibre ; aussi habille-t-il son malaise de termes dont il pense qu'ils sont compréhensibles pour le médecin : (je suis fatigué, j'ai besoin d'un fortifiant, je suis nerveux et ne dors pas bien, y-a-t-il un nouveau médicament pour la migraine, j'ai besoin d'un check-up, etc...).". Pasmore montre comment l'écoute du médecin peut permettre au malade d'essayer d'exprimer ses peurs et émotions à demi cachées et comment la compréhension manifestée peut avoir un rôle stabilisateur.

.../...

Comment classer ces patients ? Sont-ils des "malades" ? Je ne le dirai pas ; ils sont au stade encore inorganisé d'une maladie potentielle qui pourra prendre des formes organiques, psychiques, mixtes. Leur prise en charge n'est pas seulement psychologique car l'expression des affects de nombreux malades passe par une forme corporelle. Cette prise en charge relève de la médecine préventive au sens le plus subtil du terme.

Nous sommes partis de la situation concrète de l'exercice de la médecine générale, non seulement parce qu'elle constitue un trait caractéristique d'une pratique, mais aussi parce qu'elle nous permet d'approcher une problématique théorique du point de vue du généraliste.

Cette situation nous a amené à mettre en évidence la non pertinence de certaines oppositions issues des sciences bio-médicales :

1 - Dans la pratique empirique du généraliste

(cf R.N. Braun, les travaux du groupe polydisciplinaire sur la dépression à la S.F.M.G. et je pourrais citer aussi la recherche d'un sociologue, Alain Letourmy, sur la pratique libérale du généraliste)

2 - Dans la réflexion sur cette pratique

et là nous avons évoqué deux démarches différentes, celle de Braun et celle de Pasmore, mais convergentes en ce qui concerne notre propos.

L'inadéquation conceptuelle à notre pratique de l'opposition maintenant classique maladie versus santé et le décentrement qui se fait jour (santé - maladie versus mort) ne tiennent pas seulement à un mode d'exercice de la médecine qui serait en quelque sorte contingent ; ils tiennent avant tout, nous semble-t-il, à la spécificité du champ de la médecine générale dont l'étude n'a fait que commencer.

Dr O. ROSOWSKY,
Société Française de Médecine
Générale

BIBLIOGRAPHIE :

- Michael BALINT "Le Médecin, son Malade et la
P.U.F. 1960 - Maladie "
Edit. Payot 1966.
- Pierre BENOIT "Inconscient et Thérapeutique
médicamenteuse"
Les Cahiers de la Méthode
Naturelle en Médecine, 4è trim.76
"Psychanalyse et Médecine"
Revue des Sciences Médicales
n° 204, octobre 1972
- Robert N. BRAUN "Pratique, Critique et Enseigne-
ment de la Médecine Générale"
Edit. Payot 1979
- Alain LETOURMY "Etude de la pratique libérale du
généraliste en médecine générale
de cabinet" CERÈBE
- Stephen PASMORE "The stabilising role of the
general practitioner"
The British Journal of Medical
Practice, n° 13, 5 Mai 1959
p. 322
- D.V. POIVET, A. BALDINTER, P. MITRANI
" La prescription des psychotropes
par le médecin généraliste"
Analyse d'une démarche médicale
aboutissant à un choix thérapeutique
. soigner l'angoisse
. soigner la dépression
(rapport d'une recherche polydis-
ciplinaire à l'initiative de la
Société Française de Médecine
Générale, en cours d'achèvement)