

Un voyage d'étude dans le MASSACHUSSETS, U.S.A.

OU

comment un système authentiquement libéral aborde
le problème de notre discipline, de sa recherche
et de son enseignement, dans leur corrélation
avec l'intérêt national et le coût de la Santé.

Il s'agit de la reprise d'une série d'articles déjà publiés dans "Panorama du Médecin" en janvier-février 1986. Nous donnons ici le texte intégral dont certains passages avaient dû être retirés par manque de place disponible dans un journal grand public dont il convient de saluer ici l'amicale collaboration.

Harvard Medical School



25 Shattuck Street
 Boston, Massachusetts 02115
 (617) 732-1535

Office of the Dean
 for Academic Programs

August 12, 1985

Dr. O. Rosowsky
 Societe Francaise
 Medecine Generale
 Societe Scientific 29
 Avenue du General Leclerc
 75014 Paris
 France

Dear Dr. Rosowsky,

We are looking forward to your visit to Boston in September and have planned the following schedule:

Tuesday, September 17, 1985

10:00 a.m. - 12:00 p.m.	Meeting with Dr. Daniel D. Federman Dean for Students and Alumni Harvard Medical School Building A, 732-1497
12:00 - 2:00 p.m.	Luncheon with Dr. S. J. Adelstein Harvard Medical School
2:30 - 4:00 p.m.	Meeting with Dr. John Stoeckle Director of Primary Care Medicine Massachusetts General Hospital ACC-5 726-7930

Wednesday, September 18, 1985

9:00 a.m. - 1:00 p.m.	Dr. William Damon Assistant Professor, Family and Community Medicine University of Massachusetts Medical Center 55 Lake Avenue (North) Worcester, MA 01605 1-856-4117
2:00 - 4:30 p.m.	Dr. William Castelli Director, Framingham Heart Study Framingham, MA 1-872-6556

Dr. O. Rosovsky

August 12, 1985

-2-

Thursday, September 19, 1985

9:00 a.m. - 11:00 a.m. Meeting with Dr. Donald Berwick
 Vice President of Quality of Care Measurement
 Harvard Community Health Plan
 The Fenway
 Boston, MA
 421-8745

11:00 a.m. - 12:00 p.m. Tour of the Harvard Community Health Plan (HCHP)
 Facility

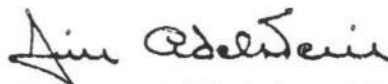
Friday, September 20, 1985

Dinner at Dr. Daniel D. Federman's home.

We have spoken with your cousin, Henry Rosovsky, and understand he will be assisting you in your tour. Please let me know if this program that we have planned meets your needs and your timetable. We have tried to leave you some free time to also visit other parts of Boston.

Best regards.

Yours sincerely,



S. James Adelstein, M.D.

cc: Dr. Daniel D. Federman
 Dr. John Stoeckle
 Dr. William Damon
 Dr. William Castelli
 Dr. Donald Berwick
 Dr. Henry Rosovsky

/kg

- ENQUETE A FRAMINGHAM ET A LA HARVARD MEDICAL SCHOOL

Pour celui qui, comme moi, n'a jamais mis les pieds en Amérique, les sept heures du vol T.W.A. entre l'Aéroport Charles de Gaulle et Boston laissent libre cours à toutes sortes de considérations.

L'idée de prendre contact, sur place aux U.S.A., avec l'étude de FRAMINGHAM m'était venue cet été. La Société Française de Médecine Générale avait elle-même créé et fait fonctionner, depuis deux ans, avec l'aide matérielle du Laboratoire Spécia, un réseau national d'observation de l'hypertension traitée en médecine générale (tous traitements) chez les malades bon observants. La Direction de la Pharmacie, l'INSERM et d'autres partenaires, venaient de marquer un intérêt concret pour la pérennisation de cet observatoire national.

Or, dans la petite commune américaine de Framingham, non loin de Boston, se déroule depuis trente-cinq ans, une des plus passionnantes études jamais réalisées dans le monde sur les conditions d'apparition des maladies cardiovasculaires, dans un échantillon cliniquement sain de la population.

Aujourd'hui, se succèdent les publications de cette équipe, et une suite passionnante de leur recherche est commencée par l'examen au long cours des enfants du groupe humain observé, au départ, depuis 1949.

Il m'apparaissait important, à l'heure où nous nous engageons dans une étude au long cours de l'hypertension traitée, de connaître les gens, la philosophie, les méthodes, de ces pionniers américains, car ils furent les premiers, après la seconde guerre mondiale, à émettre l'idée et à démontrer que la recherche épidémiologique ne s'appliquait pas principalement aux maladies infectieuses et à la diffusion de leurs agents, mais tout autant aux affections chroniques et à leurs facteurs étiologiques ou prédisposants.

Comme la médecine générale est un lieu où peuvent être saisies les affections chroniques à leurs stades encore inorganisés, nous pensons que notre discipline est un des lieux privilégiés pour ce type de recherches médicales

Pour la même raison, elle est aussi un des lieux d'application où la médecine pourra faire usage des connaissances acquises dans une visée préventive qui représente, dans les maladies chroniques, un des espoirs les plus rationnels de progrès collectifs.

Restait aussi à comprendre pourquoi et comment ces idées s'étaient développées précisément aux U.S.A et comment, par exemple, les problèmes de la médecine générale se posent dans une université américaine de pointe, et comment on y répond là-bas.

Aussi, avais-je inclus dans mon programme de visite un coup d'oeil sur le mode de fonctionnement et d'enseignement de la médecine générale aux U.S.A., profitant de la proximité de Framingham par rapport à Boston, où se trouve une des plus fameuses écoles de médecine américaine, la Harvard Medical School.

Reste que, hormis quelques congrès anglophones du Royal College of General Practitioners et des Sociétés Balint, je n'avais pas eu l'occasion d'exercer les pâles rudiments d'anglais acquis au lycée avant 1941 ! c'est dire que, assis dans ce fauteuil d'avion, écoutant l'incompréhensible bredouillis qui tombait des haut-parleurs, je me sentais dans la peau de Vendredi se rendant chez Robinson Crusoë, d'abord pour fausser compagnie à d'honorables cannibales parmi ses propres congénères, mais aussi pour acquérir quelque chose du savoir-faire de ce très puissant gentleman.

Me revint alors à l'idée ce qu'un médecin universitaire de Harvard avait répondu à mon futur hôte américain, un professeur d'économie très respecté de cette même université, alors qu'il lui parlait de nos problèmes médicaux français tels qu'ils les avait perçus à travers les écrits de la Société Française de Médecine Générale. Notre collègue américain lui avait répondu que de nombreuses questions concernant la médecine générale restaient encore aux U.S.A aussi, non résolues.

Je me dis alors que je ne venais pas les mains vides et que nos propres travaux à la Société Française de Médecine Générale, les concepts, les méthodes et les instruments de recueil des données sur lesquels nous travaillons, pourraient intéresser mes interlocuteurs à venir.

Je décidai donc d'en parler le plus clairement possible, afin d'expliquer par quels aboutissements l'état des recherches que nous gérons en France nous amenait à ce voyage d'étude à Harvard et à Framingham et voir si ces approches éveilleraient un écho.

Là-dessus, arriva le plateau repas, bien chaud et fort bon, ma foi, puis un "polar" très excitant, si bien que, quittant mes réflexions professionnelles, il ne me resta plus qu'à me laisser conduire à bon port.

L'ACCUEIL A HARVARD

Lorsque l'avion commence sa descente vers Boston, l'océan se peuple brusquement d'une bande côtière, puis apparaissent les sillages des bateaux, une flotille de voiliers de toutes tailles et on touche le sol de l'Amérique sur la rive océane qui borde l'aéroport.

Nous volions depuis sept heures environ. Nous avions quitté Paris vers 14 heures en remontant les fuseaux horaires, si bien que nous arrivions, à peine plus tard, par un beau dimanche ensoleillé d'un somptueux été indien.

Au portillon de sortie, nous attendait l'amical sourire de notre hôte à la Harvard University, venu nous prendre en charge. Nous traversâmes Boston et arrivâmes sur les collines de Newton, une cossue banlieue résidentielle où de belles maisons, pierre et bois, dans le style américain de la fin du 19^e Siècle, se nichent parmi les pelouses, les hêtres et les chênes centenaires où s'ébattent des dizaines d'écureuils familiers.

A peine débarqués, nous nous trouvions déjà plongés dans l'ambiance de la Nouvelle-Angleterre dont nous allions connaître très vite à quel point elle est marquée d'histoire et de tradition culturelle dans ses rapports et ses conflits avec la vieille Europe.

Le programme très serré qui nous avait été préparé par la Harvard Medical School ménageait une première journée pour nous remettre du décalage horaire et pour prendre un contact physique avec la ville, le paysage et les gens qui nous recevaient.

Ainsi, le lendemain matin, la journée commença par une visite au hameau tout proche, de Lexington. Ici, fut tiré le premier coup de feu par où commence, en 1775, la guerre d'indépendance américaine. Il s'agissait pour une milice de fermiers de défendre un petit pont de bois contre les troupes anglaises chargées de mater l'agitation de colons irrespectueux.

Dans le paysage champêtre et fertile où serpente un paresseux cours d'eau, on imaginait très bien la géographie et l'ambiance dans lesquelles commença, ici vers 1630, la colonisation par les puritains chasses d'Angleterre et puis ensuite l'orgueilleuse vitalité de l'expansion américaine. Des quatre hameaux qui formaient alors le Massachusetts Bay Company, l'un fut dénommé Boston et l'autre, dès 1638, fut appelé Cambridge, fixant au modeste collège qu'on y avait créé pour former les cadres futurs de la communauté, le très ambitieux projet d'égaliser la vieille université anglaise du même nom. Il fallut vingt ans seulement au petit établissement de collégiens, dénommé Harvard, du nom d'un premier donateur de livres, pour acquérir effectivement l'équivalence des diplômés avec Oxford et Cambridge en Angleterre. Il est vrai qu'on y avait mis le prix ! le quart des impôts levés par la Bay Company !

Dès 1707, Harvard eut son premier président laïque et s'inspirait largement du modèle d'enseignement libéral anglais, également ouvert aux mathématiques, aux sciences physiques et naturelles, à la philosophie, au droit et à l'administration.

Ainsi se développa, entre Boston et Cambridge (Massachusetts), un jumelage fameux entre une cité cosmopolite, marchande, activement concernée par toutes les mêlées politiques de la naissante nation américaine, et une ville soeur, tout entière vouée aux oeuvres universitaires.

Toutes deux ont ainsi grandi de concert et, aujourd'hui, la Harvard University est à elle seule une agglomération de 450 acres, que seule une rivière sépare de la ville de Boston. Y logent, les 18000 collégiens et étudiants et les plus jeunes des 16000 enseignants et administratifs en début de carrière. On imagine l'animation des rues où alternent les bâtiments monumentaux de tous les styles, allant du néo-classique aux plus belles architectures modernes où sont logés les départements et instituts universitaires, les immenses bibliothèques et une bonne dizaine d'importants musées des arts et des sciences, entre lesquels s'insèrent les bâtiments carrés en briques rouges des collèges, avec chacun son campus de gazon vert, ses propres restaurants, installations sportives et multiples lieux de rencontre.

Tout cela rappelle ce qu'était le quartier latin, avant qu'il n'éclatât après 1968 et alors qu'au voisinage de nos musées les plus prestigieux cohabitaient la Sorbonne, la Faculté de Médecine, celle de Droit et toutes nos Grandes Ecoles, dans un paysage urbain qui permettait ce brassage entre étudiants et enseignants des diverses disciplines, sans lequel l'intelligence et la culture s'étiolent et entrent en régression.

Au soleil de ce bel automne 1985, tout ici respirait une joyeuse activité et les retrouvailles affairées d'une nouvelle année universitaire. Frappante aussi, il faut le dire, l'absence ici de ce côté "crado" qu'ont pris chez nous trop de nos locaux universitaires au cours des décades passées.

Alors, était-ce là une université "vitrine" de la prospérité américaine ? Sans doute, mais fruit aussi d'un certain respect de la "règle du jeu".

C'est ainsi que, élu doyen de Harvard il y a douze ans, notre hôte nous raconta avoir trouvé un déficit annuel de 5 millions de dollars. Il s'aperçut alors que, sur 18 000 étudiants, 2 000 étaient des enfants d'enseignants de l'université et, comme tels, dispensés de droits d'inscription. Jugeant que leurs parents, étant normalement rémunérés, pouvaient suivre le droit commun et régler les frais d'inscription comme tout un chacun, le nouveau doyen supprima le privilège et augmenta d'un coup l'encaisse de plus de 10 %.

Aussitôt, le budget montra un bénéfice de 2 millions de dollars par an. Pour ce haut fait et beaucoup d'autres, loin d'être blâmé par ses pairs, il fut réélu Doyen onze années de suite. Quant au coût élevé des frais d'inscription, et en attendant d'étudier de plus près ce problème du point de vue du coût des études de médecine, nous avons pu vérifier que l'instance qui décide de l'admission, sur titres et après "interview" est totalement indépendante de celle qui, ensuite, accorde des bourses (réellement suffisantes) au simple vu des ressources fiscales des parents.

Mais, c'est le lendemain que commençait pour nous le programme proprement médical de nos contacts avec le "primary care" à la Harvard Medical School, École privée de médecine, mais aussi à l'Université d'Etat du Massachussets, confrontation intéressante, on le verra, à de nombreux points de vue.

PREMIERS CONTACTS ACADEMIQUES

Dans le souci de régler à temps le problème du stationnement automobile, aussi aigu à Boston que dans nos CHU de la Ville de Paris, nous arrivâmes à la Harvard Medical School un peu avant 10 heures du matin, heure de notre rendez-vous avec le Pr FEDERMAN.

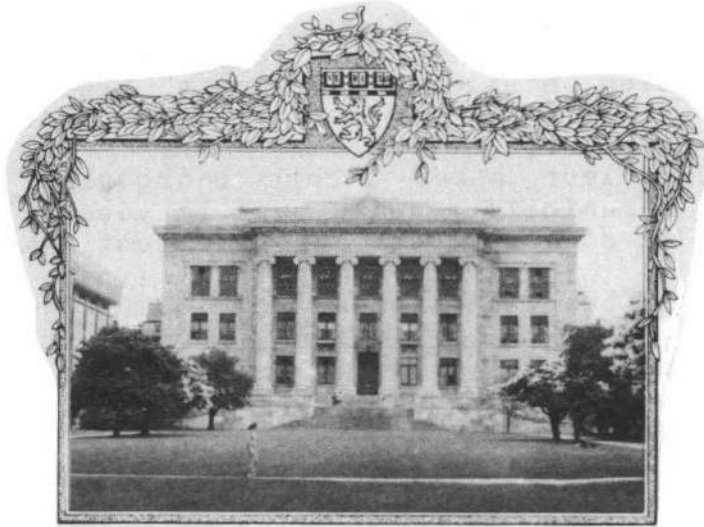
Prévoyant, notre hôte avait pris la précaution de prévenir le secrétariat du doyen de notre arrivée, si bien qu'alors que nous parlements à la guérite du gardien, une voiture de police vint nous chercher et nous guider vers un parking "interdit" où le garde nous déclara qu'il surveillerait notre voiture.

D'entrée de jeu, l'hospitalité de nos amis américains se montrait à la mesure des somptueux bâtiments de marbre de style néo-classique monumental qui abritent cette école de médecine où un staff de 4 000 enseignants, soignants, chercheurs, et employés divers, prend un charge des promotions annuelles de 150 (!) étudiants en médecine.

Le Pr FEDERMAN est chargé, pour le compte du doyen, des relations avec les étudiants et les anciens élèves. C'est un poste de haute importance dans le système universitaire anglo-saxon où les anciens élèves deviennent aussi les futurs donateurs et soutiens de l'école. Le geste large, l'abord chaleureux, cet homme manifestement curieux de connaître, fit de ce premier entretien une "interview" à l'américaine, c'est à dire agréable, mais "sportive".

Présentations : présents, mon épouse, notre hôte à Boston, la secrétaire du Pr FEDERMAN. Pot de café et échange de quelques phrases, puis les personnes non concernées s'eclipsent vers d'autres tâches et nous voilà, lui à écouter, moi à expliquer le but de ma visite. Il ne parle que difficilement le français, je me lance donc, avec les bribes d'anglais apprises au lycée, en prévenant mon interlocuteur que, selon les dires de mes amis américains, mon anglais était la chose la plus effroyable qu'ils aient jamais entendue.

HARVARD MEDICAL SCHOOL



Course Catalogue 1985-1986

Official Register of Harvard University, Volume 6, Number 13

Cover Design & Illustration by Mark Regnier
Photo by Mark Phipps

Prepared by the Office for Educational Programs

On savait ici que je venais à Harvard en ma qualité de responsable de la recherche scientifique à la Société Française de Médecine Générale dont la fonction est chez nous de produire les outils conceptuels, les instruments et les réseaux de généralistes aptes à transformer notre pratique en une discipline médicale scientifiquement fondée.

J'explique que notre effort se porte actuellement sur deux créneaux : d'une part, l'étude et la vérification de systèmes de classification biaxiale pertinents pour notre pratique et, d'autre part, l'observation de nos activités médicales spécifiques parmi lesquelles se place la prise en charge des maladies à leur stade encore inorganisé, mais aussi à leur stade de chronicité acquise avec la visée d'une réduction des handicaps et d'en retarder les complications à terme.

Dans ces conditions, nous nous intéressons de très près aux méthodes de surveillance au long cours d'échantillons bien choisis de populations dont l'étude de Framingham est le modèle le plus achevé dont nous venons ici pour comprendre la genèse et son arrièreplan universitaire. Au préalable, nous avons clairement prévenu nos interlocuteurs de l'étrange situation dans laquelle notre société scientifique se trouve en France, avec ses quelques cinq cents participants, une absence totale de position universitaire et des subsides officielles qui, jusqu'en 1984, avaient été nulles et restaient en 1985, à un niveau infime au su des problèmes qui, chez nous, restent à résoudre.

Nous avons dit aussi que, malgré tout, nous jouissons, par nos travaux, d'une audience et d'un intérêt qui vont croissant parmi les autorités scientifiques et quelques instances ministérielles, dans certains quotidiens médicaux, comme auprès de quelques groupes novateurs parmi les industriels du médicament.

Ensuite, nous avons longuement analysé ensemble le saut qualitatif véritablement révolutionnaire qu'apporte la théorie de codage des résultats de consultation en médecine générale, telle qu'elle a été élaborée, vérifiée et mise en pratique par un généraliste autrichien du nom de R.N BRAUN, en trente années de recherches ininterrompues.

Mon interlocuteur se déclara d'accord pour dire que nous disposions là d'un outil permettant enfin un abord véritablement scientifique, statistique et épidémiologique, de nos stratégies de la décision.

Mon interlocuteur me confirma aussi l'intérêt très vif aux U.S.A. pour les soins de première intention, non seulement à la Harvard Medical School, mais dans la plupart des écoles de médecine et dans l'opinion publique américaine.

Il me confirma, ce que je savais déjà, à savoir la compétition ouverte aux U.S.A. entre deux systèmes de Primary Care sous l'oeil de plus en plus pressant de "ceux qui payent" et que chacun de ces systèmes possède ses propres critères, lieux d'enseignement, de recherche et de pratique médicale de la médecine ambulatoire.

A la Harvard Medical School, j'étais donc en un lieu hospitalo-centré où on formait des spécialistes, internistes, pédiatres, gynécologues, gériatres, etc.. à la capacité de prendre en charge directement le premier recours consultation de porte, mais aussi en centre de soins extra-hospitalier.

Toujours "fair play", on m'avait cependant ménagé aussi, pour le lendemain, une journée avec la "partie adverse", les praticiens du "Board of Family Practitioners " qui tiennent fermement l'autre bastion, à savoir le Primary Care à l'Université d'Etat du Massachussets, non plus privée mais publique.

La discussion fut amicale et de plus en plus attentive au fur et à mesure que j'exposais les motifs, moyens et résultats des études de notre Société scientifique française, et la rencontre s'acheva sur une invitation à dîner en famille à la fin de notre séjour bostonnais. Mon très amical confrère donna alors un coup de fil au Pr Stoeckle qui a la charge du programme de Primary Care pour la Harvard Medical School au Massachussets General Hospital à Boston, chez lequel était prévue une séance de travail l'après-midi même. Il lui dit qu'il venait d'avoir une très intéressante conversation avec le Dr Rosowsky "of France" et que je viendrais comme convenu à 14 heures.

Puis il me présenta au Pr S.J Adelstein, Doyen des programmes académiques et nous allâmes tous trois déjeuner au Club universitaire de Boston d'une soupe de poissons et d'une gigantesque salade, d'ailleurs délicieuse, de fruits et fromage, le tout arrosé de café, dans le luxe incroyable de ces clubs à l'anglaise où dans une salle à manger grande comme une cathédrale, mais réchauffée de boiseries, du haut d'une galerie de portraits, les grands doyens et professeurs contemplant leurs successeurs richement attablés.

La discussion fut passionnée, le Pr Adelstein étant cancérologue, je développai pour lui nos travaux sur le processus de deuil et sa fonction en médecine générale dans toutes les situations chroniques ou difficiles.

On parla aussi de bateaux à voile et ma discrète pratique du dérivour me fut utile. Puis le Pr Federman me déposa devant le Massachussets General Hospital et nous prîmes congé.

A BOSTON, AU MASSACHUSSETS GENERAL HOSPITAL - DEPARTMENT OF
PRIMARY CARE

Je me trouvais devant un ensemble de bâtisses de tous âges, dans le style bien connu de nos CHU parisiens.

Je montai au 8^e étage, trouvai le "Département du Primary Care, Pr John Stoeckle". Il n'était pas tout à fait 14 heures, il n'y avait personne encore. Le département occupe une aile d'un bâtiment moderne faite d'un couloir ouvrant sur des salles d'attente toutes flanquées de secrétariats et de salles d'exams. L'ensemble est avenant, clair, personnalisé de tableaux, plantes et bibelots, assez richement équipé de matériels de bureautique et de consoles informatiques. De temps en temps, comme chez nous, un malade passait, accompagné d'un infirmier.

A 14 heures, en même temps que s'animait le site, apparurent de jeunes médecins, les personnels infirmiers et de secrétariat, et arriva John Stoeckle, un homme mince, dans la soixantaine grisonnante, chaleureux. Nous échangeâmes une poignée de mains et allâmes nous installer dans sa petite salle d'exams - classique à ceci près qu'elle contenait un appareil de prise de vues vidéo bien apparent au plafond et une fenêtre qui était en fait une glace sans tain, ouvrant sur une petite salle destinée aux étudiants.

D'entrée de jeu, j'exposai ma propre trajectoire médicale, afin qu'il n'y ait pas de malentendu.

Je décrivis l'étudiant que j'avais été, arrivant à Paris en 1945, après une vie aventureuse en France occupée et un très bref passage au PCB en 1943 à la Faculté de Médecine de Strasbourg, alors réfugiée à Clermont-Ferrand, où je m'étais inscrit par bravade, sous une fausse identité. Donc, j'avais fait des études plus animées par les joutes intellectuelles, artistiques et politiques de l'après-guerre, que par les travaux hospitaliers, si bien que ma seule expérience hospitalière responsable se situe à Metz, pendant une année militaire, comme interne dans un service de médecine de 120 lits, seul avec un très remarquable médecin-commandant interniste, du nom de Ablard. De là, je fus précipité, jeune diplômé, médecin dans une de ces pratiques généralistes de masse comme il en existait en 1952, dans la grande banlieue parisienne.

On y voyait à deux, jusqu'à 60 à 100 malades par jour, mon rôle étant d'effectuer les 30 à 40 visites à domicile de jour et de nuit, et de remplacer le confrère pendant les jours fériés et les congés annuels. Cela avait été une rude école à la pratique généraliste qui dura cinq années. J'y avais pris la résolution de ne jamais travailler autrement qu'en association et, en aucun cas, à ce rythme. Aussi, je m'installai, dès ce départ, en 1958, avec un collègue tout aussi fraîchement lancé dans la carrière que moi-même.

C'étaient les années des grandes innovations pharmacologiques où arrivaient, coup sur coup, les antibiotiques successifs, les cortisones, les anticoagulants, les diurétiques et les psychotropes, faisant de nous, enfin, des médecins petits mais puissants et rendant véritablement la vie aux morituri nombreux que nous avions en charge auparavant.

Il faut avoir connu la terreur de se trouver devant un enfant atteint de méningite, de RAA, de poliomyélite et de se savoir quasi impuissant à autre chose qu'à exercer une fonction d'oracle diagnostique, pour comprendre l'euphorie qui s'était saisie de nous, médecins de quartier, devant les fantastiques pouvoirs qui nous venaient de l'industrie pharmaceutique.

Je racontai l'enthousiasme d'un de mes amis, interne en neurologie, me relatant un soir au dîner, l'histoire de cette méningite tuberculeuse guérie par son patron avec des suppositoires de Rimifon ! Manifestement, mon confrère, John Stoeckle, avait lui aussi connu cette étonnante mutation, de même que l'étrange sentiment qui avait saisi tant de généralistes quelques années plus tard, lorsque nous constatâmes que tant de nos malades, pourtant, n'étaient en rien améliorés par ces puissantes thérapies. Lui aussi avait connu le mouvement Balint qui, parti de Londres dans les années 1960, avait gagné essentiellement la France et la Suisse, sous l'impulsion du psychanalyste Michael Balint et de sa femme Enid, entre les années 1960 et 70.

Il savait comment, ensuite, s'était répandu le rappel que, l'appareil psychique humain étant ce qu'il est, la personnalité et le comportement du médecin jouent un rôle non effaçable dans toute action médicale, qu'on pouvait comprendre ce rôle et former les médecins à l'écoute et à la sensibilité qui sont nécessaires.

Michael Balint avait montré aussi que, du fait de leur position dans le champ médical, le mode de relation particulier propre au généraliste permet d'aborder des aspects de la pathologie inaccessibles à toute autre discipline médicale spécialisée, qu'elle fut organiciste, psychiatrique ou psychanalytique.

Il savait qu'en cela, seule la médecine générale était déjà irremplaçable. J'expliquai à John Stoeckle nos luttes dans le mouvement Balint en France, mes dix années passées dans un groupe, mes quatorze années passées dans des efforts pour faire assumer par les Sociétés Balint nationales et internationales, le véritable "training cum research" qui avait fait la grandeur de Michael Balint, hélas décédé trop tôt en 1970.

Je racontai comment mes efforts ne donnèrent pas les résultats que j'escomptais et comment, alors, sur le modèle des généralistes anglais qui avaient fondé le Royal College of General Practitioners et de nos confrères américains ranimant le Primary Care, nous avons fondé la Société Française de Médecine Générale et décidé, les affaires françaises étant ce qu'elles sont, de nous consacrer, avant tout, à constituer, par la recherche sérieuse, le corpus de la médecine générale, sous la forme d'un ensemble de connaissances structurées sur notre pratique.



26 Avril 1970 Hotel LUTETIA (Paris) :Table ronde avec Michael BALINT en présence des participants à la V^o Conference Internationale sur la formation psychologique des médecins et des membres de la Société médicale Balint française réunis à Paris à l'occasion de leur III^o Journée nationale d'études. Le 31 décembre de cette même année 1970 Michael Balint décédait subitement à Londres. Ce jour là la science médicale et la psychanalyse perdaient un des très grands parmi leurs pionniers et la médecine générale un fils d'omnipraticien, un ami ,un chercheur passionné de comprendre et de parfaire la très unique fonction psychothérapeutique de notre discipline.

Je racontai enfin, comment nous avions perçu que, plus nous nous intéressions aux aspects affectifs de la relation médecin-malade, plus il nous fallait être rigoureux du point de vue de la médecine traditionnelle. Je montrai comment l'oeuvre monumentale d'un généraliste autrichien du nom de R.N. Braun, ses livres et ses centaines de publications dont j'apportais la liste, nous avaient donné certains concepts et certains outils totalement neufs et hautement performants pour développer cette recherche à la Société Française de Médecine Générale.

Nous étudiâmes alors ensemble les outils de recherche à usage généraliste que nous proposons. Le Pr Stoeckle déclara que ces éléments étaient neufs pour lui et qu'il les trouvait très importants pour la recherche et comme outils d'ouverture sur "comment, nous praticiens de primary care, pouvons conduire notre travail d'une manière plus rationnelle". Un échange régulier d'informations et des contacts furent convenus afin de développer de concert ces voies nouvelles.

Puis, le Pr Stoeckle me fit visiter avec fierté l'ensemble de son bel hôpital et aussi l'amphithéâtre musée où, au siècle dernier, eût lieu la première anesthésie chirurgicale à l'éther dans le monde. Il me reconduisit jusqu'au taxi et promit de m'envoyer un livre qu'il venait de publier aux Editions du Massachusetts Institute of Technology et dont il me dit qu'il pensait qu'il m'intéresserait. On verra, in fine, à quel point le Pr Stoeckle avait raison de le dire.

VISITE A UN MEDECIN DE FAMILLE DE PLEIN STATUT UNIVERSITAIRE

Au lendemain de ma visite au Département du "Primary Care" de la très privée et très célèbre Harvard Medical School, nous roulions vers Worcester, une ville située à quelques 100 miles de Boston.

Il s'agissait, cette fois, de visiter une université "publique", celle de l'Etat du Massachusetts et son Ecole de Médecine, et plus précisément son "Department of Family and Community Medicine". Nous allions rencontrer là l'autre pouvoir médical, en charge d'enseignement et de recherche du "Primary Care", à savoir nos confrères de "l'American Board of Family Practice".

Je fus reçu, ce matin-là, au "Massachusetts Medical Center" qui est un gigantesque hôpital moderne de la taille et du style de nos plus beaux CHU. Je dois dire ici une de nos surprises aux U.S.A., à savoir l'extraordinaire gentillesse des gens de passage, s'approchant de nous lorsqu'ils nous voyaient perplexes devant un panneau indicateur, veillant à téléphoner à la personne que nous cherchions et à trouver quelqu'un qui nous conduise dans le dédale de ces immenses labyrinthes que sont les universités et les hôpitaux modernes. C'est ainsi que nous fûmes pris en charge par une dactylo, puis un manutentionnaire, enfin par une secrétaire se rendant à son travail, pour être déposés au Département que nous cherchions.

**Family Health and
Social Service Center
875 Main Street
Worcester, Massachusetts**

The Family Health and Social Service Center is a neighborhood health center located in the inner city of Worcester, Massachusetts. The Center opened in September, 1973, and now serves a heterogeneous population of about 14,000 families. Forty percent of the families are Spanish-speaking and make use of bilingual services in all the departments.

The Health Center is governed by a community board, organized as a non-profit community corporation. The board plays an active role in setting policy for the Center. The board's desire for family-oriented, personal health care provided the initial impetus to transform the Center from a multispecialty clinic to one organized on the family practice model.

The Center is a new 11,000 square foot facility with 15 separate fully-equipped examining rooms, a treatment room equipped for emergencies and minor surgery, and an automated laboratory. In addition to the medical unit, the Center has dental, nutrition and mental health services, and an active social service department.

Currently there are five staff family physicians, 12 Family Practice residents and two family nurse

practitioners. Consultants from a dozen specialty areas visit the Center on a regular basis. The providers and supporting nursing staff work closely together utilizing the team concept to provide care for individuals and families. The faculty are committed to a family-centered focus with emphasis on the doctor-patient relationship. Working here offers the challenge of working with multi-problem, low income and cross-cultural families and the unique rewards of caring for this group.

One of the unique aspects of the Center is the active obstetrical service. At present, there are 170 deliveries per year. With active social service out-reach into the community, this number is growing. Because of the high proportion of younger families, the Center offers good experience working with infants, school-age children, and adolescents. The health center is one of the pilot sites in a federally funded adolescent pregnancy program. Comprehensive family planning services are supported through grants from Central Massachusetts Family Planning.

The Center offers excellent availability and continuity for its families. The resident and staff physicians provide 24-hour call coverage utilizing an answering service. Patients needing hospitalization are admitted as private patients to Worcester City Hospital, St. Vincent Hospital and Memorial Hospital under the supervision of the staff physicians.



*For more information about the Family Practice Residency Programs, contact:
Department of Family and Community Medicine/University of Massachusetts Medical School
55 Lake Avenue North/Worcester, Massachusetts 01605 (617) 856-2246*

The University of Massachusetts Medical Center is an affirmative action/equal opportunity employer. This bulletin is not a contract or an offer to make a contract. The University reserves the right to make changes at any time.

J'y fus reçu par le Pr William Damon dans ses locaux, un peu plus petits, mais du même style que ceux où m'avait reçu le Pr Stoeckle à Boston. C'est un robuste gaillard dans la cinquantaine avec une bonne dégaine de médecin généraliste. Nous nous installâmes dans son bureau où un jeune étudiant vint bientôt nous rejoindre. Cela nous permis de poser la question du coût des études de médecins et de leur mode de financement.

Il faut se souvenir du fait qu'aux U.S.A., le cursus général des études est différent du nôtre. Les universités accueillent les élèves, dits "undergraduate" au niveau de nos classes de première et de terminale, et les mènent en quatre années, au-delà, vers ce qui correspond en France aux diplômes d'études universitaires générales (DEUG). Les études professionnelles sont donc précédées par un cursus de type déjà universitaire représentant un tronc commun scientifique et littéraire de culture générale, enrichi d'une très grande variété de choix optionnels.

Il s'agit là d'une base universitaire largement ouverte, qui forme les candidats à des études professionnelles telles que la médecine, dans un sens d'ouverture, de choix multiples et de responsabilités personnelles dans la conduite des études et de leur vie professionnelle future. C'est là une philosophie diamétralement opposée à notre présélection française, déjà pointue dès le lycée et qui ne cesse de se rétrécir lors des études médicales proprement dites.

Dans ces conditions, basées sur des étudiants de formation universitaire déjà large depuis quatre ans, les études médicales proprement dites durant quatre années aux U.S.A., avec une répartition variable, selon les écoles, entre études précliniques, études cliniques, choix optionnels d'une grande variété qui peuvent naturellement prolonger beaucoup le cursus des études, mais dans un contexte déjà professionnalisé et rémunéré, comme c'est le cas aussi chez nous en France.

Cela dit, les études coûtent, par an, 6000 dollars dans une université d'Etat (et 14.000 dollars dans une école libre comme la Harvard Medical School). A l'Université d'Etat, il existe des bourses d'état de 4000 dollars par an, qui peuvent être remboursées, soit en fin d'études, par une année de service médical au profit de l'administration, soit par un prêt bancaire.

Il faut savoir que les étudiants en médecine deviennent "résidents", c'est-à-dire responsables de soins au cours de la seconde année de leurs études et sont alors rémunérés de 15.000 à 22.000 dollars par an selon les anciennetés. Le choix de la spécialité se fait selon le goût personnel de l'étudiant, mais selon l'usage américain, en tenant compte aussi de la Loi du marché .

Pour le reste, il n'y a pas de concours. On est admis sur titres, travaux et interviews, selon un système où la hiérarchie entre les disciplines, relève d'une compétition ouverte et non, comme chez nous, sur un monopole d'Etat sur l'Université donné en 1958 aux médecins hospitaliers en échange d'une acceptation de l'abandon par eux de la médecine exercée en ville.

Paradoxalement, c'est exactement à la même époque (1960, commission Millis) qu'aux U.S.A. on se préparait à affronter l'élargissement des soins médicaux à vocation sociale (Medicare et Medicaid) par la création du concept de Primary Care et des départements universitaires correspondants.

Je demandai au Dr Damon de m'expliquer en quoi son programme "Family practice" différait d'un programme type "primary Care" à la Harvard Medical School.

Il me répondit que les deux systèmes comportaient une base de type spécialisé (médecine interne, pédiatrie, obstétrique, gynécologie, chirurgie, urgences, sciences du comportement), mais que, contrairement au programme géré par les médecins d'origine hospitalière, la phase hospitalière de son programme à lui était concentrée, surtout dans la première année des études, pour ce qui est des stages auprès des malades hospitaliers les "in-patients". Puis, très rapidement, la formation des résidents se fait en des lieux où l'on traite exclusivement les "out-patients", c'est-à-dire les malades ambulatoires dans ces "Family Practice Centers" qui sont les centres de santé extra-hospitaliers où les praticiens américains ont l'habitude d'assumer en groupe leur pratique médicale.

Ainsi, la 1ère année de "résidence", c'est une demi-journée par semaine, la deuxième année, trois demi-journées par semaine, et la troisième année, quatre demi-journées par semaine, qui sont consacrées "de facto" aux soins extra-hospitaliers de plein exercice. On vise ainsi à faire apprendre les aspects médicaux inhérents à la continuité des soins et à la compréhension des problèmes existentiels familiaux, culturels, professionnels, que ces malades affrontent et que le médecin doit prendre en charge, à la fois pour traiter personnellement son patient, mais aussi pour être son conseiller, son "avocat", dans le labyrinthe de la médecine spécialisée de notre temps.

Nous discutâmes longuement sur les implications pédagogiques et théoriques de ce type d'objectifs, ainsi que des recherches méthodologiques que nous menons nous-mêmes en France, pour instaurer notre pratique en une science médicale moderne. Le Dr Damon connaît Balint, il y a un groupe (mais allégé dans ses exigences, me dit-il avec un sourire) dans son département.

Nous étudiâmes naturellement aussi les principes de classification et d'analyse élaborés par R.N Braun, puis nous allâmes visiter l'un des deux centres de soins et d'enseignement de la "Family Practice" gérés par son département. C'est un bâtiment classique, cubique, à un étage avec ses locaux d'attente, de secrétariat et ses salles d'examen, le tout arrangé pour les quatre médecins temps plein, tous Family Practitioners enseignants (y compris le médecin-chef, responsable de cet enseignement), mais aussi pour douze étudiants en médecine résidents qui viennent exercer leur futur métier sur une base de responsabilité d'abord partagée puis personnellement assumée. Le seul spécialiste temps plein du centre est un radiologue. Il y a des vacataires consultants enseignants de pédiatrie, gynécologie, psychiatrie et médecine interne, ainsi que l'abondant personnel para-médical et de secrétariat en usage aux U.S.A.

Les cas nécessitant un plateau technique relèvent de l'hôpital où leur "family doctor" assume les soins seuls ou en collaborant à ceux assumés par le spécialiste concerné.

C'est ainsi que j'appris comment notre hôte, le Dr Damon, fait encore tous ses accouchements à la maternité de l'hôpital.

Notre visite se termina par un repas pris sur le pouce dans une brasserie locale où nous parlâmes famille et organisation de vie.

Ainsi, nous sômes que notre hôte consacrait deux journées pleines par semaine, entre 8 heures et 22 heures, à consulter au centre, soit 40 malades par jour en moyenne. Le reste de son temps est rémunéré normalement, c'est-à-dire fort bien, comme enseignant statutaire, au rang universitaire élevé qui est le sien. Ayant lié amitié et échangé documents, livres et liste de publications, nous primes congé du Dr Damon, généraliste, médecin de famille et enseignant universitaire de plein statut à l'Université Médicale publique de l'Etat de Massachussets, Worcester, U.S.A.

Nous primes le chemin du retour à Boston qui passait par le Heart Institute de Framingham, mais ceci est une autre histoire.

°
°° °°

UN TRAVAIL GIGANTESQUE DANS UNE BATISSE MODESTE : L'ETUDE AU LONG COURS, DITE DE FRAMINGHAM

Nous avions donc rendez-vous à 14 heures, au 25 Evergreen Street à Framingham, localité située un peu à l'écart de la route nationale qui mène de Worcester à Boston. Naturellement, nous perdimes notre chemin et le retrouvâmes aussitôt guidés par une jeune et souriante automobiliste à laquelle nous avions expliqué notre embarras sur le parking d'un drugstore.

Le "Heart Institute" est une toute petite maison de bois, peinte en blanc, un peu de guingois, comme on les voit dans la Nouvelle Angleterre. Un rez-de-chaussée, sur cave, un premier étage et un grenier mansardé, on aurait pu se croire dans la demeure d'un généraliste de banlieue. Nous étions légèrement en avance, si bien que nous attendîmes un peu, ce qui nous permit de voir arriver une des "clientes", une dame d'un âge déjà certain. C'est ainsi que nous avons pu voir sa prise en charge souriante par la secrétaire, puis de là, le début de son circuit dans les deux pièces où, d'abord, a lieu le remplissage du questionnaire puis l'examen complet cardiovasculaire, mais aussi général, respiratoire et neuropsychiatrique, ainsi que la prise de sang qui est d'usage ici lors de ce bilan complet qui a lieu tous les deux ans.

Là-dessus, arriva le Dr William Castelli qui fut le premier américain véritablement francophone qu'il nous fut donné de rencontrer.

C'est un homme de nos âges, souriant, qui nous fit l'honneur de la visite de cette merveille de bricolage quant aux locaux, et de haute technologie quant au matériel et à la méthode, alliant l'archivage de tous les dossiers originaux à la cave, le découpage de chaque étage en petites salles, chacune spécialisée et remplie à craquer de matériels ultra modernes, pour l'exploration cardiaque non invasive, un peu comme la cabine d'un navire spatial, type challenger, comme nous la montre la télévision.

De là, les informations sont immédiatement transmises par console aux gros ordinateurs installés, eux, à Washington. Nous visitâmes les laboratoires au premier étage, puis montâmes dans la claire mansarde qui sert de coin de réception au Dr Castelli.

Là, devant un pot de café, il nous demanda ce qui nous avait amené jusqu'à lui. Nous expliquâmes de nouveau les préoccupations et l'activité de la Société Française de Médecine Générale et, en particulier, nos travaux d'étude au long cours d'échantillons précis de la population traitée pour hypertension artérielle.

Nous expliquâmes que nous étions curieux de connaître la naissance et la philosophie de son entreprise qui est aujourd'hui le modèle le plus achevé du genre existant au monde, et aussi notre désir de connaître la personnalité et les motivations de ses auteurs.

C'est ainsi que nous avons appris comment, dans l'immédiate après-guerre, un épidémiologiste de Harvard avait pensé à étendre la méthode épidémiologique à l'étude des maladies chroniques, au fur et à mesure de leur apparition et extension à une population générale saine au départ et comment on avait choisi la petite communauté rurale de Framingham pour sa collaboration antérieure entre 1917 et 1923, à une étude épidémiologique sur la tuberculose, et comment en 1949 on commença à recruter les 6000 adultes de 30 à 70 ans qu'on désirait inclure.

Framingham avait une population suffisamment compacte pour que l'accès du centre fut aisé pour tous ; pour la même raison, les communications avec les médecins traitants de ville et l'hôpital local, étaient faciles ; enfin, la communauté n'était pas atypique.

Naturellement, il y eut des non répondeurs, en particulier du fait de personnes confinées à leur domicile. Mais le critère de faisabilité apparut suffisamment convaincant, ce qui se vérifia par la suite. On connaît le principe de l'étude. Il s'agit d'un examen très complet incluant plus de 400 items touchant les habitudes de vie, l'état général, cardiovasculaire complet, respiratoire, neurologique et biologique. L'examen a lieu tous les deux ans.

Naturellement, il est gratuit ce qui, aux U.S.A., représente une "valeur" de prix élevé car le participant peut en avoir communication ainsi que son médecin traitant.

Naturellement, le centre s'interdit tout commentaire d'ordre médical ou thérapeutique. En résultat de quoi, la perte en non répondants reste, depuis le début, dans des proportions statistiquement acceptables, les inscrits revenant bien tous les deux ans, même de très loin, s'ils ont déménagé, pour avoir ce bilan de santé de qualité exceptionnelle. En fait, il reste encore aujourd'hui, après 3 ans, 3000 personnes en surveillance, soit la moitié de la cohorte primitive et on étudie maintenant la descendance du groupe primitivement inclus - soit de nouveau 3000 personnes environ.

A l'heure où certains ici contestent l'utilité médicale de la fonction normative dans la population, qui est du ressort, justement, de la médecine générale, les travaux qui sortent de Framingham à jet quasi continu, sont de la plus haute importance.

D'abord, ils montrent à quel prix et comment une étude des pathologies chroniques dans la population, peut se faire et aussi que de telles études sont possibles avec enfin une qualité de significativité satisfaisante. Ainsi, peut-être pourra-t-on dire, à partir de faits contrôlés, si la médecine sociale a une utilité, un rendement qualité-prix supérieur ou inférieur à la seule médecine de dépistage spécialisée de plus en plus sophistiquée et de plus en plus coûteuse, à des groupes à faible effectif mais à haut risque qui sont aussi, soit dit en passant, ceux pour lesquels les résultats atteints restent généralement les plus médiocres quoi qu'on fasse.

Peut-être sera-t-il possible de parler alors en termes compétents, non plus du haut risque, mais de ce que certains appellent bien imprudemment le petit risque et qui n'est si souvent que le stade encore inorganisé de maladies communes, saisies à un moment où beaucoup peut être fait pour en empêcher la mise en forme ou en retarder les complications invalidantes.

Là encore, nous partîmes les bras chargés de documents et avec le souvenir ébloui par le sens de l'intérêt général, le sérieux tranquille et le respect du travail bien fait, qui sont peut-être les plus sûrs artisans de la grandeur américaine.

o
oo oo

VISITE A UN CENTRE DE SANTÉ "PREPAID"

Le dernier jour de notre programme "primary care" dans le Massachussets fut consacré à un centre de santé au Harvard Community Health Plan. C'est un centre de santé en "Prepaid Practice", c'est-à-dire que les frais médicaux y sont couverts par une assurance médico-sociale donnant une protection de style européen mais privée.

Le centre est inclus dans le programme d'enseignement par "résidence" de la Harvard Medical School. Il se trouve en plein centre de Boston, proche mais séparé d'un hôpital. C'est un bâtiment cubique de deux étages, en briques rouges, moderne, gai et fonctionnel, où je fus reçu par le Docteur Donald Berwick, un jeune pédiatre chargé d'étudier et d'enseigner la stratégie de la décision et l'évaluation qualitative en médecine clinique et dans le centre de santé.

Il me fit visiter les locaux, toujours disposés sur le modèle déjà décrit d'une succession de secrétariats, salles d'attente, salles d'examens médicaux avec le personnel adéquat et une mise en fiche informatique.

Tous les médecins consultants de ce centre sont des spécialistes qualifiés de disciplines que les américains considèrent comme voisines de la médecine générale : médecine interne, pédiatrie, gynécologie, obstétrique, psychiatrie, gériatrie, petite chirurgie.

Je voyais là en action ce que les enseignants de la Harvard Medical School désignent lorsqu'ils disent que 40 % des temps de "résidence" de leurs étudiants universitaires responsables de la discipline, sont consacrés à des malades vus en médecine ambulatoire.

C'est en effet le cas, mais le système spécialisé conserve tout de même ses effets habituels, car m'étant fait extraire le dossier informatisé d'un jeune patient (au nom et code préalablement détachés) ce qui demanda deux minutes à l'imprimante, je constatai que ce jeune garçon de 16 ans, connu du centre depuis l'âge de 5 ans, y avait été soigné par 8 médecins différents et 8 infirmières qualifiées, lesquelles ont aux U.S.A. de larges responsabilités. Certaines d'entre elles pouvaient aller jusqu'à assurer l'ensemble d'une consultation et ce jusqu'à la prescription renouvelée.

Cela ne répond pas au critère de continuité des soins qui reste un des objectifs du primary care. De plus, les six pages dactylographiées de son dossier, sorties de l'imprimante, signalaient bien de l'anxiété mais ne donnaient aucune indication utile sur la problématique familiale, scolaire, événementielle, de l'enfant, si bien qu'il résulte du dossier l'image d'un jeune asthmatique, fils d'asthmatique et porteur d'une lésion ligamentaire spontanément résolutive d'un genou, et correctement vacciné par ailleurs.

Peut-être y a-t-il une image plus fine et synthétique chez l'une des 16 personnes qui ont eu à s'occuper de lui, mais dans l'affirmative, comment localiser, si tant est qu'il existe, ce personnage thérapeutique ?

Un autre problème intéressant m'est clairement apparu lors de cette visite au centre médical du Harvard Community Health Plan à l'examen des questionnaires "type", par spécialité, qui servent aux relevés de données précodés à mémoriser.

Ils portent tous une liste précodée d'environ 100 spécialités médicales, suivie d'un petit espace offert au libre choix du médecin. Naturellement, une partie de ces médicaments se recoupent et se retrouvent dans les listings des diverses spécialités.

On voit quelle rapide contraction dans les choix entre spécialités se trouve ainsi induite par la seule facilité à poser une croix dans une case, et combien sont restreintes les listes de médicaments courants en usage. Or, il faut savoir que c'est là un choix et un souhait de tous les organes gestionnaires des Caisses Maladie. Ainsi, ce qu'on ne sait pas en France, c'est qu'en Grande-Bretagne, toujours en avance, et sur proposition du Gouvernement de Mme Thatcher, le Parlement vient de voter l'établissement d'une liste, dite statutaire, c'est-à-dire très limitative, de médicaments pris en compte par le Health Service. La proposition a été faite sans consultation des organisations médicales et a été vécue comme un "diktat".

Actuellement, le Royal College of General Practitioners, est engagé dans une vaste enquête sur les "stratégies" de prescription utilisées "de facto" par les praticiens.

A la Société Française de Médecine Générale, un groupe de cinq généralistes, chercheurs déjà confirmés, un sociologue et un psychanalyste sémanticien, travaillent depuis 3 ans à une recherche fondamentale sur les stratégies et le sens de la prescription/non prescription médicamenteuse et nous pouvons dire, d'ores et déjà, que la manière purement "comptable" selon laquelle ces problèmes sont abordés aujourd'hui, repose sur une vision extrêmement sommaire, quasi primaire, du médicament et de la fonction médicale, et représente un appauvrissement extrêmement préoccupant du rôle médical en amont des soins de type hospitalier et pour la médecine sociale dans son ensemble.

Dans cet éclairage, la récente restriction survenue en France qui diminue la prise en charge de 379 médicaments d'usage courant, prend tout son sens. C'est celui d'une stratégie qui se développe, soit sous la rubrique du petit risque, soit sous celle d'une petite activité thérapeutique, et qui vise à une réduction de la prise en charge de tout ce qui ne requiert pas l'usage d'un plateau technique sophistiqué et de l'hospitalisation.

Mais tout cela mérite d'être replacé dans une vision synthétique dont on fera bien de suivre de près les axes de développement de l'évolution américaine, lesquels préfigurent habituellement, dans le monde d'aujourd'hui, ce qui se passe en Europe un peu plus tard.

ON SE PREND A REVER

Lorsqu'on revient aujourd'hui d'un voyage d'étude au Etats-Unis, on ne peut dire que son admiration pour la manière dont ce pays, toujours en avance sur la vieille Europe, s'efforce de réguler la prolifération des plateaux techniques médicaux en restaurant la fonction universitaire et le statut scientifique de la médecine générale.

Pour le voir, qu'on lise les préambules historiques des programmes d'études dans les deux écoles de médecine, l'une privée, l'autre publique, que j'ai visitées.

Il s'agit de "Primary Care at Harvard" 1984 (82 p) et "Opportunities for a Family Practice - Graduate Level training (1984) (125 p). tous deux rappellent l'émergence d'un problème à l'occasion des premières expériences de médecine sociale dans les années 1930, lors du New Deal.

Tous deux insistent sur le caractère aigu des difficultés qui apparurent sous l'effet de la spécialisation à outrance qui avait suivi le rapport Flexner (qui date, rappelons-le, de 1910) lorsque les Etats-Unis ne furent plus capables en 1960 de prendre en charge, dans la rationalité médicale et économique, la demande publique de soins médicaux accessible à tous.

Encore moins pouvait-on le faire en intégrant les exigences de continuité et de personnalisation des soins, tels qu'ils sont aujourd'hui reconnus comme nécessaires par la science médicale moderne.

A la lecture des textes, on est frappé de voir comment l'un et l'autre évoquent à la fois le rapport Millis qui, en 1969 préconisa un enseignement appartenant en propre à la médecine ambulatoire et un nombre suffisant de généralistes dans le Corps médical, et le rapport de la Commission William Willard qui aboutit, la même année 1969, à la constitution d'une 20ème spécialité médicale reconnue, intitulée aux U.S.A. : "Family Practice".

Ainsi fondés, les deux programmes ont de nombreux points communs :

- tous deux se placent au contact direct de la médecine ambulatoire, dans des locaux agencés de la même manière,
- tous deux conservent la liaison intime avec ceux de leurs malades qui sont hospitalisés, en les traitant directement dans des lits hospitaliers qui leur sont ouverts, ou en commun avec les spécialistes compétents. Les hôpitaux tiennent d'ailleurs à cette collaboration suivant le calcul statistique suivant : il y a un lit occupé en moyenne pour vingt consultants ambulatoires,
- tous deux ont la pleine responsabilité de la gestion budgétaire de leurs centres par rapport "aux diverses instances qui payent", d'où de nombreux travaux d'évaluation comparée !
- les uns et les autres sont soumis au phénomène de la menace judiciaire "le malpractice". Par exemple, dans un centre de soins à gestion généraliste, type "Family Practice", l'assurance coûte 5 % du total des honoraires et salaires médicaux. Je n'ai pas eu l'occasion de savoir ce qu'il en est dans un centre géré par les médecins spécialistes. Ceci représente une lourde contrainte mais limite aussi l'usage de pratiques sans fondement scientifique.

- Tous deux assument pleinement la direction des Départements de Primary Care ou de Family Practice dans les Ecoles de Médecine auxquelles leurs lieux de soins ambulatoires sont reliés.
- Tous deux partent des centres extra-hospitaliers et des cabinets privés reconnus formateurs, comme principaux lieux de recherche et d'enseignement pour les étudiants se destinant à la médecine extra-hospitalière. Le temps passé par ces étudiants auprès de malades hospitalisés ("in patients") est strictement limité. Ce sont les malades ambulatoires, dits "out" patients, observés dans les lieux mêmes où la tradition médicale américaine actuelle reçoit les malades de médecine générale, qui forment la matière à partir de laquelle se conçoit et se dispense l'enseignement spécifique dans la plénitude de ses obligations d'évaluation et de recherche, comme dans celle de son statut universitaire.

De la confrontation largement ouverte qui en résulte, naît l'étonnant réalisme et donc la fécondité de pensée, de recherche et de culture, dont la médecine américaine fait preuve dans toutes ses disciplines.

C'est à quoi je songeais dans l'avion en quittant Boston, avec sur les genoux le livre que m'avait fait porter le Dr Stoeckle "Professor of Medicine", responsable au nom de la Harvard Medical School, du Primary Care Program au très célèbre Massachusetts General Hospital de Boston qui est, il faut s'en souvenir, l'un des centres de plus haute technologie médicale des U.S.A. Il s'agit d'un livre co-signé par un sociologue du nom de George Abbott-White. Son titre est "Plain Pictures of Plain Doctoring", c'est-à-dire quelque chose comme : "Images Simples d'une Médecine sans détours". Il comporte 80 étonnantes photos, extraites d'une collection de 2000, retrouvées dans les archives et concernant des consultations données en 1930, dans les milieux populaires, au cabinet médical, ou encore, à l'époque, au domicile des malades.

Les caractéristiques vernaculaires et l'idéologie médicale sont analysées et confrontées à des lettres et autres documents de l'époque. Le dernier chapitre est "une lecture d'ensemble" que J.D Stoeckle termine de la façon suivante :

"Du point de vue de la perspective médicale, l'intérêt récent que nous portons à ces images, suggère une tentative pour dévier le cours de cet enseignement médical américain moderne qui conduit vers le scientisme et l'organisation de la médecine américaine par l'hyperspécialisation, une confiance toujours croissante dans la haute technologie et la domination des mega hôpitaux et c'est peut-être dans une zone totalement perdue de vue que, par la force de la photographie, sera révélé à quel degré la plus grande des mystifications a eu lieu.

Ce livre est édité par la MIT Press, c'est-à-dire l'édition du prestigieux Massachusetts Institute of Technology. Il a 250 pages, date de parution : 1985 !!

A l'heure où, en sous-mains, la médecine mondiale révisé déjà certaines de ses perspectives, on se prend à rêver à la place que la médecine française aurait pu tenir aujourd'hui dans le monde, si nos maîtres n'avaient pas, en 1958, à l'heure de la Réforme Debré, confondu un accroissement utile du rôle donné à l'hôpital dans le développement des disciplines spécialisées, avec le concept et la pratique d'un monopole sur l'Université qui est le type même du "mal français".

Imaginons un instant qu'au lieu du temps plein hospitalier imposé, on eût conservé au contraire l'obligation d'une pratique partielle en ville, au moins pour les enseignants universitaires, que dans la même ligne logique, on eût développé la coutume des examens conjoints au domicile du malade et instauré ce même examen conjoint entre généraliste et spécialiste hospitalier auprès des malades hospitalisés.

Imaginons qu'à l'instar du véritable modèle américain, on eût conservé le principe d'une évaluation des compétences et des lieux d'enseignement en fonction des formes et lieux d'exercice futur des étudiants concernés, on n'aurait pas alors, en 1958, copié avec quarante années de retard et en le déformant, un modèle américain que nos confrères d'Outre-Atlantique s'apprêtaient justement à réaménager en changeant les perspectives. Sans doute, aurait-on évité alors d'instaurer cette aberrante distinction hiérarchique entre disciplines hospitalières et médecine générale dont les conséquences donnent une teinte chimérique à tout ce qui touche chez nous aux faits médicaux.

Oscar ROSOWSKY

L'Hay les Roses 94240