

société
française
médecine
générale

N° 44
septembre 1994

DOCUMENTS DE RECHERCHES EN MEDECINE GENERALE

Journée de communications du 14 novembre 1993

Nous adressons ces Documents à environ 500 personnes, dans le but de diffuser les recherches fondamentales et cliniques en médecine générale. La liste des abonnés comprend des chercheurs en médecine générale et en sciences sociales, des administrateurs des institutions de recherches, des gestionnaires de structures médico-sociales et industrielles concernées par notre discipline. Fait nous parvenir les coordonnées de ceux qui voudraient recevoir cette publication.

S.F.M.G., Société Scientifique
29 avenue du Général Leclerc - 75014 PARIS
Tel : 43.20.85.93 - Fax : 45.38.94.47

O.N.G. agréé auprès de l'O.M.S - représentant officiel de la FRANCE à la WONCA

DOCUMENTS DE RECHERCHES

Numéro 44 – septembre 1994

SOMMAIRE

Editorial	p.1
Fiche de Lecture	p.3
Introduction	p.7
"Classification n'est pas Dictionnaire " Docteur Philippe JACOT	
"La maîtrise de stage vue par les patients " Docteur Jean-Claude HUBER	p.9
"Santé : le modèle médical spécialisé américain, rêve, illusion ou cauchemar ? " Docteur Jean Luc GALLAIS	p. 15
"Populations en situation de précarité et médecine générale" (Résumé) Docteur Marie-Laure ALBY	p.21
"Groupes de Pairs " Docteur Christophe MARGERIT	p.22
"Thérapie comportementale et sevrage tabagique " (Résumé) Docteur Bernard DECRAENE	p.25
"Sciences humaine et Médecine Générale, un fil d'Ariane pour les réunir " Docteur Jean BROUSSIER	p.27
"Accompagnement et soins palliatifs : problèmes pratiques " Docteur Jacques CHRETIEN	p.40
"Fréquence des pathologies en médecine générale, comparaison entre consultations et visites " Docteur Robert SOURZAC	p.49
"Un modèle d'anthropologie médicale ? " Jean-Pierre LUCAS	p.56
"Propositions pour améliorer le carnet de stage chez le praticien " Docteur Philippe AUBOURG	p.65
"Création d'un groupe de pairs, bilan à 6 mois, perspectives " Docteur Jean-Noël MICHE	p.71
Note de Lecture " La Chair à Vif " (David Le Breton) Docteur Boris minsky Kravetz	p.84
Bulletin d'adhésion	p.85

Responsable de la rédaction de ce numéro : *Docteur Pierre FERRU*
(Directeur du Conseil Scientifique de la SFMG)
Directeur de Publication : *Docteur Philippe JACOT*
(Président de la SFMG)

EDITORIAL

UNE FICHE DE LECTURE...
POUR ECRIRE MIEUX

*Dr Pierre FERRU
12 rue de la Roche
86160 Gencay*

Ce numéro 44 de nos Documents de Recherches est intégralement consacré aux Communications de la journée du 14 novembre 1994. Certaines ont été améliorées pour permettre la formulation écrite, d'autres ont été remaniées car complétées depuis un an par de nouveaux résultats. C'est le cas de la publication du Dr Jean Claude HUBER qui depuis un an, a pu rassembler les résultats de son "enquête sur le ressenti de la maîtrise de stage par les patients", dont il avait seulement présenté la méthodologie lors de sa communication orale.

La communication du Docteur FLACHS sur "Ego-épidémiologie évaluative du test hémocult en médecine générale" ne sera pas publiée, son auteur n'ayant pas voulu réduire un texte de 32 pages dans le volume plus modeste qui lui était demandé pour ce numéro 44. C'est tout à fait dommage, mais peut être pourrions nous le publier dans un prochain numéro.

Nous présentons également la nouvelle fiche de lecture utilisée par notre Comité de Lecture pour tout article proposé à publication soit dans les Documents de Recherches soit dans d'autres parutions extérieures, sous la signature SFMG.

Cette grille, permet pour le Comité de lecture d'apprécier le fonds comme la

forme de l'article proposé. Certes la cotation en nombre de "points" peut s'apparenter à un mécanisme d'école primaire : c'est la mission peut être impossible de l'objectivation d'un jugement qui l'exige.

Mais elle permet aussi aux confrères qui veulent écrire de savoir ce que les Documents de Recherches attendent :

- un travail émanant du champ de la médecine générale, des auteurs exerçant la médecine générale. Il n'y a là aucun ostracisme : les autres spécialités ont leur propres organes de presse pour écrire.

- une argumentation scientifique :

"la légitimité d'un article est qu'elle soit étayée par une recherche de qualité menée dans le cadre de l'exercice en médecine générale" (1). En un mot, ce n'est pas parce qu'un médecin généraliste compile une bibliographie –souvent restreinte– émanant des autres disciplines, pour en faire des "recommandations", que son écrit devient un article de médecine générale.

- un travail ayant un intérêt réel soit pour la pratique, soit pour l'enseignement, soit pour la recherche en médecine générale.

- une bibliographie à laquelle le texte se réfère vraiment, bien ordonnée et facilement accessible (citer un article d'un illustre auteur Japonais qu'on ne pourra retrouver nulle part, est sans intérêt).

- Un titre adapté au contenu. Ceci nous paraît bien du domaine du fonds et non pas de la forme. Il doit si possible (?) donner une idée du développement de l'article lui même... la vitrine attire le chaland.

- la forme ne doit pas être négligée : la lecture doit en être facile (mais ni simpliste, ni simplifiée, ni simplificatrice).

C'est à dire que les phrases alambiquées, longues comme celles de Cicéron de nos versions latines, doivent être abandonnées. Elles ont parfois déservi nos Documents. Mais une lecture facile doit être aussi agréable :

"Le style est une façon simple de faire passer les choses compliquées" disait Jean Cocteau.

- le plan doit avoir une progression logique : état de la question, hypothèse, matériel et méthodes, résultats, discussion, conclusion, sont les chapitres communément admis d'une communication écrite.

- vocabulaire, orthographe et syntaxe risquent parfois de détruire totalement le contenu d'un article, si passionnant soit-il. Il en est de même de la qualité des tableaux, schémas ou graphiques qui doivent, au minimum pouvoir être compris du premier coup d'oeil. Relisons avec intérêt l'excellent ouvrage de Benichoux⁽²⁾.

- enfin, le résumé en anglais (mais pourquoi pas aussi en allemand... et en français) permet de condenser sa pensée. Il permet aussi de faire connaître à nos correspondants étrangers ce que nous faisons en France : ce n'est pas un mince mérite.

Naturellement, nous attendons avec humilité les réactions de nos lecteurs à cette grille de lecture. Toutes leurs suggestions pour l'améliorer seront accueillies avec plaisir et intérêt par la rédaction.

(1) Comité Editorial de Médecins Généralistes : Pourquoi un article écrit par des généralistes peut-il être refusé ? REV PRAT MED GEN T8,264,27 juin 1994

(2) BENICHOUX R. MICHEL J. PAJAUD D. Guide pratique de la communication scientifique. Comment écrire - Comment dire. Ed. Gaston LACHURIE Paris 1985.

société
française
médecine
générale

Conseil Scientifique

**FICHE DE LECTURE
D'UN ARTICLE DESTINE A LA PUBLICATION**

TITRE :

Nom du LECTEUR :

Date limite de renvoi :

(Fiche à renvoyer avant la date limite)

ARTICLE RECU LE :

Date d'envoi au lecteur :

Nombre de pages :

Article destiné à :

.....

.....

Date :

Signature du lecteur :

FONDS DE L'ARTICLE (Noter de 0 si désaccord complet à 3 si accord complet).

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 - TITRE | <input type="checkbox"/> |
| 2 - TRAVAIL DANS LE CHAMP DE LA MEDECINE GENERALE | <input type="checkbox"/> |
| 3 - AUTEUR(S) EXERCANT LA MEDECINE GENERALE | <input type="checkbox"/> |
| 4 - DEVELOPPEMENT EN RAPPORT AVEC LE TITRE | <input type="checkbox"/> |
| 5 - ARGUMENTATION SCIENTIFIQUE | <input type="checkbox"/> |
| 6 - INTERET POUR LA PRATIQUE DU M.G. | <input type="checkbox"/> |
| 7 - INTERET POUR L'ENSEIGNEMENT DE LA M.G. | <input type="checkbox"/> |
| 8 - INTERET POUR LA RECHERCHE EN M.G. | <input type="checkbox"/> |
| 9 - IDEES ORIGINALES | <input type="checkbox"/> |
| 10 - BIBLIOGRAPHIE BIEN ORDONNEE | <input type="checkbox"/> |
| 12 - BIBLIOGRAPHIE FACILEMENT ACCESSIBLE | <input type="checkbox"/> |

TOTAL DES POINTS (A) /36

COMMENTAIRE PERSONNEL**MODIFICATIONS DEMANDEES A L'AUTEUR :**

FORME DE L'ARTICLE (Même notation de 0 à 3)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 - LECTURE FACILE | <input type="checkbox"/> |
| 2 - LECTURE AGREABLE | <input type="checkbox"/> |
| 3 - PROGRESSION LOGIQUE DU PLAN | <input type="checkbox"/> |
| 4 - PRESENCE DE MOTS-CLEFS | <input type="checkbox"/> |
| 5 - CLARTE DU VOCABULAIRE | <input type="checkbox"/> |
| 6 - ORTHOGRAPHE ET SYNTAXE | <input type="checkbox"/> |
| 7 - QUALITE DES TABLEAUX, SCHEMAS, GRAPHIQUES | <input type="checkbox"/> |
| 8 - RESUME EN ANGLAIS | <input type="checkbox"/> |

TOTAL DES POINTS (B) /24

TOTAL des POINTS (A) + (B) = /60

CONCLUSIONS (Entourer le(s) chiffre(s) correspondant aux bonnes réponses) :

- 1 - PEUT ETRE PUBLIE EN L'ETAT
 - 2 - DEMANDE DES MODIFICATIONS (les indiquer en page 4)
 - 3 - NE PEUT ETRE PUBLIE DANS LE(S) PERIODIQUE(S) PREVU(S)
 - 4 - PEUT ETRE PUBLIE DANS UN AUTRE PERIODIQUE.
- LEQUEL ?

A TITRE INDICATIF :

- un article obtenant au moins 45 points (soit 75 % du maximum) peut être publié
- un article obtenant au moins 30 points (soit 50 % du maximum) peut être publié après modifications.
- un article obtenant < 30 points ne peut pas être publié.

PREVISION POUR LE N° 45 DES DOCUMENTS DE RECHERCHES

La prochaine livraison de nos Documents sera consacrée à l'évaluation, au sens le plus large du terme (évaluation du médecin généraliste bien sûr, de sa pratique, de ses procédures diagnostiques et thérapeutiques). Nous sollicitons nos Sociétaires et nos lecteurs qui ont peut être travaillé en solitaire ou en groupe sur ce sujet, pour qu'ils nous adressent très rapidement les résultats de leurs travaux : comme convenu, nous passerons leur texte à travers les mailles de notre grille de lecture...

CLASSIFICATION N'EST PAS DICTIONNAIRE

*Dr Philippe JACOT
5 bis Bld Lesseps
78000 VERSAILLES*

Le plus souvent, pour des raisons économiques l'intérêt pour la médecine générale a progressé depuis quelques années un peu partout dans le monde. En France les médecins généralistes ont mieux pris conscience de la spécificité de leur discipline. Ce phénomène a été sûrement favorisé par les rencontres entre MG, qui se sont multipliées en particulier grâce aux séminaires organisés sous l'égide du Fonds d'Assurance Formation.

Plus nombreux sont ceux qui réfléchissent aux aspects théoriques de leur pratique. La nécessité de la recherche, de l'enseignement, et de l'évaluation de qualité, n'est plus discutée. Cependant, dès qu'il s'agit de faire face à ces tâches considérées maintenant comme indispensables, nous sommes confrontés au système dit de la tour de Babel. En effet nous savons tous que chaque médecin fabrique son propre système de références et de conduites à tenir. Chacun essayant de combiner les connaissances acquises en milieu universitaire et la réalité de la pratique : il s'agit de fait de la constitution d'un savoir autodidacte. Ce système fonctionne à peu près pour l'exercice de tous les jours. Mais les difficultés apparaissent dès qu'il s'agit de communiquer ou de produire des données, utilisables pour en faire des statistiques.

Une donnée est ce qui est admis, reconnu, et qui sert de base à un raisonnement, et de point de départ pour une recherche.

Définir aussi précisément que faire se peut, ces données, c'est à dire ce qui va devenir objet de recherche, et donc d'enseignement, devient une nécessité.

En introduction à la DSM-III, R. Spitzer affirme à propos de la psychiatrie : "Il est nécessaire que les chercheurs et les cliniciens aient un langage commun pour parler des troubles vis à vis desquels ils ont une responsabilité professionnelle"; cela est également vrai pour la médecine générale. C'est dans cette perspective que la SFMG écrit le dictionnaire des résultats de consultation, pour les transformer en données exploitables.

Par résultat de consultation, on entend ce que le médecin inscrit sur le dossier de son patient après l'avoir examiné, et en tenant compte de tous les éléments dont il a connaissance à ce moment là. Il s'agit de la définition du problème posé par l'état du patient.

Il arrive souvent que soient confondus les buts d'une classification à visée statistique avec ceux d'une nomenclature ou d'un dictionnaire :

Classification :

On sait que classer des données est à la base même de toute méthodologie statistique, autrement dit qu'un système de classification s'avère un outil indispensable pour l'étude quantitative de toute donnée.

Un système de classification univoque constitue un des préalables incontournables pour l'avancement des connaissances en médecine générale.

Suivant le but recherché on choisira évidemment tel ou tel type de classification. Ainsi, le médecin généraliste, l'anatomopathologiste, le généticien, ou le chercheur en santé publique, ayant chacun des objectifs différents, ne choisiront-ils pas les mêmes types.

Dictionnaire :

Un dictionnaire est une liste ou encore un catalogue de termes définis. Ce dictionnaire peut être général ou spécialisé; dans ce cas son objet pourra par exemple être de donner la description et ainsi de permettre l'enregistrement d'observations cliniques, dont on reconnaît à quel point leur précision est nécessaire tant du point de vue de la pratique que celui de la recherche.

Tandis que la classification est une compilation de données rangées par catégorie de manière à pouvoir produire des statistiques, le dictionnaire sert à la description précise de chaque donnée, considérée une par une.

Pour atteindre son objet, un dictionnaire doit bien évidemment répondre à certaines contraintes : il doit être suffisamment vaste pour pouvoir inclure toutes les données nouvelles qui en relèvent si l'évolution de la science de demande. Toute définition doit être suffisamment claire pour qu'elle ne corresponde qu'à une seule donnée.

Suivant Littré : "*L'usage contemporain est le premier et principal objet d'un dictionnaire*".

Une fois établi le dictionnaire, en l'occurrence des résultats de consultation, il deviendra possible de classer chaque résultat en fonction de l'objectif de la recherche projetée.

Ainsi, seront constitués des groupes de résultats devenant statistiquement utilisables : c'est à ce moment et seulement à ce moment que l'on fera œuvre de classification.

La SFMG fait ce travail grâce à la convention signée avec la CNAMTS. CNAMTS et SFMG considèrent que ces travaux contribueront à améliorer l'efficacité diagnostique et thérapeutique des médecins généralistes, et à optimiser leur formation en facilitant la connaissance des pratiques ambulatoires.

LA MAÎTRISE DE STAGE VUE PAR LES PATIENTS

Dr Jean-Claude HUBER
U.F.R. DIJON
14 rue de la Colombière
21000 DIJON

RESUME

L'intrusion d'un stagiaire dans notre habituel colloque singulier est souvent ressentie comme une gêne. Pour mieux adapter la maîtrise de stage, il faut donc interroger le patient. 64 maîtres de stage des 4 départements de Bourgogne ont distribué chacun des questionnaires à faire remplir anonymement par leurs patients pendant la semaine du 4 au 10 octobre 1993. Sur 3233 fiches, nous en avons retenu 3008 exploitables. Les premiers résultats d'une exploitation non terminée font ressortir notamment qu'un patient peut s'habituer à la présence d'un stagiaire. Il subsiste cependant une gêne non négligeable à prendre en compte avec une prévalence chez les individus jeunes de sexe féminin. En outre, la maîtrise de stage valorise le médecin traitant aux yeux de ses patients.

JUSTIFICATION

A l'instar des stages Hospitaliers la maîtrise de stage s'est très vite imposée en passage obligé dans la formation des futurs médecins généralistes.

Après les tâtonnements de jeunesse, cet enseignement, mérite d'être perfectionné, d'autant qu'il faudra bien un jour se conformer aux directives européennes.

Toutefois, l'intrusion d'une tierce personne dans notre colloque singulier, quelquefois refusée, est souvent ressentie comme gêne dans notre démarche. Pour en saisir la nature et son importance, nous avons initié une enquête dans les quatre départements de la Bourgogne.

En effet, hormis deux thèses portant sur quelques dizaines de cas, nous n'avons retrouvé aucun travail exploitable sur le ressenti des patients.

Ainsi furent définis trois objectifs :

- appréhender l'importance de la gêne produite dans la relation médecin malade par la présence d'une tierce personne.
- interroger sur la possibilité de faire évoluer le stage vers une participation plus active des stagiaires.
- cerner l'impact de la maîtrise de stage aux yeux des patients.

MATERIEL ET METHODES

Une enquête de faisabilité préalable effectuée par deux d'entre nous a permis d'affiner et surtout de simplifier le questionnaire réduit à une page.

Six questions furent retenues avec comme réponse possible "oui" ou "non" et adaptées selon que les patients avaient déjà été vus en présence d'un stagiaire (questionnaire rose) ou ne l'avait jamais été (questionnaire vert).

Outre les réponses aux questions; la patient devait mentionner :

- son âge,
- son sexe,
- la date du contact.

Le médecin traitant n'apparaît sur la feuille que sous la forme d'un numéro de code (tiré au sort et seulement connu de lui et du coordinateur).

Chacun des 75 maîtres de stage de la région :

- a été informé sur les modalités de la démarche par téléphone,

- s'est vu attribuer :

* une notice explicative détaillée

* 100 questionnaires roses

* 100 questionnaires verts,

* 100 enveloppes T,

avec pour mission de les attribuer aux cent premiers patients rencontrés au cours de la semaine du 4 au 10 octobre 1993.

La Commission du 3ème cycle a pris en charge l'impression des documents. Le recueil des réponses a été réalisé par la Fédération Bourguignonne de Formation Médicale Continue et le Collège des M.G. enseignants, avec prise en charge des frais PTT. L'exploitation informatisée des données est en cours dans l'Unité du professeur FAIVRE et sous sa direction. Un étudiant est en train de perfectionner l'exploitation en vue d'une thèse.

Question 1

A votre avis :

- la présence éventuelle d'un stagiaire gêne-t-elle la qualité de la relation avec votre médecin habituel ?

- la présence d'un stagiaire a-t-elle gêné la qualité de la relation avec votre médecin habituel ?

RESULTATS

Sur les 75 maîtres de stages répertoriés, 11 n'ont pas participé à la démarche (3 après démission, 2 en retraite, 1 par protestation pour absence de stagiaire, 5 autres pour raisons encore indéterminées).

Il reste donc 64 participants. Sur les 6 400 réponses possibles, nous en avons reçu 3 233 le 04.11.1993, date limite retenue par le groupe; 96 autres sont arrivés postérieurement et ne furent pas exploités.

Par ailleurs, nous avons éliminé :

- toutes les feuilles d'un confrère, remplies par ce dernier en présence des patients,

- toutes les fiches non parfaitement identifiables,

- les fiches remplies en dehors des dates fixées pour l'enquête, ou autres entorses au protocole.

Pour les 3 008 questionnaires actuellement retenus, (1 356 verts soit 45,08 % et 1 652 roses soit 54,92%) nous relevons les premiers résultats suivants :

	<i>Jamais vu avec stagiaire</i>	<i>Déjà vu avec stagiaire</i>
Pas de réponse	8 (0,59 %)	18 (1,09 %)
Oui	189 (13,94 %)	108 (6,54 %)
Non	1159 (85,47 %)	1534 (92,85 %)
	X ² = 45,8	(p < 0,001)

Question 2

– s'il y a un stagiaire avec votre médecin, vous sentez-vous obligé d'accepter sa présence, (qui n'est pas obligatoire) ?

– devant la présence d'un stagiaire chez votre médecin, vous êtes-vous senti obligé d'accepter cette présence (qui n'est pas obligatoire) ?

	<i>Jamais vu avec stagiaire</i>	<i>Déjà vu avec stagiaire</i>
Pas de réponse	15 (1,10 %)	17 (1,03 %)
Oui	418 (30,82 %)	260 (15,74 %)
Non	923 (68,07 %)	1374 (83,17 %)
	$X^2 = 97,4$	$(p > 0,001)$

Question 3

– Y-a-t-il des problèmes que vous n'aimeriez pas aborder en présence d'un stagiaire ?

– Y-a-t-il des problèmes particuliers que vous n'avez pas voulu aborder en présence d'un stagiaire ?

	<i>Jamais vu avec stagiaire</i>	<i>Déjà vu avec stagiaire</i>
Pas de réponse	11 (0,81 %)	13 (0,79 %)
Oui	540 (39,82 %)	241 (14,59 %)
Non	805 (59,36 %)	1398 (84,62 %)
	$X^2 = 247,5$	$(p < 0,001)$

Question 4

– Etes vous éventuellement d'accord pour vous laisser examiner par le stagiaire en présence de votre médecin ?

	<i>Jamais vu avec stagiaire</i>	<i>Déjà vu avec stagiaire</i>
Pas de réponse	7 (0,51 %)	20 (1,21 %)
Oui	1114 (82,15 %)	1419 (85,89 %)
Non	235 (17,33 %)	213 (12,89 %)
	$X^2 = 11,0$	$(p < 0,001)$

Question 5

- cette formation pratique des futurs médecins hors de l'hôpital vous semble-t-elle nécessaire ?

	<i>Jamais vu avec stagiaire</i>	<i>Déjà vu avec stagiaire</i>
Pas de réponse	36 (2,65 %)	49 (2,97 %)
Oui	1233 (90,92 %)	1529 (92,55 %)
Non	87 (6,41 %)	74 (4,48 %)
	$X^2 = 5,4$	($p < 0,05$)

Question 6

Est-ce bien que votre médecin soit maître de stage ?

	<i>Jamais vus avec stagiaire</i>	<i>Déjà vu avec stagiaire</i>
Pas de réponse	42 (3,10 %)	45 (2,72%)
Oui	1269 (93,58 %)	1556 (94,19 %)
Non	45 (3,32 %)	51 (3,09 %)
	$X^2 = 0,14$	(N.S)

Par ailleurs, un sondage ponctuel fait sur les 2000 premiers questionnaires relevait :

En fonction de l'âge et les deux questionnaires confondus

	0 - 54 ans	54 -74 ans	75 ans et plus
Question 1	oui 8,90 %	oui 7,22 %	oui 6,34 %
	non 90,60 %	non 92,23 %	non 93,80 %
Question 2	oui 20,80,%	oui 17,00 %	oui 17,00 %
	non 78,90 %	non 82,00 %	non 79,20 %
Question 3	oui 26,00 %	oui 15,80 %	oui 15,72 %
	non 73,00 %	non 83,79 %	non 82,19 %
Question 4	oui 84,25 %	oui 87,37 %	oui 87,24 %
	non 14,54 %	non 11,58 %	non 10,97 %
Question 6	oui 94,89 %	oui 94,95 %	oui 92,58 %
	non 3,00 %	non 2,72 %	non 2,00 %

En fonction du sexe et des deux questionnaires confondus

	HOMMES	FEMMES
Question 1	oui 6,24 %	oui 8,60 %
	non 93,20 %	non 90,80 %
Question 2	oui 16,96 %	oui 19,78 %
	non 82,22 %	non 79,00 %
Question 3	oui 16,55 %	oui 22,96 %
	non 82,90 %	non 76,31 %
Question 4	oui 90,46 %	oui 83,50 %
	non 9,10 %	non 15,07 %
Question 6	oui 94,84 %	oui 94,33 %
	non 2,58 %	non 2,79 %

DISCUSSION

Il est bien entendu qu'il ne s'agit là que des premiers résultats.

Question 1

Il apparaît une différence significative entre les patients qui n'ont pas encore eu de contact avec un stagiaire et ceux qui en ont déjà "l'habitude". Le patient finit souvent par accepter, mais comment favoriser le premier OUI ? Quelques notions surgiront peut être de l'analyse des questionnaires médecin par médecin.

Question 2

La différence est encore plus significative. Notons toutefois qu'il se révèle une certaine ambiguïté dans le libellé de cette question

dont l'interprétation peut éventuellement être sujet de discussions.

Question 3

La différence devient considérable entre les deux groupes. Si nous nous reportons au

sondage ponctuel sur les 2000 premiers questionnaires, on remarque que la gène se retrouve surtout chez les individus classés entre 0 et 54 ans (ce qui reste à affiner). Enfin en distinguant par sexe, la gène prédomine chez les femmes.

Question 4

Il existe toujours une nette différence quoique les ressentis se rapprochent.

Question 5 et 6

Le nombre de non-réponse est plus grand.

Les deux groupes sont assez superposables.

La maîtrise de stage valorise le médecin aux yeux de ses patients.

Il reste maintenant à affiner l'exploitation et à voir, entre autre, s'il existe un profil d'un médecin à l'autre, en fonction de son âge, de son sexe, etc... Et puis, il y a le relevé des commentaires en clair qui attend d'être analysé.

CONCLUSION

Ces premières données nous permettent déjà de dire :

- qu'il faut prendre en compte un pourcentage assez important de résistance, laquelle apparaît un peu plus fréquente chez les individus jeunes du sexe féminin. (Or, il s'avère qu'une partie non négligeable de nos stagiaires ne sait pas faire un examen gynécologique correct, encore moins un prélèvement pour frottis de col).
- que les patients s'habituent à la présence d'un stagiaire, les chiffres sont manifestes. Peut être qu'une présentation adroite du stagiaire permettra de mieux "forcer ce premier obstacle".
- que la maîtrise de stage valorise de médecin traitant aux yeux de ses malades.

**SANTE : LE MODELE MEDICAL
SPECIALISE AMERICAIN, REVE,
ILLUSION OU CAUCHEMAR ?**

*Dr Jean Luc GALLAIS
5 rue de la Vacquerie
75011 PARIS*

Préambule

En France, la croissance régulière des actes médicaux, notamment ceux des actes spécialisés, et la substitution progressive d'activités de médecine générale au bénéfice d'autres disciplines médicales ne sont souvent présentées que dans une perspective économique. Ces aspects sont souvent utilisés pour argumenter la place de la médecine générale dans les systèmes de soins. Cette approche macro-économique, même si elle constitue un argument important, ne doit pas faire oublier l'essentiel :

- la compétence de la médecine générale dans tous les systèmes de soins, à la fois pour chaque individu et pour la collectivité

- les effets immédiats et au long cours de l'activité quotidienne de chaque médecin généraliste quand il intervient comme professionnel de santé et de proximité pour répondre de façon pertinente, continue et responsable aux problèmes sanitaires et sociaux qui lui sont soumis.

Au moment où en France se pose, plus ou moins clairement, le développement d'une consommation de soins médicaux " à l'américaine ", et la tentation croissante d'une régulation " par le marché ",

il est indispensable d'analyser les effets déjà connus de ce type de politique. En effet les USA ont mis en place depuis des décennies ce type de politique de spécialisation médicale, et on en connaît maintenant les effets...

Il est possible de prévoir les conséquences de l'hyperspécialisation de l'approche de la santé en étudiant, en particulier, les situations de polyopathologies. Les personnes âgées, constituent à ce titre un bon exemple des approches globales ou morcelées de la santé.

**I - La médecine générale en France :
quelques repères :**

L'importance du dispositif que représentent des médecins généralistes aussi peu ou mal connu des professionnels de la santé que du grand public lui même.

Quelques chiffres sont pourtant largement éloquentes.

L'enquête santé protection sociale (ESPS 1992) du CREDES montre que les recours médicaux généralistes sont prépondérant. Ainsi, en un mois, 26 % de la population française a recours à un médecin généraliste, contre 15 % à un médecin spécialiste (soins dentaires compris) dont 6 % à la fois à un généraliste et à un spécialiste.

Cet effet de masse concerne tous les âges même ceux qui paraissent à certains comme des domaines réservés. ainsi, l'étude IMS-SNIP portant sur un an et un Panel représentatif de généralistes et de spécialistes révèle que 69,6% des actes

pédiatriques et 76 % des prescriptions enregistrées par les Caisses Régionales d'Assurance Maladie sont faits par des médecins généralistes.

Pour les personnes âgées, cette place est encore plus importante du fait de la visite à domicile qui permet d'accéder à un soin médical de proximité quand la dépendance et la perte d'autonomie peu à peu s'installent.. Toujours en un mois 32 % des plus de 65 ans ont consulté un MG en consultation et 18 % en visite (CREDES 1992).

Il en est de même pour les recours médicaux concernant les adolescents comme le rappelle l'étude INSERM (M. CHOQUET " La Santé des adolescents ". documentation Française) sur la santé des adolescents portant sur la période 1983-1985.

Le médecin généraliste est dans 80 % des cas le recours des 11-15 ans contre 48 % les pédiatres, 3,8 % les dermatologues, 2,10 % les ophtalmologues, 2,10 % les O.R.L. L'ensemble des autres spécialités réunies ne représentent que 7 % des recours.

Pour la tranche des 16-20 ans, le médecin généraliste reste toujours largement le référent médical dans 76 % des cas; les gynécologues apparaissent alors dans 3,8 % des cas.

En dehors de l'activité strictement soignante et préventive, le rôle du médecin généraliste en tant qu'informateur santé crédible est confirmé même dans des domaines dans lequel il est médiatiquement peu présent.

90 % des patients considèrent que le médecins généralistes sont compétents pour intervenir dans le domaine de l'information et de la prévention du SIDA.

II - La réduction nette du champ d'activité généraliste

Si les chiffres évoqués précédemment confirment l'importance qualitative et quantitative de la collectivité généraliste dans le champ de la santé, l'attention doit être portée sur l'évolution respective des spécialistes et des médecins généralistes.

Entre 1980 et 1992, la croissance respective de l'activité des médecins généralistes a été de 6,6 % contre 21 % pour celle des médecins spécialistes (Comptes Nationaux de la Santé - 1990 - 1991 - 1992 SESI 1993). Les projections faites par le Ministère de la Santé sur la base des évolutions constatées confirment à terme la possible marginalisation de la médecine générale au profit des pratiques spécialisées si ces tendances se poursuivent..

Ainsi, alors qu'en 1980 le nombre de séances annuelles de médecine générale était de 3,5 pour 1,4 de spécialistes.

En 2010 la place respective des uns et des autres sera équivalente avec une majorité d'actes spécialisés : 7,6 séances de spécialistes pour 7,4 séances de médecine générale.

Pour 2020, la projection confirme ce déclin avec 15,2 séances de spécialistes pour 9,4 séances de médecine générale. L'évolution de la place de la médecine générale aux USA confirme qu'un tel mouvement est possible.

III – Un cadre exemplaire pour comprendre : les polyopathologies

Cette évolution vers la spécialisation doit être analysée aussi par rapport aux besoins de santé des populations.

Quels peuvent être les effets d'une approche fragmentaire spécialisée au moment où la population française vieillit?

On connaît bien la croissance du nombre de maladies moyennes par tranche d'âge et celle des séances polyproblématiques en médecine générale selon l'âge.

Ainsi dans la tranche des 65–79 ans, le nombre de maladies par personnes à jour donné est de 4,9 pour un homme et de 5,5 pour une femme alors que dans la tranche des 16–39 ans, il n'est que de 1,9 pour les hommes et de 2,5 pour les femmes.

L'étude SFMG–CNAMTS confirme cet aspect. 20 % des séances des 5–14 ans concernaient plusieurs problèmes simultanés. Cette fréquence croissait à 55 % pour la tranche des 65–74 ans, puis + de 60 % au delà de 75 ans

Une approche médicale qui couperait le malade en tranches pour traiter selon le principe théorique, une fonction ou une affection par spécialiste, conduirait à aborder le patient en additionnant, juxtaposant et multipliant les recours et les intervenants.

La population des personnes âgées constitue à ce titre un modèle qui mérite réflexion.

En effet, quels peuvent être les effets directs et indirects de la substitution progressive des activités des médecins généralistes par des médecins spécialistes ?

IV – La substitution Médecine Générale par spécialiste : une panacée ?

Le remplacement d'activités médicales soignantes essentiellement cliniques, souvent faites à domicile par le médecin généraliste traitant, par des séances de médecins spécialistes, conduit à s'interroger sur les effets simultanés ou successifs de cette substitution sur :

- la multiplication et la diversité des interventions et nécessités de coordination,
- la pertinence des réponses et moyens mis en oeuvre par rapport aux problèmes posés et aux objectifs de soins,
- l'accroissement des risques iatrogènes liés aux actes techniques et aux multiprescriptions
- les difficultés des stratégies de soins et prévention à court, moyen et long terme
- la réduction de l'observance par la non-convergence des discours,
- les difficultés de circulation d'information.

Il y a dans cette logique de substitution le remplacement d'une activité médicale essentiellement clinique et souvent réalisée au domicile du patient par une activité médicale fortement technique le plus souvent faite en institution et nécessitant de ce fait des transports.

Les questions de maintien à domicile, d'alternative à l'hospitalisation ont déjà donné lieu à de nombreux débats qui ne sont pas limités aux populations âgées.

Le SIDA, à ses différents phases évolutives, a largement démontré que la gestion pertinente des problèmes imposait un travail en réseau coordonné. La raréfaction des médecins généralistes dans les grandes métropoles urbaines a largement contribué au développement des réseaux ville-hôpital.

On assiste de plus en plus à la redécouverte de l'intérêt de la visite à domicile pour de nombreuses pathologies chroniques complexes.

- la réduction du champ d'action généraliste quant à elle, s'est traduite par la diminution constante du nombre de visites en médecine générale
- la part croissante du transport dans la consommation médicale

V – La mort de la médecine générale : le modèle américain

La tendance à l'approche morcelée successive des problèmes de santé est donc de plus en plus présente et prégnante en France. Cette américanisation de notre système de soins est-elle le modèle idéal de gestion des problèmes de santé ?

La France est le dernier grand pays occidental dont le système de santé est non régulé. Il partage cette caractéristique avec les Etats-Unis et l'évolution du système américain n'est plus là qu'un dispositif d'appoint...

Pourtant cette évolution ne s'est pas faite sans symptômes et sans essais pour répondre aux problèmes liés à la raréfaction de la médecine générale.

Différents métiers se sont même développés pour combler les carences en

généralistes. Ainsi la création d'infirmières spécialisées (nurses practitioners) ou celle de médecins exerçant sous le contrôle des spécialistes (physicians assistants) n'a pas résolu les problèmes

La logique de la spécialisation à outrance a été mise en place et la mécanique était enclenchée. Sur le plan sanitaire, à l'illusion du rêve a fait place le cauchemar américain au travers d'indicateurs sanitaires qui mettent ce pays au dernier rang des pays industrialisés comme l'atteste l'O.C.D.E. en 1990.

Les USA avec les dépenses les plus élevées par personne et plus de 12 % du PIB, ont la plus faible espérance de vie et le plus fort taux de mortalité infantile des Pays de l'O.C.D.E. Par ailleurs, la logique de marché qui accompagnait cette spécialisation générait plus de 35 millions d'exclus.

Ce type de système de santé s'avérait donc à la fois coûteux, inefficace et générateur d'exclusion.

VI – L'effet " GP ", General Practitioner

Les liens entre ces résultats sanitaires et la disparition de la médecine générale apparaissent de plus en plus nettement. L'hypertension artérielle en tant qu'affection chronique est un bon témoin des effets de stratégie de soins. De nombreuses études confirment que l'accessibilité et la continuité des soins ambulatoires sont deux paramètres essentiels avec la personnalisation des soins. L'absence de continuité des soins s'accompagne par ailleurs de réduction de

contrôle de l'HTA et de la nécessité secondaire de soins hospitaliers.

L'efficacité des soins est directement liée à l'existence d'un médecin traitant. Ce paramètre s'avère être même supérieur au paramètre protection sociale pour le contrôle d'une hypertension artérielle. Mais, cet " effet médecin généraliste " ne concerne pas que l'HTA. L'étude randomisée de Wasson entre les patients suivis, soit par un seul et même médecin, soit par différents médecins avait déjà largement illustré cette question. Non seulement quand il y a un seul médecin la satisfaction du patient est plus grande mais de nombreux indicateurs confirment la réduction des événements sanitaires. Il y avait deux fois moins d'hospitalisations, et quand il y en avait, elles étaient alors de plus courte durée.

C'est donc l'ensemble de l'activité médicale qui s'avère significativement supérieur au plan individuel et au plan collectif quand les soins sont dispensés par un même médecin généraliste responsable.

VII – Organisations des soins primaires : l'exemple de nos voisins

La question des places respectives des médecins généralistes et des médecins spécialistes au niveau des soins primaires, secondaires ou tertiaires est un thème bien connu.

La différence et la complémentarité des différentes disciplines médicales imposent des choix politiques clairs dans l'organisation et la régulation des systèmes de santé.

En Europe, la France est maintenant un des derniers grands pays à ne pas avoir apporté de solution structurelle à l'accès régulé aux

médecins spécialistes. Au Royaume Uni, au Danemark, en Suède, aux Pays BAS, en Italie, en Espagne ou en Grèce, la filière de soins habituelle et prépondérante, voire exclusive passe par le médecin généraliste.

De tels choix ne sont pas surprenants si l'on rappelle que dès 1977 le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe recommandait de concevoir ou de modifier le cas échéant les systèmes de distribution de soins de sorte que la consultation d'un omnipraticien ou une équipe de soins primaires à laquelle est rattaché un omnipraticien en soit normalement le premier stade.

Dans tous les pays, évoqués précédemment, la régulation par la filière généraliste a permis à la fois de généraliser un accès aux soins, un haut niveau de prise en charge des dépenses de santé par les collectivités et la maîtrise de la croissance des dépenses de santé.

VIII – Conclusions

La question initiale sur le modèle spécialisé américain, rêve, illusion ou cauchemar n'est pas une hypothèse sans consistance au moment où la consommation des biens médicaux en France n'est plus régulée. La démonstration américaine est claire :

- les secteurs d'activité médicale concernant les soins de premier recours de médecine générale ou de second recours spécialisé ne sont pas interchangeables si ce n'est au prix d'une inefficacité et de coûts humains, sanitaires, sociaux et économiques majeurs. Au moment où la France n'est pas encore engagée de façon irrémédiable dans une politique de

disparition de la médecine générale, l'exemple des USA et les enjeux en présence en France imposent une réflexion de fond véritablement argumentée à la fois sur les choix de société et les conditions d'utilisation optimales des moyens disponibles.

Remarque : ce texte résume l'intervention faite au cours des journées de Communications de la SFMG. Il reprend les éléments essentiels du dossier de presse publié en juin 1993 par la Fédération Française des Médecins Généralistes.

Journée de Communication

de la S.F.M.G. – Paris, 14 novembre 1993

*Dr Marie-Laure ALBY
2 place de la République
67000 STRASBOURG*

POPULATION EN SITUATION DE PRECARITE ET MEDECINE GENERALE

Résumé

Le versement du revenu minimum d'insertion est associé à l'établissement d'un contrat d'insertion avec l'allocataire, établi par un travailleur social de proximité agréé par la Commission Locale d'Insertion (CLI) réunissant : élus, représentants de l'Etat, travailleurs sociaux, associations; ce contrat doit soutenir le bénéficiaire dans sa démarche de réinsertion et, si possible l'aider à retrouver un travail.

L'évaluation de ce dispositif réalisé par les parlementaires au cours de l'été 1992 (loi du 29.07.92) a mis en évidence que la santé et l'accès aux soins étaient des éléments essentiels de cette réinsertion.

La nouvelle loi sur le RMI a généralisé l'ouverture des droits à la prise en charge à 100 % des soins médicaux avec dispenses d'avances de frais et mise en place de dispositifs de type "cartes santé" sur tout le territoire français.

L'objectif de cette loi est d'initier une réforme de l'aide médicale légale en facilitant l'accueil des personnes en situation précaire dans le système de santé (cabinets libéraux, hôpitaux, cliniques,...),

sans création de filières de soins spécifiques

D'autre part, des cellules d'appui sur le thème de la santé ont été placées auprès des CLI pour animer le réseau complexe des acteurs de la santé et des soins en faveur de ces populations

Parmi les missions de ces cellules d'appui, il y en est une qui consiste à agir en concertation avec les acteurs constitutionnels (CPAM, DDASS, Conseil Général,...), et notre intervention consistera à illustrer les actions possibles : un travail réalisé par l'observatoire régional de la Santé d'Alsace, la CPAM de HAGENAU, le service de la CRAM (Alsace-Moselle) ainsi que le Conseil Régional du Bas-Rhin, analysant les conséquences du dispositif des accès aux soins mis en place dans ce département; d'autre part, nous vous rendrons compte d'un travail d'analyse des besoins de santé repérés par les travailleurs sociaux instruisant les états d'insertion des bénéficiaires de la CLI de l'arrondissement de Strasbourg – Campagne.

GROUPE DE PAIRS

*Docteur Christophe MARGERIT
14 rue Georges Clémenceau
78000 VERSAILLES*

PREAMBULE

La question de la qualité des soins et de l'évaluation permanente des pratiques et des filières de soins, est devenue une réalité quotidienne. Or, on ne peut se soucier de la qualité de son travail, sans mobiliser son intelligence. Les personnes travaillant seules sont en général moins performantes que celles travaillant en groupe. Un professionnel s'attachera d'autant plus à la qualité de son travail qu'il se sentira reconnu, écouté, valorisé et digne de confiance. L'information et la formation sont deux éléments clé de l'amélioration des pratiques. L'industrie l'a compris depuis longtemps et a créé les Cercles de Qualité. A l'étranger, l'interformation entre médecins généralistes est mise en oeuvre depuis longtemps, en particulier en Grande Bretagne depuis 1980 et aux Pays Bas en 1982 et, ce, sous le nom de "Peers Group".

Depuis 1987 la SFMG a adopté ces mêmes principes pour créer des "Groupes de Pairs" à la Française, comme il y a des Cercles de qualité à la française.

Ils se sont mis en place et se multiplient maintenant dans toute la France.

Un groupe de Pair réunit des professionnels de la même discipline, donc ici, exclusivement des médecins généralistes en exercice. Pour que les échanges soient optimum, ce groupe comporte 5 à 10 membres ayant des préoccupations communes ou homogènes. Ils sont volontaires, se retrouvent régulièrement (tous les mois) et fonctionnent sans leader. Chaque médecin est modérateur à tour de rôle dans un fonctionnement de groupe standardisé. Ces conditions donnent naissance rapidement à une identité de groupe qui va permettre un travail personnel et collectif de qualité.

LE DEROULEMENT D'UNE SEANCE PROPREMENT DITE

Les règles du jeu permettent de commencer le travail sans longues séances préparatoires.

LA PREMIERE PARTIE DE LA REUNION

Partie formation

Chaque médecin présente à tour de rôle un cas clinique choisi selon une règle de tirage au sort définie ensemble : par exemple, le sixième malade vu la veille, en commençant par la fin... Ceci permet d'éviter la sélection d'un "bon dossier" par le médecin intervenant. Chaque présentation part des faits tels que le médecin les a mémorisés et enregistrés. Elle est faite avec le dossier du patient concerné, dure 10 minutes maximum, et est suivie d'une discussion. Le médecin doit être capable de dire et surtout d'argumenter là où il en est, avec ce patient là, ce jour là.

Le médecin exposant le cas peut poser au groupe de ses pairs des questions sur un aspect précis du cas. Ce questionnement confirme que les expériences et les compétences de chaque médecin généraliste ne sont pas superposables mais bien souvent complémentaires. Pour chaque séance, un rapporteur fera une note de synthèse sur les contenus, note qui sera remise à la séance suivante. L'ensemble des synthèses fera l'objet d'un bilan annuel.

Ce groupe qui fonctionne sur la casuistique n'est pas un groupe Balint. En effet, il n'en a ni la composition (absence de leader psychanalyste), ni les règles (paiement des médecins participants; étude exclusive de la relation médecin patient).

DEUXIEME PARTIE DE LA REUNION

partie information

(circuit de soins)

Une part importante de la fonction médicale du médecin généraliste est de conseiller ses patients quand d'autres intervenants (médicaux, psy, sociaux, associatifs, administratifs notamment) sont indispensables ou souhaitables.

La connaissance professionnelle qu'a le médecin généraliste d'une partie de cet environnement sanitaire et social le conduit aussi à déconseiller tel ou tel intervenant ou structure.

Cette expérience personnelle du travail avec ces différents intervenants conduit à analyser trois niveaux distincts et intriqués au moment du choix :

- la compétence et l'expertise réelle dans un domaine défini
- l'accessibilité à la fois géographique et financière
- la volonté et l'aptitude à travailler de façon coordonnée avec le MG et le patient lui-même.

L'étude des circuits de soins locaux est essentielle à la pratique de la médecine générale.

Le généraliste doit être le médecin référent. Ce problème est abordé par chacun des participants et un rapport est rédigé sur les circuits de soins locaux.

On comprend l'importance de ce problème ainsi que ce qui s'y rattache c'est à dire l'accès direct au spécialiste dans notre système de santé.

LA TROISIEME PARTIE DE LA REUNION

partie libre

Cette troisième partie peut être moins formelle, c'est à chaque groupe de pairs qu'il appartient de définir ses besoins.

Selon les groupes déjà en place en France, il peut s'agir :

- d'une aide à la décision concernant un patient précis,
- de la lecture critique de la presse médicale,
- d'une discussion portant sur un problème professionnel qu'il soit syndical, politique ou administratif,
- d'un travail commun au groupe concernant une démarche programmée pouvant aboutir à la rédaction d'une norme consensuelle au groupe,
- d'autres peuvent s'attacher à définir un langage commun répondant à un résultat de consultation précis,
- enfin, certains soulèvent le problème de ce que l'on pourrait appeler le marketing médical; c'est à dire tout ce qui entoure l'acte médical proprement dit : présentation du médecin, image de marque, salle d'attente etc...

CONCLUSION

L'expérience des groupes de pairs en médecine générale hors de France et l'expérience des groupes de pairs SFMG, confirment l'importance de cette modalité d'interformation professionnelle dans un secteur géographique donné. Elle a des effets positifs pour chaque médecin comme pour ses patients.

Le groupe de pair permet une évaluation interne (audit interne) à la pratique de la médecine générale. Cette évaluation est à l'ordre du jour dans la profession et les groupes de pairs seront à l'avenir incontournables pour qui voudra parler d'évaluation.

Cette pratique, dont le noyau central est l'étude de cas concrets, est à rapprocher de celle des cercles de qualité dans l'industrie.

Un aspect important pour le futur est la communication entre les différents groupes de pairs français; cette transivité est assurée par la SFMG

A la fois REPERES et REPAIRES, ils présentent pour les médecins généralistes participants un outil multitâche irremplaçable. Les groupes de pairs permettent une remise en cause des médecins dans leurs pratiques quotidiennes et également une plus grande cohésion de la profession de médecin généraliste.

*Journée de Communication de la
S.F.M.G. – Paris, 14 novembre 1993*

*Dr Bernard DECRAENE
90 rue de Chevilly
94800 VILLEJUIF*

THERAPIE COMPORTEMENTALE ET SEVRAGE TABAGIQUE

Résumé

Dans notre approche du sevrage tabagique, nous considérons que fumer est un comportement qui a été appris et qui se maintient car, régulièrement déclenché par une multitude de stimuli de l'environnement et constamment renforcé.

Nous pensons également que les échecs de nombreux programmes de sevrage sont dus au fait que les difficultés à désapprendre ce comportement et à le remplacer par d'autres comportements plus sains sont sous-estimées.

La thérapie comportementale du sevrage du tabac repose sur les théories psychologiques de l'apprentissage. Celles-ci soulignent que le changement brutal d'un comportement n'est pas efficace. La modification progressive, graduelle et structurée du comportement de fumer est donc la meilleure méthode pour arrêter de fumer.

La thérapie comportementale se déroule en trois étapes :

- Analyse précise du comportement de fumer
- Stratégie de modification et alternatives à fumer
- Evaluation des résultats et prévention des rechutes

Nous utilisons, dans la majorité des cas, une aide pharmacologique, le timbre à la nicotine, qui nous permet de mettre en route la thérapie comportementale dans les meilleures conditions possibles.

1er Temps : analyse du comportement

Lors de la première séance, un ensemble de tests est réalisé pour évaluer la motivation et l'absence de contre-indication psychologique chez le patient.

Le patient est informé des mécanismes de dépendance à la nicotine. Le timbre va lui permettre d'arrêter totalement de fumer. Il va pouvoir mieux repérer ses habitudes de prise tabagique et noter les envies qui surgissent pendant la première semaine.

Dès la deuxième séance, il va mieux contrôler son niveau émotionnel lié à la prise de cigarette et ainsi mieux repérer les circonstances, les situations.

Il repère qu'il peut se concentrer ou se relaxer, par exemple, sans fumer, comme il le faisait déjà dans certaines circonstances (présence d'enfants, métro,...).

Il prend conscience d'un ébranlement dans sa conviction : " dans telle situation, il me faut absolument une cigarette " et il retrouve des situations où il a pu ne pas fumer. L'envie est moins forte du fait du patch.

Nous l'aidons à valoriser son geste de ne pas fumer, son nouvel apprentissage. C'est une suggestion active où la motivation du patient prend toute sa place.

Cette auto-observation va prendre deux séances et le patient va pouvoir ainsi développer des stratégies spécifiques.

A chaque séance, nous réévaluons avec lui son degré de motivation et son niveau d'efficacité personnelle. Nous repérons avec lui ses progrès, toujours de la situation la plus facile à la plus difficile.

2ème temps : Les stratégies de modification et alternatives à fumer

Les stratégies spécifiques se regroupent en deux grandes catégories :

– **dissociations** : réduire les automatismes comportementaux. Ainsi, le patient peut :

- * éloigner pendant un certain temps ce qui l'incite à fumer,
- * s'arrêter un court instant sur l'événement, le pointer,
- * respirer et se relaxer,
- * se remémorer ses motivations,
- * se servir d'imagerie mentale renforçant le plaisir de ne pas fumer (balancier, balle, surf, combat du samouraï, ...).

– **Substitutions** : développer des habilités alternatives et amplifier la fréquence de leur utilisation, en particulier la relaxation et toutes les variations de détentes visuelles, respiratoires, musculaires, physiques ou mentales. Ainsi le patient constate qu'il peut :

- * se concentrer sans cigarette
- * se détendre sans cigarette
- * communiquer sans cigarette
- * gérer son émotion sans cigarette
- * être inactif sans cigarette
- * manger et boire sans cigarette
- * regarder la télévision sans cigarette.

Ces stratégies sont mises en place au cours des quatrième et cinquième séances.

3ème temps : évaluation des résultats et prévention des rechutes

Lors des deux séances suivantes, nous anticipons les rechutes et préparons l'arrêt du patch.

Il s'agit de mieux repérer les pièges pour les rendre inoffensifs en s'appuyant toujours sur des exemples liés à la problématique propre du patient qui souvent, a déjà eu une menace de rechute et l'a lui même désamorcée.

Nous repérons avec lui les situations à haut risque et les cognitions associées pour les discuter avec ses propres arguments.

Nous soulignons le caractère relatif d'un écart, différent de la rechute où l'habitude est reprise, en l'aidant à ne pas surestimer son échec qui n'est que transitoire. Nous nous référons alors aux stratégies spécifiques des thérapies cognitives de la dépression.

Nous revoyons les patients à trois mois et à six mois. Grâce à un programme comportemental facilité et accéléré par le timbre, nous observons un meilleur maintien du sevrage.

Nous pensons que l'habitude tabagique se développe chez un individu qui a sa propre personnalité et que le maintien de cette intoxication s'est opéré dans ce contexte original.

Une évaluation rigoureuse devrait permettre de définir les stratégies les plus adaptées à chaque patient.

LA MEDECINE ET LES SCIENCES HUMAINES

Un fil d'Ariane pour les réunir

*Dr Jean Broussier
69 rue des Fusillés
59160 LOMME*

Cette communication inaugure la création d'un DEPARTEMENT SCIENCES HUMAINES dans la Société Française de Médecine Générale.

En 1543, André VESALE publie à Bâle les sept livres du "De Humani Corporis Fabrica", immense traité d'anatomie de 700 pages contenant 300 planches. Innovant complètement, ce jeune chercheur de 29 ans considère le corps comme un organisme qui peut être exploré en gommant toute sensibilité. L'homme est distinct du corps perçu comme une belle machine à la disposition de son propriétaire; la maladie devient une anomalie objective. Il résulte de cette simplification conceptuelle les extraordinaires progrès de la médecine, mais aussi les difficultés croissantes qui vont de pair (l'homme oublié ne l'admet pas). Dans ce cadre contradictoire, la médecine générale, écartelée entre la physiopathologie et le malade, risque de se disloquer, ou aura la chance de réconcilier la science et l'homme, et de retrouver ainsi une cohérence. Il ne semble pas qu'elle ait d'autres horizons que se déliter ou évoluer. Le statu quo n'est déjà plus possible.

Où se situe l'intersection des sciences humaines et de la médecine ? Comment un éclairage réciproque peut-il opérer ? De quelle manière les sciences humaines aident-elles à comprendre les maladies et à les soigner ? Le raisonnement qui suit est constitué d'idées, mais prend le parti de demeurer à ras de la réalité quotidienne.

L'éclatement de la médecine

La recherche médicale ne se préoccupe pas de la condition humaine - la vie quotidienne -, par essence socio-culturelle c'est-à-dire faite de significations, de valeurs et de représentations. Elle observe la forme et le fonctionnement des organes. C'est pour cette raison que survient dans les années 1950 l'éclatement de la médecine qui se fragmente en spécialités : cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, dermatologie, neurologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie, pédiatrie, gynécologie, etc...

C'est ce que représente le schéma N° 1. Chaque point symbolise un acte de spécialiste.

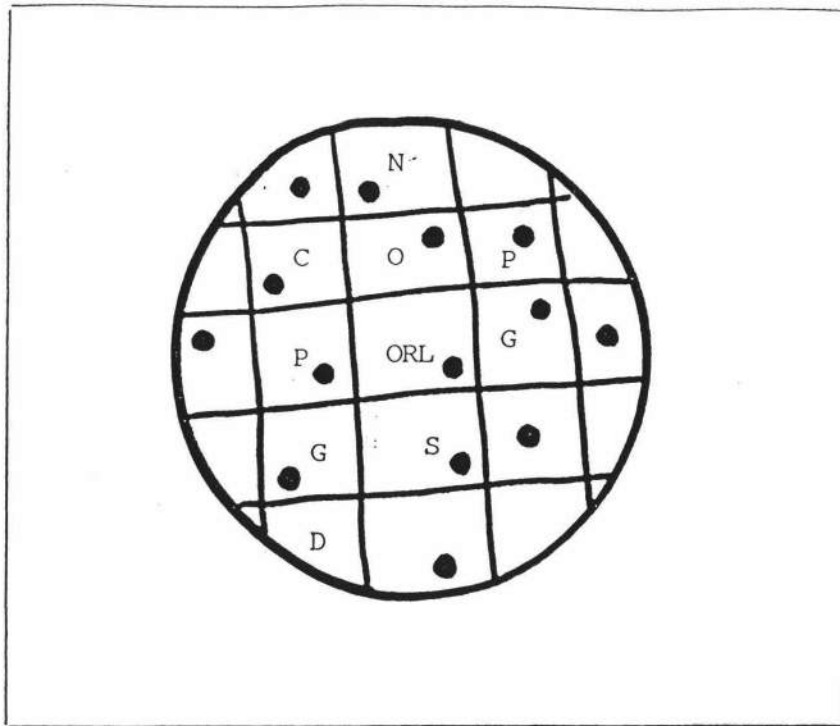


Schéma N°1 : la médecine éclatée

Expulsion et transgression

Que devient l'acte de médecine générale ? Par rapport à l'ensemble des spécialités, il prend position en fonction de deux caractères nouveaux : l'expulsion et la transgression.

L'expulsion de la médecine générale est logique puisqu'elle n'est ni une des

spécialités citées précédemment, ni la somme de toutes. L'acte de médecine générale ne peut donc que se situer en dehors des spécialités (schéma N°2). Cette expulsion de la médecine générale se concrétise à l'université, à l'INSERM, à l'Institut Pasteur, dans les médias, etc...

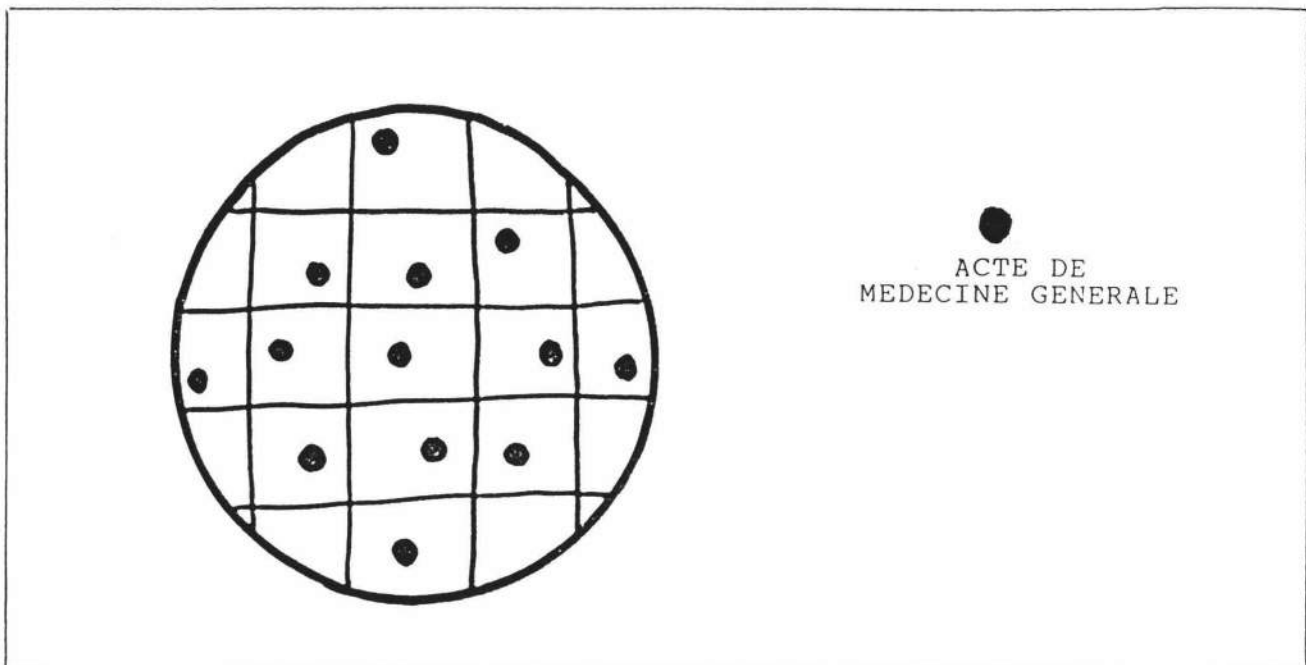


Schéma N°2 : l'expulsion

La transgression résulte de l'expulsion : le médecin généraliste est formé dans les spécialités et il doit exercer en dehors, alors qu'elles restent la référence. La transgression est donc obligatoire (schéma N°3). Les Sociétés Savantes de médecine générale ont toutes bien remarqué et commencé à étudier ce phénomène. Braun, connu grâce à la Société Française de Médecine Générale, écrit dans "La médecine générale, sa position et son rôle dans la médecine", chapitre 5 : "Au regard des dogmes de sa formation hospitalo-universitaire, le médecin généraliste fera tout mal quand, au regard de sa fonction, il commencera enfin à agir comme il faut".

L'Atelier Français de Médecine Générale a inséré dans son Bulletin N° 14 de Septembre 1988 un chapitre entier intitulé "La transgression en médecine de famille". Le docteur Claude Fabre, médecin généraliste à Lille, y écrit au sujet des hospitalo-spécialistes cette petite phrase qui en dit long : "Nous ne faisons pas le même métier". Le but de la revue Exercer du Collège National des Généralistes Enseignants est : "Ecrire la différence".

Il faut remarquer avec insistance que l'acte de transgression ne dénie pas les spécialités; c'est un acte difficile (dix années d'apprentissage autodidacte, dit Braun) qui s'ajoute à elles; et il n'a rien à voir avec une infériorité de niveau.

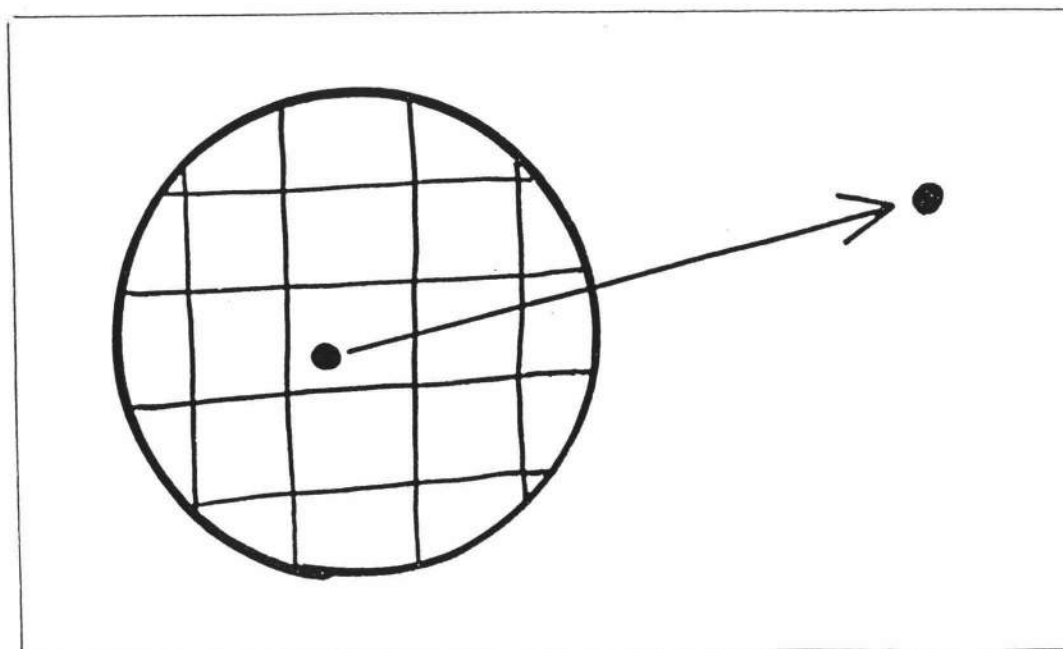


Schéma N°3 : la transgression.

La désintégration de la médecine générale

Le panorama symbolique de plusieurs actes de médecine générale marqués des caractères d'expulsion et de transgression fait apparaître un ensemble désordonné (schéma N°4). Il ne faut pas se cacher qu'une telle désintégration est une destruction. Pessimisme ? Oui, mais réalisme. Voilà pourquoi des professeurs ressassent : "les médecins généralistes sont mal formés"... Quel refrain ! C'est effectivement aussi évident que si on chantait cette nouvelle vérité du fameux La Palisse : " Il mesurait des mètres avec des yards et avait toujours faux".

Voilà aussi pourquoi le médecin généraliste est en crise d'identité (c'est-à-dire en crise de rôle et de statut socioprofessionnels); assis entre deux chaises, il ne sait plus où il en est et doute de lui-même tout en pensant que son métier vaut la peine. De plus, tout cela est fort difficile à dire et à expliquer; un producteur de télévision affirme : "je n'invite pas les médecins généralistes car ils n'ont rien à dire". Comment pourraient-ils s'exprimer ? "Ce qui se conçoit bien, s'énonce clairement...", énonce l'adage. Et ce qui ne se conçoit pas bien ??? Voilà pourquoi, enfin, la médecine générale se dévalorise depuis des années. Le Docteur Oscar Rosowsky ne le cache pas : "On veut faire de la médecine générale une discipline paramédicale".

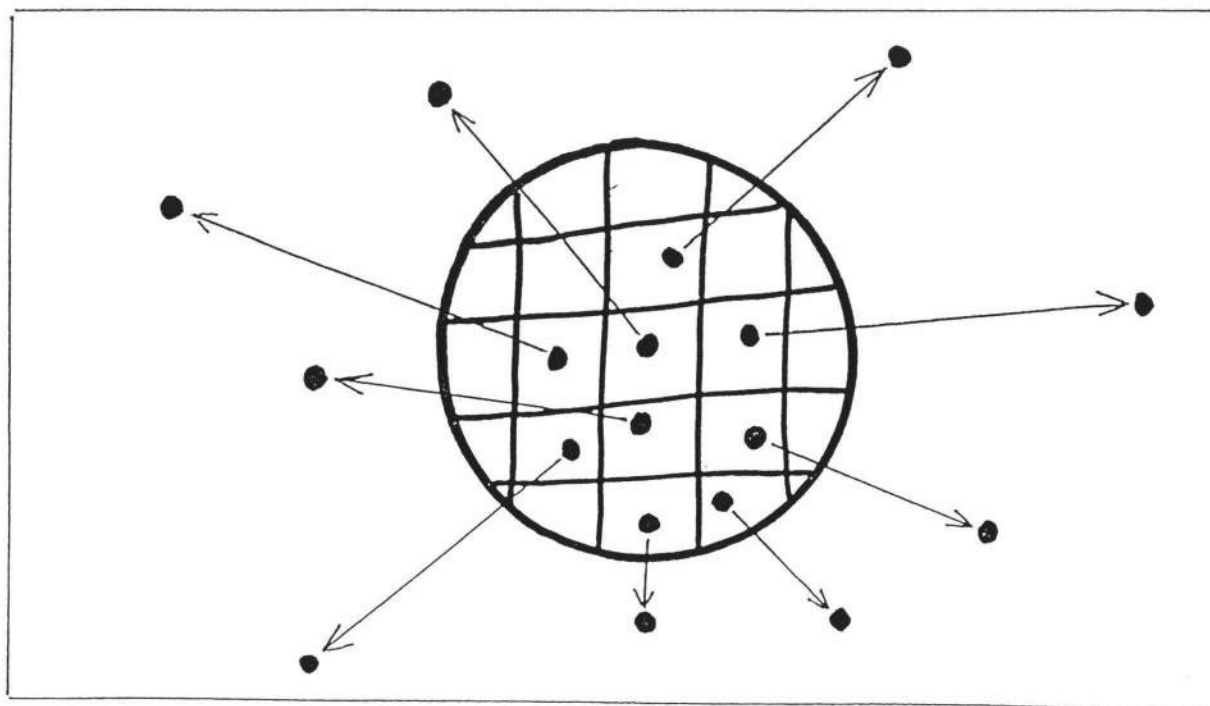


Schéma N° 4 : la médecine générale désintégrée

Des transgressions comparables

Sur ces entrefaites, survient depuis la fin des années 1980 un événement : de nombreux médecins généralistes se rencontrent et parlent de leur exercice quotidien. Pourquoi ces rencontres ? Parce que des associations comme la SFMG, l'AFMG, la SFTG, l'IFED-MG, le CNGE, MG Form (etc...) motivent des confrères, payent des billets de train, d'avion, des chambres d'hôtel. Les médecins généralistes voyagent, se rencontrent et parlent entre eux. Il y a CSA aussi, cette messagerie gratuite sur le minitel, qui permet des conversations.

Et les médecins généralistes découvrent peu à peu quelque chose d'extraordinaire qu'ils ne soupçonnent pas : alors qu'ils

estiment transgresser chacun à leur façon, un peu honteuse, anxieuse (il y a toujours une culpabilité dans une transgression), chacun dans leur coin (1), ils se rendent compte que, certes, ils transgressent l'enseignement officiel, mais tous sensiblement de la même manière. Autrement dit, les médecins généralistes du Nord, de l'Ariège, de Charente et de Haute-Savoie réalisent qu'ils ont tous des réactions à peu près analogues face au malade. Le schéma N° 4 est donc faux, ou du moins il n'est vrai que superficiellement. Si on analyse de manière approfondie les actes de médecine générale, compte tenu de la similitude découverte, il faut les représenter autrement qu'en désordre, et donc en ordre, orientés dans le même sens (schéma N°5).

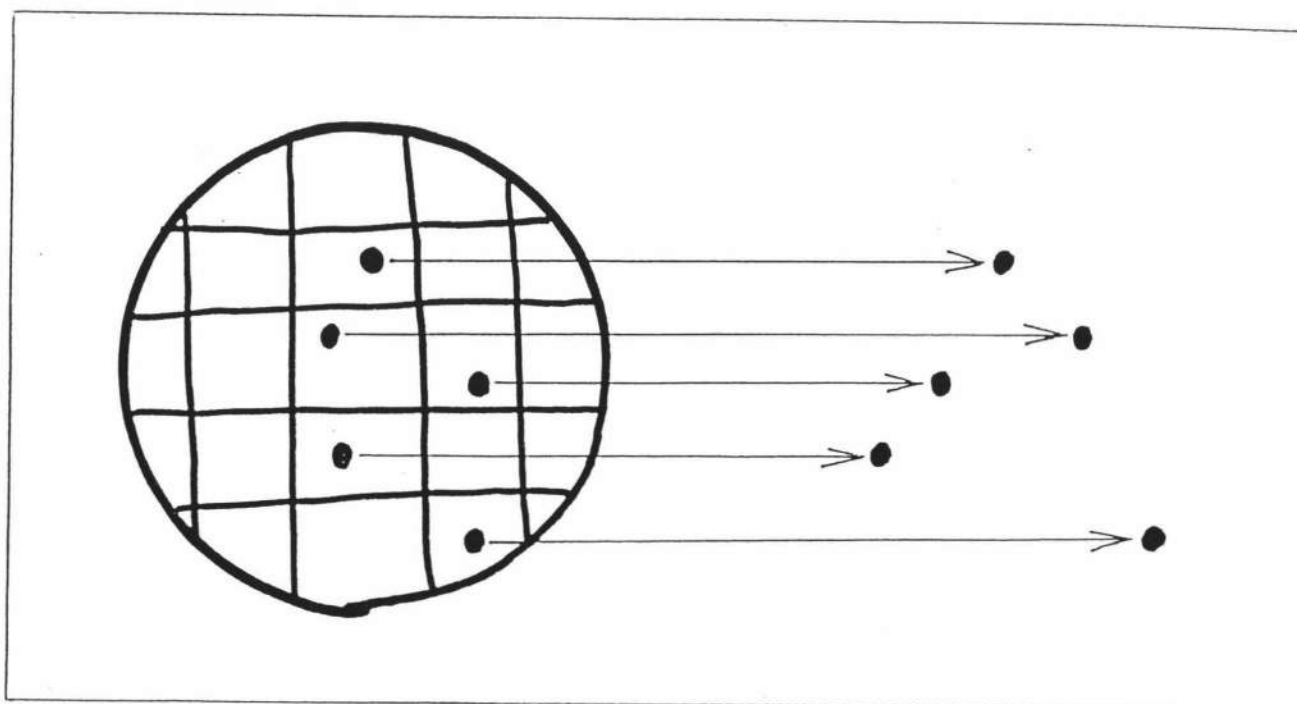


Schéma N°5 : des transgressions comparables

(1) Exemple typique : un remarquable médecin généraliste d'Armentières, pressenti par ses confrères pour devenir maître de stage, manifeste une grande inquiétude et refuse de recevoir un stagiaire. "Il va voir ce que je fais", argumente-t-il affolé. Cet épisode est à rapprocher du commentaire pertinent du Docteur Philippe JACOT : "Sommes-nous réduits à exercer une médecine générale clandestine ?"

Cela change tout ! Car introduire un ordre dans la médecine générale, c'est commencer à la théoriser (penser, c'est ordonner le réel). Théoriser, cela signifie : comprendre, expliquer. Et comprendre, expliquer, c'est mettre en route la recherche, l'enseignement, et l'amélioration de la pratique; c'est aussi avoir la possibilité de s'exprimer et donc d'acquérir une légitimité (il n'y a de légitimité que publique). Précieuse et fantastique découverte que cette prise de conscience : TOUS LES MEDECINS GENERALISTES TRANSGRESSENT, NON PAS N'IMPORTE COMMENT MAIS DE LA MEME MANIERE !

Reste la question fondamentale : pourquoi transgressent-ils de la même manière ?

La vue d'ensemble du malade

Il n'y a qu'une réponse possible à la question précédente.

A cause de leur formation exclusive de toute spécialisation et de leur contact

unique en son genre avec le malade, les médecins généralistes ont une vue d'ensemble du malade. Cette vue d'ensemble, ils en tiennent compte dans leurs actes diagnostiques et thérapeutiques, elle est donc un paramètre des actes de médecine générale. La représentation de ce paramètre montre comment il structure ces actes (schéma N°6).

La formation du médecin généraliste "exclusive de toute spécialisation" n'a rien de désobligeante. Il y aurait même de quoi en être plutôt fier car c'est aussi la définition, mot pour mot, des études de l'Ecole Polytechnique. L'ingénieur polytechnicien est voulu généraliste. Quant au "contact unique en son genre avec le malade", personne ne le conteste : le médecin généraliste est un médecin de famille, il va à domicile, il vit au milieu de ses malades. Le médecin généraliste a donc incontestablement une vue d'ensemble du malade dont il tient compte.

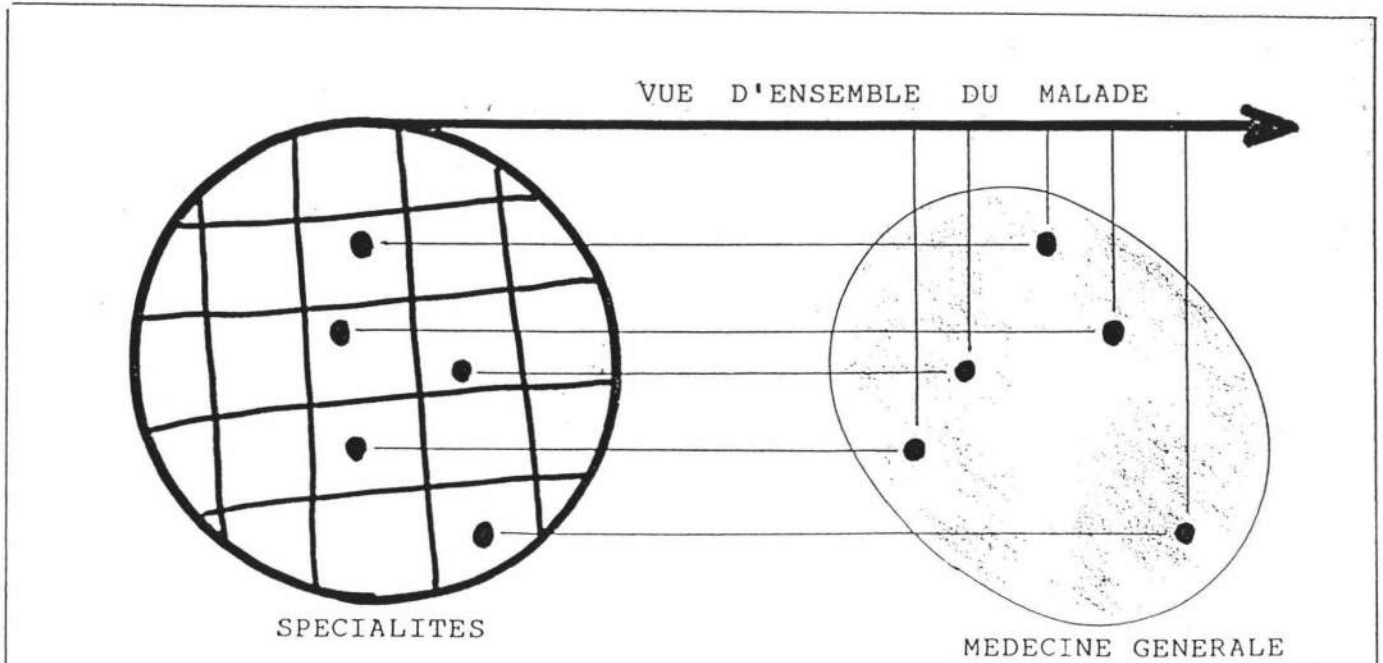


schéma N°6 : la médecine générale, ensemble cohérent

Une telle représentation permet de faire apparaître le domaine de la médecine générale, ensemble cohérent et structuré constitué d'actes qui synthétisent les spécialités et la vue d'ensemble du malade. Cette synthèse est une création individuelle (chaque acte de médecine générale est une recherche personnelle et non pas la simple application d'un savoir) et collective (la recherche en médecine générale, encore à développer).

Le schéma n° 6 fait apparaître aussi les éléments essentiels de la formation du médecin généraliste : une connaissance stratégique des spécialités dans le but d'exercer la médecine de premier recours, de synthèse et de continuité, et une connaissance de la vue d'ensemble du malade. A signaler que le doyen parisien François de Pailleretz enfonce le clou. Il souhaite que les médecins généralistes apprennent l'anglais; ce n'est sûrement pas pour aller travailler en Angleterre; c'est pour mieux connaître les spécialités (la presse anglo-saxonne a un intérêt énorme, c'est là que toutes les études de valeur sont publiées). Il souhaite aussi l'apprentissage de la relation d'aide; cette notion n'est guère éloignée de celle de "vue d'ensemble du malade".

Peut-on dire à ce stade que la médecine générale est théorisée, condition fondamentale de son essor ? Hélas non. Parce que, si la médecine générale bénéficie de la théorie et de la pratique des spécialités, elle ne bénéficie que de la pratique de la "vue d'ensemble du malade". Actuellement, ce paramètre n'est en effet qu'empirique, il procède uniquement de l'expérience du médecin généraliste, de l'observation de faits et non de théories.

Braun qui cite Wieland l'exprime clairement : "l'activité pratique des médecins généralistes est bien meilleure que l'univers conceptuel par lequel elle s'exprime".

Les sciences humaines apportent les théories manquantes

Il se trouve que les sciences humaines apportent les théories manquantes. Elles sont des outils qui peuvent aider les médecins généralistes à perfectionner et rendre plus efficiente leur vue d'ensemble du malade (schéma N°7). Cette représentation globale permet de réaliser comment le savoir en médecine générale peut être alimenté par les spécialités, l'expérience et les sciences humaines, et aussi comment une recherche interne en médecine générale, alimentée par le couple théorie-pratique de la médecine générale-même, peut (doit) fonctionner. La médecine générale se situe donc à l'intersection des spécialités et de la vue d'ensemble du malade, abscisse et ordonnée ayant chacune leur théorie et leur pratique. Il devient alors possible d'obtenir un médecin générale théorique et pratique, ce qui signifie que le médecin généraliste peut observer des faits qui ne sont observables qu'en médecine générale (par exemple, les motifs de consultation), les nommer, et essayer de les comprendre et de les expliquer. A noter que Braun, dans "Pratique, Critique et Enseignement de la Médecine Générale", écrit : "Je plaide en faveur d'un enseignement supplémentaire des facteurs psychologiques, sociologiques et autres dont l'enseignement se soucie tout

aussi peu que de ce qui est typique de la médecine générale" (page 279 et 280).

Théorie et pratique forment un couple qui s'autodynamise. La pratique fait avancer la théorie et la théorie fait avancer la pratique. Ainsi conçue, la médecine générale devient une discipline à part entière. Elle accède librement aux sources du savoir qui lui est utile. Et elle valide son propre savoir selon

les procédures en usage dans la société occidentale moderne.

Reste à trouver de façon concrète comment médecins et philosophes, psychologues, sociologues ou anthropologues peuvent travailler ensemble. Cela est à étudier car n'a quasiment jamais été fait.

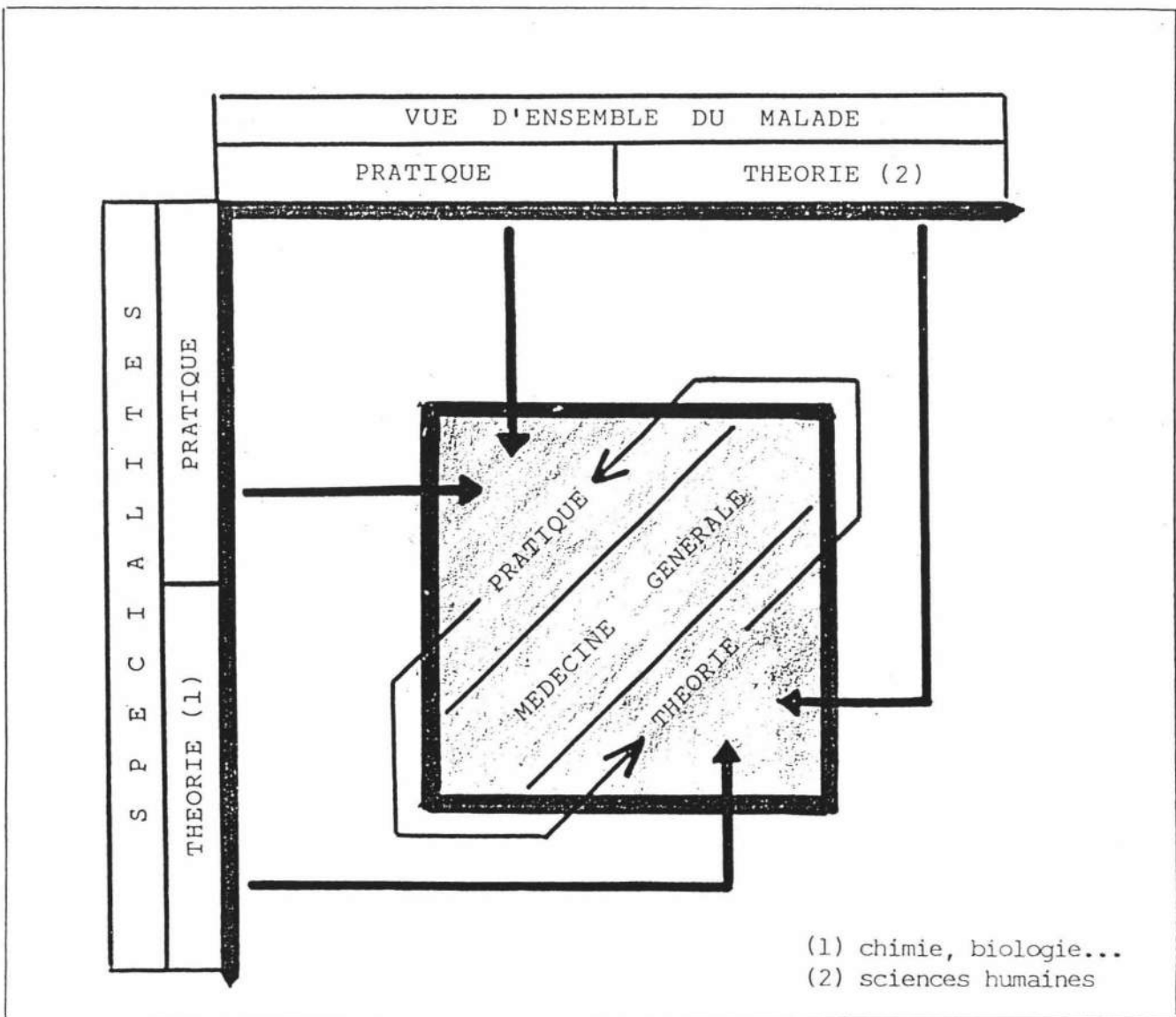


Schéma N° 7: la médecine générale théorique et pratique.

Les objectifs

Quels objectifs essayer d'atteindre en rapprochant la médecine et les sciences humaines ? Trois principaux.

Le premier est de mieux comprendre le passé car il éclaire le présent. La véritable histoire de la médecine est à redécouvrir. En ce moment, les librairies sont submergées par la légende, apologie partielle du progrès médical qui oublie beaucoup de réalités, en invente d'autres et perd tout sens critique. Et il est important de mieux comprendre le présent. D'abord les nombreux problèmes que pose la médecine moderne, la crise sans précédent qu'elle traverse. Ensuite la responsabilité du médecin généraliste. La vue d'ensemble du malade confère en effet au médecin généraliste, une responsabilité particulière. En tout domaine, l'examen d'un élément permet une connaissance exacte par rapport à cet élément, mais fautive par rapport à l'ensemble auquel il se rattache. Seul l'examen attentif de l'ensemble permet une connaissance exacte par rapport à cet ensemble. Il en est de même pour un diagnostic et un traitement.

La vue d'ensemble du malade donne au médecin généraliste le moyen de trouver le bon diagnostic et le bon traitement par rapport au malade. Il est donc chargé d'une responsabilité capitale.

Le second objectif est d'améliorer la qualité relationnelle du malade et du médecin. Trois pistes sont à explorer. D'abord, la qualité de présence du médecin. Ensuite la considération par le médecin de toute la personne du malade : ce qu'il vit, ce qu'il sait, ce qu'il croit, sa qualité de vie (ou sa souffrance), son goût de vivre (ou sa désespérance); c'est autre chose que de s'arrêter aux statistiques ! Enfin, la communication : communiquer c'est échanger des significations; de la qualité de cet échange dépend une efficacité thérapeutique supplémentaire (appelée efficacité symbolique) qui peut être remarquable.

Le troisième objectif est de créer des nouveaux écarts de variation biomédicale pour évaluer et homologuer la pratique de la médecine générale. Beaucoup d'éléments de la médecine se présentent non pas sous forme ponctuelle, mais sous forme d'écart de variation (schéma N°8).

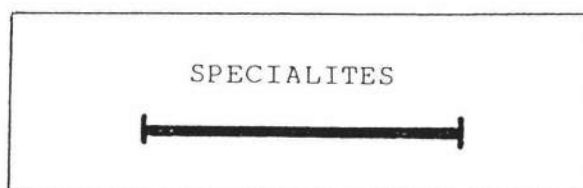


Schéma N°8 : l'écart de variation biomédicale

Par exemple, sur le plan clinique : un érythème est plus ou moins prononcé, une douleur plus ou moins forte, un oedème plus ou moins volumineux, une fièvre plus ou moins élevée. Sur le plan paraclinique : les globules blancs entre 4 000 et 10 000, le cholestérol entre 1,5 et 2,5 g/l, la glycémie entre 0,6 et 1,1 g/l. Sur le plan thérapeutique : une durée de traitement sera de 8 à 10 jours, une posologie d'antibiotique de 1 à 2 g/j...

Or le médecin généraliste transgresse. Sa transgression est rappelée sur le schéma N°9 : le médecin qui examine un coeur, un poumon, un estomac, fait un diagnostic bidimensionnel; celui qui ajoute la vue d'ensemble du malade fait un diagnostic multidimensionnel. Ces diagnostics peuvent être différents. Et les traitements qui en découlent aussi, bien-sûr. C'est ce qui permet d'écrire en exemple : "la gynécologie du médecin généraliste n'est pas tout-à-fait superposable à la gynécologie du gynécologue".

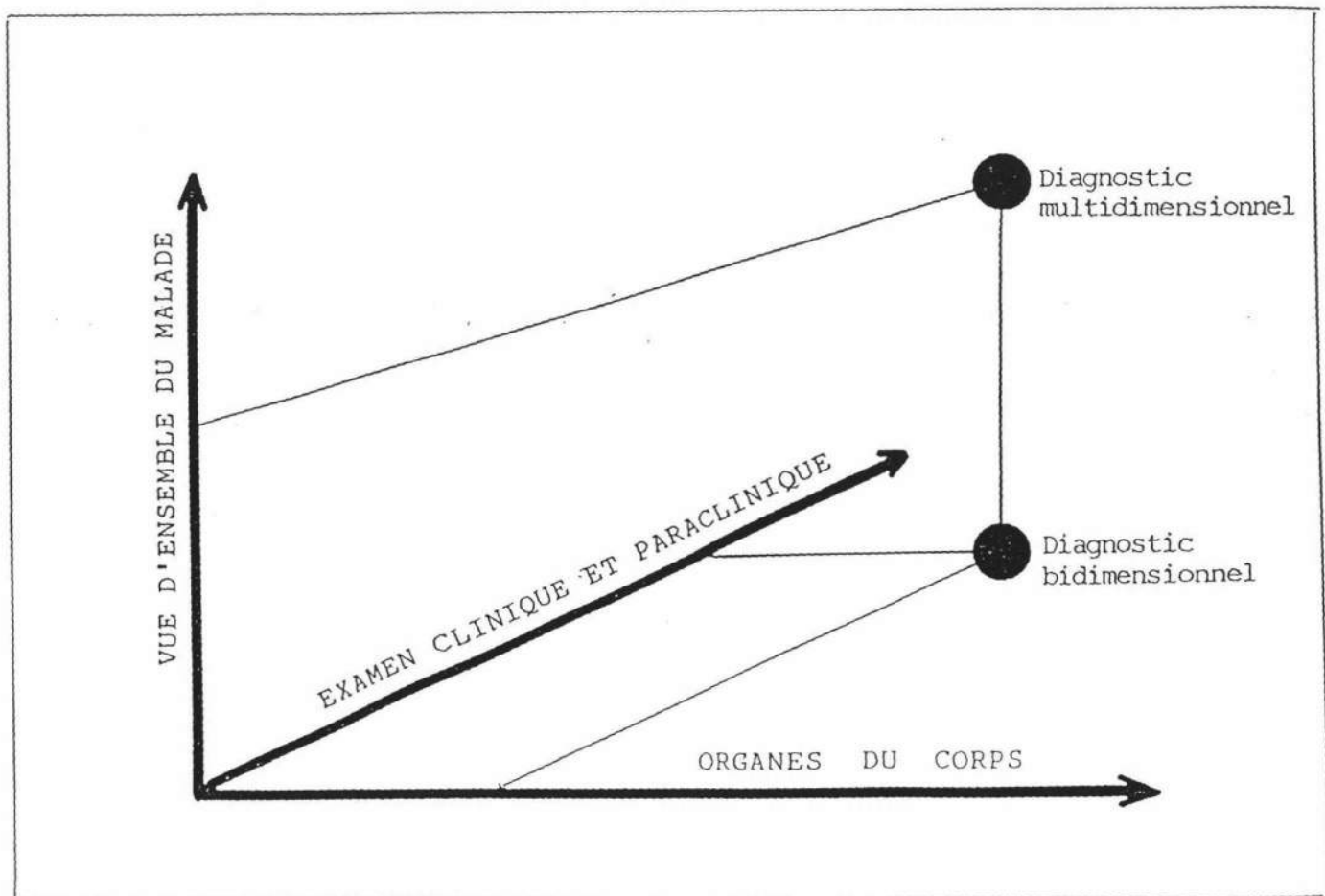


Schéma N°9 : diagnostic bidimensionnel et multidimensionnel

Quelle est la conséquence de la transgression sur les écarts de variation biomédicale ?

Etant donné que le médecin généraliste tient compte de plus d'éléments pour

élaborer son diagnostic et prescrire le traitement, il augmente la relativité de l'acte médical et donc agrandit l'écart de variation biomédicale (Schéma N°10).

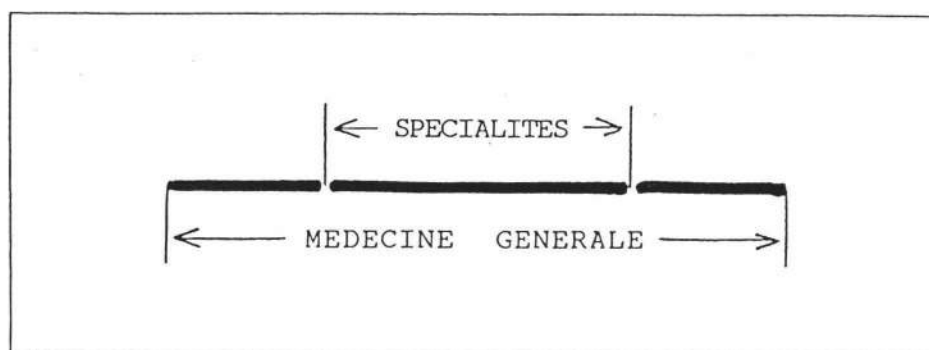


Schéma N°10 : le nouvel écart de variation biomédicale

Voici trois exemples (qui n'ont rien à voir avec des erreurs de l'un ou de l'autre médecin) :

Isabelle, 20 ans, présente une surdité progressive de l'oreille gauche. Elle consulte un spécialiste à la fois oto-rhino et neuro qui fait le bilan et annonce : " Tout est normal, vous devez simplement être un peu fatiguée et stressée". Le médecin généraliste qui connaît bien Isabelle comprend que ce diagnostic ne convient pas. Il demande une R.M.N. qui révèle un neurinome de l'acoustique. Sur le plan clinique, ce qui est normal pour le spécialiste ne l'est pas pour le généraliste.

Victor a un cholestérol à 3 g. Il a été consulter un spécialiste recommandé par sa voisine. Celui-ci entame une grande exploration biologique et prescrit un traitement strict (régime et médicaments).

Le médecin généraliste connaît bien Victor; il sait qu'en bousculant ses habitudes, on déclenche un syndrome anxio-dépressif dont le danger est pire que l'hypercholestérolémie. Sur ce plan paraclinique, ce qui n'est pas normal pour le spécialiste, l'est pour le généraliste.

Marcel, 75 ans, fait un infarctus du myocarde. Il veut rester chez lui. Son médecin généraliste l'examine complètement, réfléchit beaucoup, et organise le traitement et la surveillance à domicile. Ce choix thérapeutique exposé à des internes en médecine générale fait un scandale à la faculté.

En conclusion, il faut rappeler que le médecin généraliste crée constamment des nouveaux écarts de variation biomédicale, mais il reste à les valider, à les officialiser.

A l'heure où on parle des références médicales, chacun perçoit sans doute qu'il s'agit d'un enjeu essentiel.

Les premières actions

Par quelles actions concrètes commencer ?

A l'échelle de la Société Française de Médecine Générale, nous sommes dans le domaine de la recherche. Personne ne sait comment y associer la médecine et les sciences humaines car cela n'a pour ainsi dire jamais été fait. Il faut y réfléchir, constituer des groupes, trouver des méthodes de travail. Ce qui est sûr, c'est que la médecine générale correspond à un champ d'observation et de réflexion extrêmement intéressant, et que les sciences humaines sont un outil supplémentaire pour effectuer de telles recherches.

A l'échelle de l'ensemble des médecins généralistes, on peut proposer de générer un premier contact avec les sciences humaines. Cela nécessite des innovations pédagogiques. Le mieux ne serait-il pas d'inciter à lire des articles et des livres choisis et d'organiser ensuite des débats, si possible avec les auteurs?

A l'échelle des étudiants en médecine, certains d'entre eux seraient assurément passionnés de faire leur thèse de doctorat sur des thèmes de sciences humaines. L'organisation n'offrirait guère de difficulté. Il faudrait prévoir quelques rencontres préalables, faculté par faculté, entre enseignants de philosophie, psychologie,

sociologie, anthropologie, économie et enseignants de médecine.

Et s'en tenir à des sujets limités finis en 6 mois, un an au maximum.

Conclusion

La survie de la médecine générale passe par le progrès et donc par le changement. Comment changer ? par quels moyens ?

Certains pensent à une réforme salvatrice de la loi. Montesquieu leur répond à l'avance : "Lorsqu'on veut changer les mœurs et les manières, il ne faut pas les changer par la loi, il faut en inspirer de nouvelles". Autrement dit, il faut aller de l'avant, explorer, inventer. Créer nous-mêmes notre nouvelle médecine générale, la médecine générale dont les malades ont besoin.

REFERENCES

- "Le sens du mal"
M. AUGÉ, C. HERZLICH :
Maison des sciences de l'homme
- "Le médecin, le malade et la maladie"
M. BALINT
PUF
- "L'ordre médical"
J. CLAVREUL
Seuil
- "La profession médicale"
E. FREIDSON
Payot
- "Une certaine idée du pouvoir médical"
A. GOUAZE
ESF
- "Malades d'hier, malades d'aujourd'hui"
C. HERZLICH, J. PIERRET
Payot
- "Némésis médicale"
I. ILLICH
Seuil
- "Anthropologie de la maladie"
F. LAPLANTINE
Payot
- "Anthropologie du corps et modernité"
D. LE BRETON
PUF
- "Des visages"
D. LE BRETON
Métailié
- "La chair à vif"
D. LE BRETON
Métailié
- "Mosaïque de la douleur"
E. LE GARREC
Seuil
- "Traditions et soins d'aujourd'hui"
F. LOUX
Inter Edition
- "Sociologie médicale"
F. STEUDLER
Armand Colin
- Et l'ensemble des travaux des Sociétés savantes de médecine générale : AFMG, CNGE, Collectif Helle-Lazarevitch, IFED-MG, MG-Form, MSH, SFMG, SFTG, Repères, UNAFORMEC

**ACCOMPAGNEMENT ET SOINS
PALLIATIFS.
PROBLEMES PRATIQUES**

*Dr Jacques CHRETIEN
11 Grande Rue
44490 LE CROISIC*

La plupart des malades souhaitent finir leur vie à domicile.

" Il est plus doux de mourir chez soi, au sein de l'affection de sa famille, dans son cadre de vie habituel", comme l'écrit Jean-Marie Gomas.

Pour respecter ce désir, rien ne peut être entrepris sans un entourage familial suffisant, sans un minimum d'environnement social, et surtout sans la volonté du médecin généraliste.

Celui-ci hésite pourtant souvent à s'investir, en proie à deux types d'angoisse :

- ne pas avoir la compétence pour assurer les soins de fin de vie,
- ne pas disposer d'une disponibilité suffisante pour assumer la prise en charge psychologique du malade et de sa famille.

Or, le médecin généraliste est le plus apte à accompagner son malade. Il connaît sa personnalité globale, sa famille, son entourage, il dispose de sa confiance (son malade l'a choisi), il est capable de traiter sa douleur et ses autres symptômes, il peut s'entourer au domicile d'une équipe pluridisciplinaire.

C'est ce que nous allons développer.

Le médecin généraliste est le mieux placé pour prendre en charge la globalité de son patient.

Il a été choisi (qui choisit son médecin à l'hôpital ?), il a pu créer des liens avec son "client".

Il connaît son passé, son cadre de vie, son entourage familial et social, ses habitudes, ses passions, ses intérêts spirituels. Il connaît aussi ses antécédents médicaux et l'histoire de la maladie actuelle, même si les comptes-rendus opératoires, les bilans d'extension, les résultats anatomopathologiques; les traitements entrepris ne sont pas toujours faciles à obtenir...

Et puis, le généraliste est plus accessible, plus facile à questionner que le médecin hospitalier.

Ce spécialiste tout puissant l'a pourtant affirmé : *"ne vous inquiétez pas, je vais vous guérir !"*

Depuis, il passe en courant d'air dans la chambre, où il fait un cours de médecine inintelligible pour le malade, devant sa cohorte d'assistants. Et maintenant que tout va mal, qu'il y a vraiment lieu de s'inquiéter, il ne vient plus, il est de plus en plus difficile d'avoir un rendez-vous, de le rencontrer.

Le médecin traitant, lui, est disponible.

Il pourra tout naturellement s'asseoir au bord du lit à la fin de la visite et écouter son patient, laisser le temps pour autre chose. Il sera naturel de demander :

" Voyez-vous un problème que nous ayons oublié ?"

"Que pensez-vous de l'évolution de votre maladie ?"

Cette attitude rendra confiance au malade.

Il saura qu'il a en face de lui une personne prête à répondre sincèrement à ses questions, à l'aider s'il le désire, à chercher sa vérité.

Enfin, le "médecin de famille" sera proche des parents.

Il leur expliquera que ce sera très dur, mais qu'il y aura toujours des médicaments pour apaiser les souffrances, que l'équipe soignante sera présente pour les soutenir, qu'une hospitalisation sera rediscutée dès qu'ils le souhaiteront.

Il laissera la place aux questions, à l'angoisse : " Avec ce qu'il a, Docteur, comment va-t-il mourir ?"

Il essaiera d'apporter des réponses précises, mais sans tout décrire des situations à craindre, et surtout sans donner de pronostic de temps à vivre.

Cette prise en charge globale est fondamentale en fin de vie (et sans doute aussi en médecine générale...). Elle permet à celui qui va mourir de rester maître de ses derniers instants.

" La mort et ses modalités appartiennent en totalité au mourant et à personne d'autre", a écrit le Docteur Blandine Beth.

Accompagner des malades en fin de vie , c'est souvent rencontrer la douleur chronique.

Douleur fréquente dans le cancer : 70 % des malades atteints de cancer souffrent à un stade avancé de leur maladie.

Douleur présente dans le SIDA, mais aussi chez les personnes âgées en fin de vie.

Or, pour traiter ces douleurs chroniques, pas besoin de techniques sophistiquées ou d'avis spécialisés : le médecin généraliste est capable de soulager plus de 90 % des patients.

A la condition de ne pas céder à l'angoisse provoquée par cette douleur qui envahit tout (angoisse du malade, de la famille, propre angoisse du médecin...), de ne pas faire n'importe quoi, en bref de se référer à quelques règles simples mais rigoureuses (Cf. Annexe 1):

Il est plus facile de prévenir l'apparition de la douleur que de la faire disparaître quand elle est installée. Pour cela, la prise du traitement doit être régulière et à heures fixes en respectant la pharmacologie du médicament.

- Il faut toujours préférer la voie orale
- Toujours chercher à préserver la lucidité
- Traiter systématiquement les effets secondaires et donner des adjuvants si nécessaire.
- Adapter les doses à chacun et les réévaluer régulièrement.

Le traitement fera appel aux antalgiques; les trois paliers de l'O.M.S. sont bien connus

(Cf. Annexe 2)

Quand la morphine est nécessaire, le médecin généraliste peut faire face à la plupart des situations avec trois produits :

- la potion de morphine :

Chlorhydrate de morphine en solution aqueuse :

1 mg pour 1 ml

prise toutes les 4 heures

Le passage à la forme injectable SC se fait en diminuant les doses de moitié.

– la morphine retard :

prise toutes les 12 heures

Deux nom commerciaux : Moscontin et Skenan

dosages à 10–30–60–100

Les doses de morphine peuvent être augmentées indéfiniment, il n'y a pas d'effet plafond

– le Palfium

agoniste pur de la morphine

grande rapidité d'action

durée d'action très limitée

Rappelons que la prescription de la morphine nécessite l'usage d'un bon de toxique.

Le traitement de morphine sera mis en place à doses progressives "en gérant les si", comme l'évoque le Docteur BURUCOA (Cf. Annexe 3)

Les effets secondaires seront systématiquement traités :

- effets constants : la constipation
- effets fréquents : les nausées, les vomissements, la somnolence transitoire en début de traitement.
- effets rares : la confusion, la rétention urinaire
- effets qui n'existent pas : la dépression respiratoire
- effet de l'ordre du fantasme : l'accoutumance.

Pour accompagner son patient, le médecin généraliste devra mettre en place, un environnement matériel suffisant et s'entourer d'une véritable équipe soignante.

Pour le matériel nous serons brefs, il est facile d'obtenir en ville :

- un lit chirurgical avec potence
- un montauban,
- un déambulateur, un fauteuil roulant...

Tout ce matériel étant le plus souvent pris en charge par les Caisses de Sécurité Sociale. Il faudra porter une grande attention à tout ce qui peut soulager le patient et son entourage.

Les problèmes seront multiples pour la mise en place de l'équipe soignante.

Le premier est souvent de la faire accepter par la famille.

" Docteur, je suis bien capable de faire tout seul..."

La mise en place des intervenants sera très différente selon les lieux d'exercice :

Appel direct à l'hospitalisation à domicile (HAD) autour des Centres Hospitaliers généraux, intervention d'un Service de Maintien à domicile lorsque cela existe, ou organisation d'une équipe entièrement libérale :

- l'infirmière assurant le rôle essentiel du nursing en l'absence d'aide-soignante : nursing douceur, nursing contact, soins de bouche, " ces soins qui chassent l'angoisse " comme le dit Madame SABAG LANOE.

L'infirmière qui en plus de son rôle technique assure la présence auprès de la famille, reconforte, écoute.

Cette infirmière devra être informée du traitement de la douleur, et savoir dire ses limites : "Je ne peux assurer une injection SC toutes les 4 heures".

- le kinésithérapeute dont on n'attend pas, bien sûr une récupération fonctionnelle, mais des massages décontractants et antalgiques, une aide pour se lever, pour quelques pas dans le jardin, pour un bain

- l'aide ménagère que certains seront très surpris de voir intégrée dans l'équipe de soins, mais dont sur le terrain nous connaissons le rôle et la valeur.

- le pharmacien, que je place dans le groupe, pour qu'il accepte de délivrer des doses de morphine sans se demander tout haut si le médecin sait bien ce qu'il donne... et pour ne pas qu'il commente négativement des prescriptions parfois massives.

- le ministre du culte, quand il veut s'intégrer à ce groupe, dont les avis sont très précieux sur l'état spirituel du malade. Il faudra organiser les horaires de passage de chacun pour assurer une présence suffisante, définir avec précision ce que l'on attend de tous.

Cette équipe pluridisciplinaire devra communiquer.

Il est illusoire dans notre système libéral d'espérer des réunions de concertation. Nous utilisons au Croisic, un simple cahier de brouillon où chaque intervenant écrit ses remarques, ses interrogations, répond aux questions, parle du malade.

Il offre l'intérêt d'être à la disposition de la famille qui constate et vérifie la qualité du soin.

Ce cahier de liaison est complété au besoin par des appels téléphoniques pour permettre aux soignants de discuter, de se confier, d'exprimer leur angoisse sans en faire part à la famille.

Quand tout cela sera mis en place, viendra le temps de l'accompagnement.

Le médecin devra essayer de maintenir avec son malade, un climat de confiance malgré l'évolution inéluctable de sa maladie, en s'asseyant au bord du lit, en prenant son temps, en réalisant des examens cliniques complets, soigneux, dans le calme et la douceur.

A ce stade, il ne cherchera plus à faire un diagnostic mais à soulager les symptômes.

Les examens complémentaires seront rares. Ils n'auront d'intérêt que s'ils débouchent sur un soulagement du patient.

Le traitement sera régulièrement remis en cause. Il faudra progressivement supprimer tout ce qui n'est pas indispensable, avec l'accord du malade. Expliquer à quoi sert chaque médicament, comment l'employer, ses effets secondaires éventuels, le bénéfice qu'on en attend, son délai d'action.

Le médecin restera ouvert aux questions du malade, suivra son cheminement, essayera de mieux comprendre la situation en se référant aux stades psychologiques décrits par le Docteur Kübler-Ross : déni, colère, marchandage, dépression et acceptation.

Mais il faudra dire aussi au malade en fin de vie qu'il reste toujours une heure, ou une minute où il peut ressentir du plaisir ou de la joie, que, tant qu'il y a un souffle de vie, la vie n'est pas finie.

Puisque nous parlons plaisir, parlons alimentation, comme le dit le Docteur Rapin.

En soins palliatifs il faut oublier le bilan azoté, la créatinine, les ionogrammes... La sensation de soif sera combattue par des soins de bouche fréquents et attentifs et par des pulvérisations d'eau.

L'alimentation per os sera privilégiée. Il faudra recommander aux familles de tout essayer... On peut tout en fin de vie !

Et quand l'alimentation orale ne sera plus possible, une perfusion par voie sous cutanée pourra être proposée.

Cette attitude non conventionnelle face au traitement et à l'alimentation, ne peut se faire que par un accompagnement attentif de la famille et de l'entourage.

Il faut là aussi savoir rester disponible, expliquer.

Faire face à la lassitude, écouter une demande d'euthanasie, accepter les reproches et les doutes malgré tout l'investissement personnel que l'on a pu faire.

Il faut supporter tout cela avec calme.

Dire qu'il y a toujours quelque chose à faire, que la continuité des soins sera assurée, que le malade ne sera jamais abandonné. En particulier, le médecin doit promettre qu'il a transmis le dossier à un confrère en cas d'absence.

Et répéter enfin que si la situation devient trop difficile, il n'y a aura pas de honte à demander l'hospitalisation.

L'accompagnement du malade en fin de vie sera une expérience forte et enrichissante pour le médecin généraliste. Enrichissante sur le plan professionnel et personnel, mais pas sur le plan pécunier, puisque cet investissement n'est pas prévu dans la nomenclature...

Et puis un jour viendra le stade de l'agonie. Cette agonie bien mal définie, bien mal connue.

Parfois la situation sera insupportable, soit que l'état du malade soit si terrible qu'il terrorise la famille... et toute l'équipe soignante..., soit qu'il nécessite des soins difficiles à réaliser à domicile : injections SC toutes les quatre heures, recours à la pompe électrique, pansements particulièrement longs...

Il ne faudra surtout pas juger la famille, ni la mettre en situation d'échec. Il faudra demander l'hospitalisation en essayant de maintenir un contact avec le service et lui expliquer la démarche entreprise, la situation actuelle.

Sinon, il ne faudra laisser seul, ni le malade, ni la famille.

Savoir intensifier les passages, le nursing, les soins de bouche.

Savoir manier les médicaments du stade terminal, en particulier la scopolamine.

Et quand l'heure des adieux sera venue, même à domicile, le malade entouré des siens, les symptômes bien contrôlés, la douleur maîtrisée, la mort sera souvent difficile à accepter. Nous avons beaucoup parlé d'angoisse depuis le début de cet exposé. C'est volontaire.

Le médecin généraliste pourra aider son propre deuil en s'exprimant dans un groupe de parole : soit l'équipe soignante avec qui il travaille habituellement, soit un groupe type Groupe Balint.

En conclusion, je voudrais reprendre au compte des soins palliatifs ce que le Docteur Ginette RAIMBAULT écrit au sujet des Groupes Balint :

L'accompagnement du malade, " ça ne s'apprend pas, ça s'éprouve... C'est le contraire de l'application d'un prêt à savoir, de recettes toutes faites... "

Il s'agit plutôt de cultiver la disponibilité, de développer la capacité à reconnaître le malade, à s'étonner de ce qu'il a dire.

Et cela, je crois que le médecin généraliste est beaucoup plus apte à le faire que la médecine hospitalière.

ANNEXE 1

**QUELQUES REGLES SIMPLES MAIS
RIGOUREUSES...**

1) Il est plus facile de prévenir l'apparition de la douleur que de la faire disparaître quand elle est installée. Pour cela, traitement pris régulièrement et à heures fixes, en respectant la pharmacologie du médicament.

2) Toujours préférer la voie orale

3) Chercher à préserver la lucidité

4) Traiter systématiquement les effets secondaires

5) Donner des adjuvants si nécessaire :

AINS	Cortisone
Antidépresseurs	Somnifères
anxiolytiques...	

6) Adapter les doses aux besoins individuels et réévaluer régulièrement les doses.

**... PERMETTENT AU MEDECIN GENERALISTE DE
SOULAGER 95 % DES DOULEURS CHRONIQUES.**

TRAITEMENT DE LA DOULEUR

LES TROIS PALIERS DE L'O.M.S

TRAITEMENTS

Morphiniques
+/- AdjuvantsMorphiniques
faibles
+/- AdjuvantsNon-Morphiniques
+/- Adjuvants

DOULEURS

Niveau 1

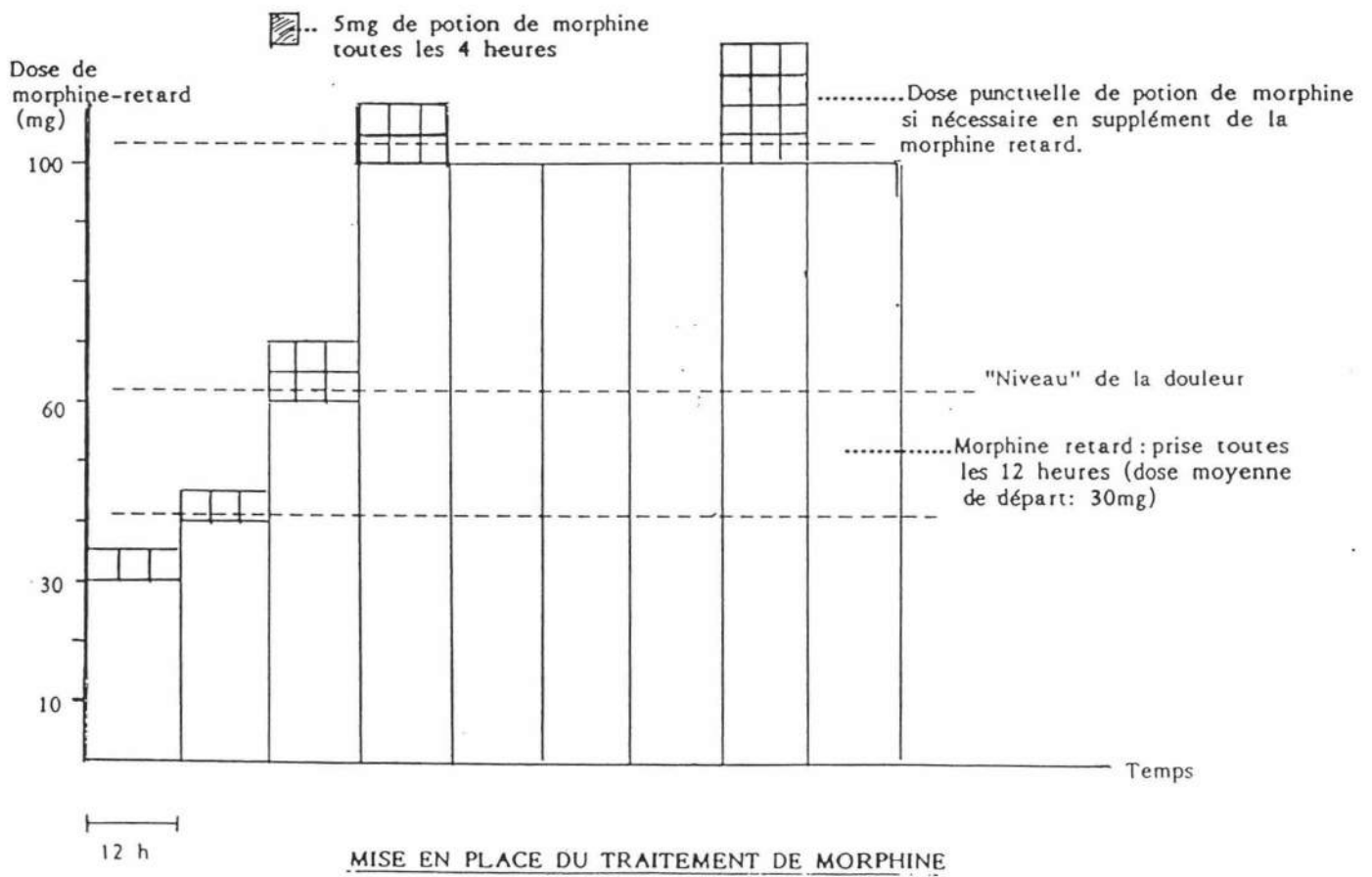
Niveau 2

Niveau 3

TRAITEMENT de la DOULEUR
Les TROIS PALIERS de l'O.M.S.

ANNEXE 3

Mise en place du traitement de morphine



Fréquence des pathologies en médecine générale

Comparaison entre
consultations et visites

Dr Robert SOURZAC
9 Avenue du Général Leclerc
94220 CHARENTON LE PONT

Contexte:

L'activité des médecins généralistes français comporte des consultations au cabinet médical et des visites à domicile. L'organisation actuelle du système de santé français permet de bien connaître le nombre de ces actes, l'âge et le sexe des patients, les médecins consultés et le volume des prescriptions. En revanche, il n'existe pas de système permettant de **faire le lien entre ces divers éléments et la pathologie** à l'origine de la rencontre entre le médecin et son patient.

But de la recherche:

Etude du relevé de toutes les séances (consultations et visites) effectuées par 7 médecins généralistes (MG) pendant un an.

Méthode:

- réseau de 7 MG de la Société Française de Médecine Générale (SFMG)
- utilisant en continu le dictionnaire de la médecine générale
- recueil des résumés de séances à l'aide du système informatique *MG DATA*
- analyse des fréquences des divers pathologies et comparaison consultations/visites

Résultats:

Il existe de nombreuses différences significatives entre les pathologies chroniques soignées à domicile et en consultation au cabinet des MG.

L'activité comparée du médecin généraliste en Consultations et en Visites

L'activité des praticiens généralistes est bien connue en terme de nombre d'actes au cabinet et en visite à domicile. Les données concernant l'identité des patients pris en charge sont également précises. Les prescriptions médicamenteuses et autres peuvent elles aussi être étudiées dans leur globalité.

En revanche, il n'existe actuellement aucun système permettant de faire le lien entre ces divers éléments et les pathologies qui sont à l'origine de la rencontre entre le médecin et son patient.

Nous présentons ici les résultats d'une étude portant sur un an de recueil en continu et en temps réel de l'activité de 7 médecins généralistes à l'aide du système informatique *MG DATA*, reposant sur l'utilisation du *DICTIONNAIRE DE LA MEDECINE GENERALE* développé par la Société Française de Médecine Générale.

A titre d'exemple, nous montrons les différences significatives existant entre l'activité du praticien à son cabinet et ce qu'elle est au domicile de ses patients, dans les pathologies les plus fréquentes.

LES MEDECINS

Docteur FERRU

Docteur HUBER

Docteur LECOMTE

Docteur MINSKY

Docteur MOREL

Docteur SOURZAC

Docteur VERY

SOCIETE

FRANCAISE

MEDECINE

GENERALE

Séances du 01-09-1992 au 31-08-1993

(MG DATA : logiciel d'exploitation des données)

Ces médecins généralistes ont, pendant la période indiquée, recueilli les résultats de consultation de tous leurs patients, qu'ils aient été vus lors d'une visite à leur domicile, ou en consultation au cabinet du médecin.

LES PATIENTS

(Age et sexe)

En Consultation:

On constate une prédominance du sexe féminin, et, tous patients confondus, un âge moyen de 38 ans. Cependant, des différences significatives existent entre les clientèles des différents médecins.

En raccourci, il apparaît que la moyenne d'âge des patients est d'autant plus élevée que le médecin est âgé. Ces différences n'apparaissent pas dans les tableaux suivants qui réunissent tous les patients dans un même groupe.

	Sexe M.	Sexe F.	Totaux
totaux	4633 45.6%	5525 54.4%	10158 patients
an moy*	1956	1954	1955

En Visite à domicile:

1*) La proportion des femmes est plus grande (60.5% contre 54.4 en consultation);

2*) Les patients sont plus âgés (+ 7 ans);

3*) La différence d'âge entre visite et consultation est plus grande pour les femmes (+ 9 ans) que pour les hommes (+ 4 ans).

	Sexe M.	Sexe F.	Totaux
totaux	1370 39.5%	2096 60.5%	3466 patients
an moy *	1952	1945	1948

* (année de naissance moyenne)

ENSEMBLE CONSULTATIONS + VISITES

8406 patients

30947 séances (consultations et visites)

56217 problèmes à résoudre

1.83 problèmes en moyenne par séance

Répartition:

1 problème par séance:	17158	=	55.44 %
2 problèmes	: 7089	=	22.91 %
3 problèmes	: 3398	=	10.98 %
4 problèmes	: 1906	=	6.16 %
5 problèmes	: 932	=	3.01 %
6 problèmes	: 339	=	1.10 %
7 problèmes	: 124	=	0.40 %

La médecine générale est une pratique "polyproblématique": à l'occasion d'une séance, que ce soit en visite ou en consultation, le médecin n'est confronté à un seul problème que dans un cas sur 2 environ (55.44%).

On voit ici que c'est parfois jusqu'à 7 résultats de consultation que le médecin est amené à prendre en

compte au cours d'une séance. C'est par exemple un hypertendu, coronarien, hyperlipidémique et diabétique, qui présente également le même jour une arthropathie du genou et une otalgie, et que par ailleurs le médecin vaccine contre le tétanos ..!

Les deux tableaux suivants montrent qu'il n'existe pas de grandes différences de ce point de vue, entre visites et consultations.

CONSULTATIONS SEULES

7070 patients

ayant posé 39000 problèmes à résoudre

au cours de 21097 consultations

soit une moyenne de 1.85 problèmes par consultation

1 problème par séance:	11166	=	52.93 %
2 problèmes	: 5202	=	24.66 %
3 problèmes	: 2500	=	11.85 %
4 problèmes	: 1323	=	6.27 %
5 problèmes	: 591	=	2.80 %
6 problèmes	: 236	=	1.12 %
7 problèmes	: 78	=	0.37 %

VISITES SEULES

3007 patients

ayant posé 16462 problèmes à résoudre

au cours de 9116 visites

soit une moyenne de 1.81 problèmes par visite

1 problème par séance:	5374	=	58.95 % des séances
2 problèmes	: 1752	=	19.22 %
3 problèmes	: 926	=	10.16 %
4 problèmes	: 585	=	6.42 %
5 problèmes	: 319	=	3.50 %
6 problèmes	: 118	=	1.29 %
7 problèmes	: 41	=	0.45 %

Les résultats de consultation les plus fréquents

en consultation

Comment lire ce tableau (avec l'exemple de l'HTA)?

Sur 1000 cas traités par les 7 médecins de l'étude, 42.1 sont des cas d'hypertension artérielle.

Sur 1000 séances (consultations et visites) pratiquées par les 7 médecins de l'étude, 81.6 concernent l'hypertension artérielle (avec ou sans association à d'autres problèmes de santé).

dénomination	nombre de cas pour mille	nombre de séances pour mille
-HTA	/ 42.1	/ 81.6
-HYPERLIPIDEMIE	/ 23.7	/ 38.0
-INSOMNIE	/ 20.0	/ 29.0
-OBESITE SURCHARGE PON	/ 13.7	/ 17.4
-DIABETE SUCRE	/ 7.4	/ 17.0
-DEPRESSION	/ 11.0	/ 15.1
-INSUFFISANCE CORONARI	/ 7.2	/ 14.9
-SYNDROME COLIQUE NON	/ 10.0	/ 12.5
-MENOPAUSE PERIMENOPAU	/ 9.5	/ 12.3
-VARICE DES MEMBRES IN	/ 10.2	/ 12.2
-ARTHROSE	/ 8.4	/ 10.4
-CONSTIPATION	/ 8.7	/ 9.8
-ASTHME	/ 6.3	/ 8.9
-JAMBES LOURDES	/ 7.6	/ 8.4
-VERTIGE ETAT VERTIGIN	/ 6.5	/ 7.4
-TABAGISME	/ 6.5	/ 6.8
-HYPERURICEMIE	/ 3.5	/ 6.7
-ARTERITE MEMBRES INF.	/ 3.0	/ 5.9
-HYPOTHYROIDIE	/ 2.8	/ 5.6
-TROUBLE DU RYTHME AUT	/ 3.3	/ 5.5
-ALCOOLISME	/ 4.0	/ 5.4
-CANCX	/ 3.7	/ 5.1
-ARYTHMIE COMPLETE (AC	/ 2.3	/ 4.4
-INSUFFISANCE CARDIAQU	/ 2.1	/ 4.0
-SENILITE	/ 1.3	/ 2.4

Les résultats de consultation les plus fréquents en visite à domicile

dénomination	nombre de cas pour mille	nombre de séances pour mille
- HTA	/ 50.7	/ 84.7
-INSOMNIE	/ 27.1	/ 41.8
-INSUFFISANCE CORONARI	/ 19.1	/ 39.6
-CANCX	/ 8.4	/ 23.1
-INSUFFISANCE CARDIAQU	/ 11.3	/ 22.5
-DIABETE SUCRE	/ 10.3	/ 22.3
-CONSTIPATION	/ 17.6	/ 21.0
-ARTHROSE	/ 13.6	/ 19.9
-DEPRESSION	/ 14.1	/ 18.6
-SENILITE	/ 8.8	/ 16.7
-HYPERLIPIDEMIE	/ 10.1	/ 15.8
-ARTERITE MEMBRES INF.	/ 5.9	/ 14.5
-VERTIGE ETAT VERTIGIN	/ 14.6	/ 13.9
-ARYTHMIE COMPLETE (AC	/ 6.8	/ 12.1
-VARICE DES MEMBRES IN	/ 8.4	/ 9.2
-SYNDROME COLIQUÉ NON	/ 6.9	/ 8.6
-TROUBLE DU RYTHME AUT	/ 5.8	/ 7.2
-ASTHME	/ 5.8	/ 7.0
-BRONCHOPNEUMOP. CHRONI	/ 3.9	/ 6.4
-ALCOOLISME	/ 4.1	/ 4.5
-JAMBES LOURDES	/ 5.0	/ 4.1
-OBESITE SURCHARGE PON	/ 4.0	/ 3.7
-HYPOTHYROIDIE	/ 2.8	/ 3.2
-HYPERURICEMIE	/ 2.1	/ 2.9

conclusion

Les tableaux chiffrés présentés à l'occasion de cette communication se bornent à montrer des différences entre l'activité des médecins généralistes en consultation et en visite.

Quant aux raisons qui expliquent ces différences, elles sont multiples et ne trouvent certainement pas toutes leur explication dans le matériel recueilli au cours de cette étude.

UN MODELE D'ANTHROPOLOGIE MEDICALE ?

*Dr Jean Pierre LUCAS
2 rue de l'Eglise*

78600 LE MESNIL LE ROI

I - SEMIOLOGIE

Au fil des années d'exercice de la médecine générale, les strates d'un savoir empirique provenant du patient lui-même, souvent à son insu, se déposent lentement sur la connaissance du médecin pour finir par la remanier profondément. Une histoire de la relation de l'un à l'autre se constitue ainsi et il en émerge un schéma d'agencement des manifestations des symptômes. Trois axes sémiologiques principaux peuvent alors être identifiés sur le terrain de ce qu'on pourrait appeler le corps libidinal :

- 1) le PLEIN-VIDE (et son corollaire : la capacité à incorporer le monde, à le garder en soi, la continence)
- 2) le VERTICAL-HORIZONTAL (et son corollaire : la capacité au déplacement, à l'action dans le monde)
- 3) le CHAUD/FROID / DOULEUR (et son corollaire de transfert d'énergie avec le monde; les échanges).

Chaque symptôme peut ainsi être repéré selon ses degrés d'appartenance à ces 3 axes, oscillant entre les 2 extrêmes constitués d'une part par l'assemblage PLEIN + VERTICAL + CHAUD (vie ?) et de l'autre par l'assemblage VIDE + HORIZONTAL + FROID (mort?).

Ceci positionne le corps comme médiateur du sujet avec le monde en puisant dans le registre de la mythologie.

L'appréciation de la morbidité ne passe donc plus alors par le concept de "maladie", ce dernier étant à priori presque dépourvu de sens pour le sujet confronté au vécu de son symptôme. La "maladie" reste malgré tout un modèle d'analyse pour le médecin légitimé et pour la médecine institutionnelle en tant que mythe organisateur donneur de sens dans un ordre social. Ceci dit, il semble que le diagnostic de maladie ne soit pas vraiment indispensable au fonctionnement de la relation et la prise de décision. Il est d'ailleurs rarement porté lors de la ou des premières rencontres; il va seulement apparaître au fil de l'histoire de la relation et va donc la constituer en partie.

Cette observation anthropologique pose la question des modalités d'utilisation des signifiants culturels dans la manifestation du symptôme. En fait, tout se passe comme si le sujet en souffrance, c'est-à-dire en situation de rupture vis-à-vis de lui-même et de son identification dans le monde entreprenait un "bricolage" des signifiants le traversant pour :

- 1) tenter de réintégrer son monde et ses mythes en incorporant dans le symptôme quelques constituants de ces derniers afin de lui donner une coloration déjà connue, réconfortante.

Le retour à la normalité silencieuse, au silence des organes constitue une réintégration dans le concept de "bonne santé"... en tout cas dans celle d'un corps asymptomatique.

La métabolisation culturelle du symptôme le rend moins marginal et moins bruyant... donc moins douloureux.

2) tenter d'être entendu par l'autre en utilisant les médias communs. Le symptôme est une parole, c'est un métalangage, ce qui lui confère la structure d'un mythe (R. Barthes). Il questionne l'autre et lui demande de le reconfrmer dans son appartenance au club de l'organisation sociale dominante... au club des membres aimables (la question de l'amour et de la capacité à être aimé est toujours central dans la relation thérapeutique).

A partir de cela, on est en droit de se demander si le symptôme a une valeur propre en dehors de la relation à l'autre, est-il une entité indépendante du sujet et de son référent momentané ?

Existerait-il en l'absence du thérapeute ? Il est sans doute au moins profondément remanié par la seule présence de ce dernier... le symptôme est à l'image du sujet et de son monde, mais aussi à celle du médecin. De nombreuses plaintes se trouvent souvent très différentes selon qu'elles s'adressent au généraliste ou au spécialiste.

La culture ambiante entretient le clivage "bonne santé/maladie" à des fins d'ordre. Car accepter la continuité entre ces deux situations semble insupportable.

La maladie peut être pour certains la seule façon de rester en "bonne santé"!... en fait tout est affaire d'économie. Scénario plus ou moins bien "bricolé" à un moment de l'histoire du patient, le symptôme se

construit autour d'un vide, d'un manque constituant le paravent d'une rupture. En tentant de combler une vacuité, véritable zone dépressionnaire de l'être, il va aspirer des signifiants vers lui, tout en les modelants. Il va ainsi devenir une incarnation du monde et permettre plusieurs lectures : celle d'un sujet en décalage et celle des références mythologiques de ce dernier.

II - MYTHOLOGIE

On ne peut aborder la place de la mythologie dans la relation thérapeutique sans évoquer le travail de G. DUMEZIL sur la trilogie des mythes indo-européens fondant notre société. La tripartition sociale des indo-européens, cristallisée peut être au moment du passage du nomadisme à la sédentarisation, permet à la collectivité du subsister et de prospérer (s'agit-il d'une fonction thérapeutique à l'échelle sociale?) Elle a aussi une fonction philosophique en proposant un moyen (un modèle) d'exploration de la réalité matérielle et morale, un moyen de mettre de l'ordre dans les mécanismes relationnels de la société. Ce modèle de tripartition met en scène :

1) les **prêtres**, le sacré (liés à la couleur blanche), gérant :

- les rapports des hommes avec le sacré (cultes, magie...), des hommes entre eux sous le regard des Dieux (droit, loi, administration...)

- le pouvoir souverain du roi ou de son délégué, toujours en conformité avec la volonté des Dieux,

- la science et l'intelligence conceptuelle, la manipulation et la médiation des choses sacrées.

2) les **Guerriers**, (liés à la couleur rouge), représentant la violence, la force physique, la passion, toujours associée au cannibalisme réel, virtuel ou symbolique de l'homme.

C'est l'incorporation de l'homme par l'homme, l'incarnation d'un être dans un autre (transplantation d'organes, transfusions...?)

3) les **Producteurs**, les paysans (liés à 2 couleurs, soit le vert... écologique ! soit le bleu... la mer féconde... la mère féconde!)

C'est la fécondité humaine, animale, végétale en rapport avec la terre, la nourriture (l'art de la poterie est à ce titre très significatif puisque le pot en terre rendu continent par le feu permet la cuisson des aliments devenant ainsi plus digestes donc plus féconds pour l'humain), les richesses, la santé, la paix. En un mot c'est la jouissance de la vie, son esthétique, le beau, l'art humain rivalisant avec les dieux dans la création. C'est normalement le corps social (le tiers état), la masse donnant par ses activités de production un sens à la jouissance, la plénitude, la reproduction.

Le concept de pleine santé s'inscrivant bien dans ce registre de fécondité.

Dans ce modèle, la doctrine est tripartite, utilisant :

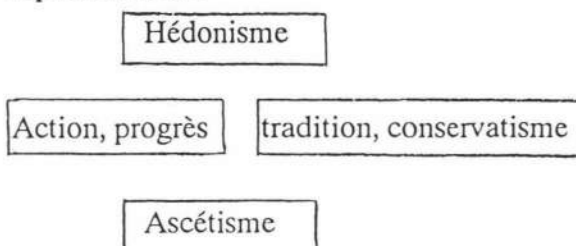
1) l'incantation sous la forme des psychothérapies (freudiennes ou non) ou sous la forme de suggestions individuelles ou collectives (les normes sociales médicale).

2) l'incision, la médecine du couteau, de l'ouverture des corps réelle (rites, sacrifices, chirurgie) ou symbolique (exploration radiologique, biologique)

3) les potions, drogues et plantes, en fait les nourritures qu'elles soient nourrissantes ou non, de toutes façons fécondant les corps; incorporation du monde afin de pouvoir en retour agir sur lui

Il est séduisant de rattacher l'incantation aux prêtres, l'incision aux guerriers, les potions à la fécondité des producteurs.

Les récents modèles des "sociostyles" ne font que compléter et affiner cette trilogie en définissant 4 pôles dans leur représentation :



Il semble que les individus se positionnant, par exemple, vers la tradition ne présentent pas le même type de pathologie que ceux se situant vers l'action; leur fréquentation chez le médecin ne s'effectue pas non plus avec la même importance, la gestion de leur santé et leur dépendance vis à vis du système de soins n'est pas non plus identique. On va retrouver les producteurs plutôt à droite du tableau ci-dessus, les guerriers plutôt à gauche et les prêtres plutôt en bas. Le pôle de l'hédonisme est peut être un mouvement récent témoignant d'un repli sur soi, d'une indifférence vis à vis d'un monde peu sécurisant ! les flux culturels sont en mouvance permanente.

III - RELATIONS ENTRE DEUX MODELES ?

La confrontation de l'hypothétique modèle tripartite de la sémiologie du symptôme à la trilogie des mythes indo-européens (complétée du 4ème groupe des indifférents) peut éventuellement apporter un début de réponse à la question du rôle du déterminisme culturel dans l'organisation du symptôme.

Il est tentant d'associer l'axe PLEIN-VIDE comme étant le lieu d'expression préférentielle des symptômes des PRODUCTEURS, de l'abondance; l'axe VERTICAL-HORIZONTAL comme celui des PRETRES, du sacré (verticalité du sacré, de la morale); l'axe CHAUD-FROID-DOULEUR comme celui des GUERRIERS, du feu, du cru, du cuit. Mais cette schématisation est peu probable.

Une telle hypothèse pourrait confirmer la fonction de réidentification rudimentaire au groupe vis à vis duquel le sujet est en rupture, réidentification rendue possible par le "bricolage" du symptôme. La société humaine génère un ordre, une organisation assignant à chaque individu, chaque groupe, une place dans un réseau complexe de relation lui permettant ainsi une identification dans cette société. A sa charge de justifier le groupe, la société en étant le ciment, la chair de cette organisation. Le pathologique ne serait-il alors qu'une perturbation de ce positionnement et du discours ?

Le sujet "malade" serait-il devenu transparent ? traversé par les schémas de l'organisation sociale ? alors quel sens donner au modèle freudien, au concept de l'inconscient ? ne serait-il qu'une variante

d'un mythe structurant bien antérieur à la fin du 19ème siècle ?

IV- CRITERES DE CLASSIFICATION SEMIOLOGIQUE

Les symptômes s'inscrivant dans l'axe VERTICALITE-HORIZONTALITE témoignent d'une perturbation de la capacité d'érection du corps et par la même de la capacité pour l'être humain à discourir avec ses Dieux et ses références sacrées. Tous les problèmes de l'appareil locomoteur perturbent l'accession à la sacralité, les tentatives pour atteindre la strate supérieure du monde.

L'espace humain se développant à l'horizontal est en communication avec des mondes supérieurs par l'élévation physique et symbolique. Le degré de sacralité atteint par l'art humain permet de discourir presque à égalité avec les Dieux, au risque même de leur contester l'exclusivité du pouvoir de création.

Les rachialgies, les tendinites, les gonalgies, etc... empêchent le sujet de communiquer avec ses Dieux et de rivaliser avec eux (dans la société occidentale la maladie est encore vécue comme une punition des Dieux et liée à la culpabilité).

Ce n'est pas un hasard si le tendon d'Achille (référence mythologique!) est synonyme de faiblesse, si mettre un genou à terre est un signe de soumission, en mettre deux à terre, la position de la prière en signe de respect et d'humilité en face de Dieu.

L'inflexion de la tête confirme l'infériorité du sujet et marque l'incapacité à rivaliser dans la création avec les instances supérieures. Un grand nombre de cervicalgies agrémentées de vertiges contraignent la personne à ne regarder que le sol!.. Les mondes souterrains, inférieurs à celui de l'homme sont les lieux de la mort, suprême soumission, mais aussi ceux de la naissance (la terre de la famille, de la patrie); il sont également habités par une mythologie florissante. C'est l'endroit de la chute inévitable mais aussi de la résurrection; les corps retournant à la terre la fécondent et alimentent les naissances. Dans une moindre mesure, les excréments vus comme une petite mort du fait de la perte d'un morceau de corps, témoignant du transit du monde à travers lui, alimentent la terre. On arrive ainsi au champ du PLEIN-VIDE et de la problématique de la continence. Il y a bien entendu une relation entre les 3 axes sémiologiques : les vertiges génèrent souvent les vomissements, l'incapacité à se maintenir debout entraîne l'incapacité à ingérer le monde !

L'incorporation du monde, la capacité à le contenir en soi et à faire sur lui conditionnent l'identification du sujet et de son corps comme lieu de passage des flux de PLEIN-VIDE. Les perturbations de la continence de l'image du corps : excès ou défaut d'élimination "alimentent" un grand nombre de symptôme : asthme, obésité, anorexie, diabète, colopathie, dysurie, dysfonctionnement gynécologique, troubles de mémoire, insomnie, etc...

La question du repérage des orifices communicants, symboliques ou non, permettant ces transferts est importante tant sur le plan libidinal que sur celui de leur signification anthropologique. Les grands médias, télévision, journaux aveuglent le regard par leur incontinence d'événement). Lieux de plaisir et de douleurs il écrivent l'histoire du sujet traversé par les flux culturels, ils proposent également une lecture de l'organisation sociale.

L'ouverture des corps et leur exploration autrement que par les orifices communicants afin de se les approprier constitue le champ du registre CHAUD-FROID-DOULEUR. Le don de soi, le rituel du sacrifice (donner sa vie à la patrie, faire don de son corps à la médecine, don de son sang ou d'un organe) caractérise ce transfert d'énergie vers l'autre.

L'ouverture des corps à des fins d'exploration ou thérapeutiques permet de montrer à l'autre la nature de ses entrailles et de faire "amende honorable" dans une société où la culpabilité est un rouage essentiel. Ceci autorise la cannibalisation de l'homme par l'homme.

La pathologie infectieuse, inflammatoire, fébrile sous-entend une lutte avec un germe ou avec soi-même (pathologie auto-immune). Les termes guerriers sont fréquents dans le discours médical : traitement d'attaque, etc...

L'effervescence de la fièvre, l'inflammation de l'articulation, les paresthésies de la brûlure, la tempête sous le crâne du migraineux, perturbent le sujet dans ses capacités à conquérir le monde, à l'agresser.

V – 1019 RENCONTRES

1019 consultations au cabinet ou en visites à domicile sur une période de 4 mois de juin 93 à septembre 1993) sont relevées sans aucun choix parmi elles. Les 4 items notés sont :

1) la typologie sociale selon les critères déjà expliqués : prêtres, guerriers, producteurs, indifférents. Il est important de préciser à ce propos qu'un même individu peut appartenir aux 4 classes ci-dessus selon les moments de son existence : il peut être conquérant, expansionniste (guerrier) dans sa jeunesse ou selon la situation du moment, puis indifférent, producteur ou prêtre par la suite.

Il s'agit là d'un aspect comportementaliste et la recherche d'une corrélation entre la nature du symptôme et le comportement est l'objet de cette réflexion.

2) le sexe.

3) les 3 axes sémiologiques définis empiriquement.

4) le temps et le degré des questions relatives au passé, présent ou futur.

VI – LES RESULTATS

A la lecture du tableau, il ressort bien des différences.

Les prêtres s'investissent dans l'avenir d'une façon non conquérante puisque le registre Chaud/Froid/Douleur est de faible importance chez eux. Le passé est pris en compte, mais modérément. Ils constituent le groupe fréquentant le moins le médecin soit parce qu'ils sont peu dépendant du système de soins, soit parce qu'ils ont une autosuggestion marquée de leur "santé", soit parce qu'ils associent les deux composantes. Le présent a peu d'importance pour ce groupe et il ne se singularise pas particulièrement dans le registre Vertical/Horizontal contrairement à l'idée de départ. En ce qui concerne la répartition quant au sexe elle est sans particularité de 2 femmes pour 1 homme.

	Prêtres 5,59 %	Guerriers 6,96%	Producteurs 62,02 %	Indifférents 25,41 %
Femme	64.91 %	28.16 %	67.24 %	62.16 %
63,10 %	R=1.02	R=0.44	R=1.06	F=0.98
	=	--	=	=
Homme	35.08%	71.83%	32.75 %	37.83 %
36.89%	R=0.95	R=1.94	R=0.88	R=1.02
	=	++	-	=
Horizontal/	32.81 %	36.84%	27.95%	35.48%
Vertical	R=1.06	R=1.2	R=0.9	R=1.15
30,77 %	=	+	-	+
Plein/	62.50%	47.36%	61.53%	57.34%
Vide	R=1.05	R=0.8	R=1.03	R=0.96
59.54%	=	-	=	=
Chaud/	4.68%	15.78%	10.50%	7.16%
Froid/	R=0.48	R = 1.6	R=1.08	R=0.74
Douleur	--	++	=	-
9.68%				
Passé	29.50%	21.73%	22.15%	33.07%
25.31%	R=0.48	R=1.6	R=1.87	R=1.30
	+	-	-	+
Présent	36.06%	57.97%	61.46%	55.76%
58.29%	R=0.61	R=0.99	R=1.05	R=0.95
	--	=	=	=
Futur	34.42%	20.28%	16.38%	11.15%
16.39%	R=2.1	R=1.23	R=1	R=0.68
	+++	+	=	-

Les GUERRIERS constitués essentiellement par les hommes s'investissent dans le futur mais de façon moins marquée que le prêtres, le passé n'est plus pris en compte et cela s'effectue sur le mode conquérant, violent puisque le registre Chaud/Froid/Douleur est nettement plus important et les questions de plénitude et de continence sont secondaires. La problématique pour ce groupe est celle d'un violent échange d'énergie avec le monde sans nécessairement celle de l'incorporer.

Les PRODUCTEURS ne se distinguent pratiquement pas de la moyenne, avec peut être une discrète prédominance féminine. Pour eux, le passé est relativement moins important que le présent sans pour autant s'investir dans le futur. Ce groupe pèse "lourd" puisqu'il rassemble les plus gros "consommateurs" de soins. Il semble très dépendant du système de soins, en partie du fait d'une faible autogestion de leur "santé". Cette forte dépendance sous-entend une importante délégation de leur "santé" aux systèmes de soins. Cette typologie dans la normalité sociale, plutôt traditionaliste souligne le registre PLEIN/VIDE comme étant le mode d'expression majoritaire en fait pour tous les groupes. La question de la continence de la représentation corporelle du sujet est primordiale, elle témoigne du souci majeur à l'ingestion du monde, c'est sur ce registre que la demande de réidentification est la plus forte. On vit également essentiellement dans le présent et le passé a plus d'importance que le futur suggérant une tendance au repli sur soi.

Les INDIFFERENTS peu motivés par le futur semblent avoir leur regard tourné vers le passé dans une position plutôt narcissique. La légère prédominance du registre VERTICAL/HORIZONTAL ne marque pas pour autant un comportement explorateur, il s'agit probablement d'une recherche de liberté pour le plaisir immédiat. Peu impliqués dans la société, ils s'y déplacent afin de trouver leur jouissance : l'hédonisme.

Le registre CHAUD/FROID/DOULEUR est ici faible, témoignant de l'absence de transfert d'énergie avec le monde.

VII - CONCLUSION

Il apparaît que le symptôme est sans doute un moyen de se réidentifier dans le monde selon la problématique du moment, que ce soit celle de l'ascétisme (Prêtres), celle de la conquête (Guerriers), celle de la plénitude et de la paix (Producteurs) ou celle de l'hédonisme (Indifférents). En plus de sa signification intime, le symptôme parle du monde et des flux culturels le caractérisant. La "maladie" est inhérente à l'être humain, elle est partie de lui, elle n'est pas ailleurs que dans la relation à l'autre. Elle écrit l'histoire du sujet, de sa famille, de son monde... elle participe à la transformation des repères, des mythes. L'histoire naturelle de l'épidémie du SIDA, aujourd'hui caractérise ce propos.

REFERENCES

1) " LA POTIERE JALOUSE "

C.LEVI-STRAUSS

Plon

2) " LA PENSEE SAUVAGE 3

C.LEVI-STRAUSS

Plon

3)" MYTHES ET DIEUX DES INDO-
EUROPEENS "

G. DUMEZIL

Flammarion

Champs l'Essentiel

4) " MYTHOLOGIES "

R. BARTHES

Essais points

5) " HISTOIRES DES MOEURS "

tome 1,2,3

sous la direction de J. POIRIER

Encyclopédie de la Pléiade

6) " L'IMAGE DU CORPS "

P. SCHILDER

Gallimard

7) " LE CORPS MULTIPLE ET UN "

F. DAGONET

Les empêcheurs de penser en rond

8) " FRANCOSCOPIE "

G. MERMET

Larousse

9) " PUBLICITE ET SOCIETE "

B. CATHELAT

Payot

**PROPOSITIONS POUR AMELIORER LE CARNET DU STAGE
CHEZ LE MEDECIN GENERALISTE**

*Dr Philippe AUBOURG
23 Boulevard Carnot
14780 LION SUR MER*

Marianne LEDAUPHIN

Ce document de travail, présenté pendant la Journée de Communications de la S.F.M.G. du 14 novembre 1993, a favorisé l'élaboration du nouveau carnet pour les stagiaires de 3ème cycle de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de CAEN. Il est cité en référence dans le nouveau document dont nous avons choisi deux extraits : un paragraphe de théorie professionnelle connue des membres de la S.F.M.G., et la bibliographie.

MEMOIRE DE TROISIEME CYCLE DE MEDECINE GENERALE

FACULTE DE MEDECINE DE CAEN – 1993 –

AVANT PROPOS

Le stage chez le médecin généraliste est obligatoire pour les résidents du 3ème cycle de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de CAEN depuis 1984.

Le carnet de stage est maintenant considéré comme un instrument de travail indispensable au bon déroulement du stage et à son évaluation.

En 1990, à la suite d'un séminaire des maîtres de stage à BAYEUX, un groupe de travail a formulé des propositions pour améliorer ce carnet. Ce projet a été encouragé par le Doyen (Professeur LEVY), le Professeur LETELLIER, plusieurs collègues et stagiaires.

L'intérêt du mémoire de Marianne LEDAUPHIN est de présenter ces propositions, revues et mises en pages par une future collègue qui connaît les principes de la formation professionnelle.

Il nous paraît souhaitable que ce document soit utilisé pour son évaluation pendant quelques mois, avant d'être validé par la commission du 3ème cycle de Médecine Générale.

Docteurs Ph.AUBOURG, F.DECIS,
F. DEPONT, J.L.GORIAUX,
G. LABRUNIE, S.VAN DEN BOSSCHE,
M.Ch.QUERTIER.

I – PRESENTATION

(A REDIGER APRES EVALUATION)

MOTS-CLES

Stage, Carnet, Support,
 Marche à suivre, Filum, Thesaurus,
 Repères,
 Evaluation formative, Souplesse et Rigueur
 Besoins, Objectifs, Moyens, Evaluations

II – IDENTIFICATION DES BESOINS DU STAGIAIRE

Un entretien préalable permet de :

- faire connaissance et s'accorder sur les modalités de ce stage en fonction des disponibilités de chacun
 - comparer cursus et C.V. respectifs
 - Faire le point à propos des gestes connus ou à connaître
- (Cf. les listes : techniques d'examen, techniques de soins, formulaires et certificats)
- Prendre la mesure des besoins de formation dans le domaine relationnel et de la communication
 - Présenter les fonctions du médecin généraliste
 - Aborder le thème de l'évaluation (pratique médicale, formation initiale et continue).

III – OBJECTIFS

Objectifs généraux du stage

A – Aborder en situation l'exercice de la médecine générale, en particulier :

- La pathologie observée (épidémiologie)
- Les stratégies diagnostiques et thérapeutiques (gestion interne, recours extérieurs, organisation dans le temps)
- Relation et communication avec le(s) patient(s) et ses proches
- Les différentes activités professionnelles
- Conditions d'exercice et tâches administratives

B – Utiliser les connaissances médicales acquises dans les situations observées.

C – Evaluer la progression réalisée en terme d'aptitude à faire un premier remplacement.

Objectifs personnels du stagiaire
 (à rédiger)

IV – LES MOYENS

- L'entretien préalable
- Relevé d'activités de soin : C, V, K, Etc...
- Items (ouverts pour chaque objectif)
- Autres activités professionnelles :
 - * Formation (initiale et continue)
 - * Lecture critique d'articles et documentation
 - * Etudes effectuées ou en cours
 - * Autres (syndicale, ordinale et/ou civiques)
- Travail personnel du stagiaire ; mémoire, thèse...

LE CAHIER DES CHARGES DU MAITRE DE STAGE

ACCUEIL ET DEMANDE	<p>Le maître de stage avec le stagiaire définissent les besoins de formation</p> <p>Le maître de stage présente les fonctions du M.G. présente le cabinet et son utilisation</p>
MISE EN SITUATION	<p>Fait participer le stagiaire à l'accueil et à l'entretien au recueil d'information à l'examen à son acceptation de même pour les gestes techniques et stratégies diagnostique et thérapeutiques donc à la négociation à la gestion des recours aux actions de prévention</p> <p>ET lui confie des tâches précises en vérifie l'exécution encourage et rassure</p>
EVALUATION FORMATIVE	<p>Demande son avis au stagiaire donne des explications au stagiaire sur ses choix et ses comportements</p> <p>à partir des situations précises, favorise la réflexion et la recherche documentaire exploite le carnet, support d'évaluation propose des projets de travaux (thèses, mémoire)</p>
DIDACTIQUE ET FORMATION	<p>s'astreint à une formation didactique assure sa F.M.C. (Moyens méthodes...)</p>

INTRODUCTION A LA NOTION DE PROBABILITE

En médecine générale, le patient qui consulte pour de nouveaux symptômes a une **probabilité faible de "maladie"**.

La démarche du médecin généraliste est le plus souvent **une démarche d'élimination**, qui considère l'incidence des "maladies" dans la population qu'il prend en charge.

Une consultation se termine exceptionnellement par un diagnostic certifié. Le plus souvent se seront un symptôme, une association de symptômes. C'est pourquoi, une association de symptômes ou un syndrome. C'est pourquoi nous utilisons le terme de "résultat de consultation" pour parler des conclusions, quelles qu'elles soient, qui sont tirées d'une consultation avec le médecin généraliste, réservant le terme diagnostic aux diagnostics certifiés.

La tâche diagnostique du spécialiste est de réduire l'incertitude d'explorer le domaine, d'écarter l'erreur. Celle du généraliste est **d'accepter l'incertitude; d'explorer le domaine du probable et d'écarter le danger.**

ANALYSE DE LA NOTION DE GESTION DU TEMPS

le temps intervient d'une façon particulière dans la prise de décision en médecine générale :

Une décision fréquente en médecine générale est la non-décision, ou mise en attente du problème pour exploiter le facteur temps qui en module l'évolution.

BIBLIOGRAPHIE :

Introduction aux fonctions du médecin généraliste

in EXERCER 1992 N) 6

J.P.WAINSTEINT, B.BROS, C.DUFOUR,
D.HUAS

Les cinq tâches du médecin généraliste

Communication du Pr. M.Marinker du
Collège Royale des médecins généralistes
23/4/1993 à Windermere (G.B.)

*Médecine générale et épidémiologie
: une relation de bon sens*

Revue du praticien médecine générale T 5
N)134 15/4/1991

W.DAB

*L'omnipraticien comment le former,
comment susciter cette vocation*

Résolution (77)30. Conseil de l'Europe
Comité des ministres

*Carnet de stage : découvrir la
médecine générale. Etre guidé vers
l'autonomie professionnelle*

U.F.R. de Médecine de Nantes et d'Angers

*Proposition pour améliorer le carnet
du stage chez le médecin généraliste*

Mémoire de troisième cycle de médecine
générale

Faculté de médecine de Caen . 1993

M.LADAUPHIN, Ph.AUBOURG

CREATION D'UN GROUPE DE PAIRS

BILAN A SIX MOIS ET PERSPECTIVES

*Dr Jean Noël MICHE
1 rue René Boin
93240 STAINS*

Lors de la journée de communications de la SFMG du 14 novembre 1993, nous avons présenté la période de création et le bilan à six mois d'un groupe de pairs avec ses perspectives.

A partir de l'idée d'un membre de la SFMG intéressé par les exemples étrangers et les toutes premières expériences innovantes française, un binôme s'est créé avec un autre médecin généraliste local, prêt à assumer le démarrage début 1993.

Dans cette banlieue nord de Paris, aux conditions sociologiques difficiles tant pour la population que pour les médecins généralistes, un groupe de six médecins volontaires s'est constitué.

Concrètement, une lettre accompagnée des trois annexes (ci-après) a été envoyée à chaque volontaire préalablement sensibilisé par les deux initiateurs et ayant donné formellement leur accord, soit six personnes en tout; un livret de présentation de quatre feuilles reprenait l'essentiel (voir (ci-après)).

Avec quelques particularités (outre des règles écrites classiques et très précises

approuvées et distribuées à chacun - voir documents), le groupe est composé de 1/3 de femmes, il se réunit le jeudi mensuellement, le matin de 8h00 à 9h30, avec petit déjeuner préalable et convivial, et dans les différents cabinets médicaux à tour de rôle.

Quel est le bilan à 6 mois, avec quelles perspectives ?

Le bilan organisationnel : présence et régularité exemplaires, les dossiers ont été apportés pour l'étude des cas, avec la confirmation de l'intérêt majeur du choix du hasard.

Par contre, les horaires ont été difficilement tenus, le rôle de modérateur étant toujours ingrat.

Le bilan médical :

Ci-joint le tableau des 30 cas cliniques traités (Cf.) par thèmes essentiel, sachant qu'en médecine générale la moyenne est de plus de deux problèmes traités par consultation.

TABLEAU : CAS CLINIQUES

Nombre de cas traités : 30.

THEMES TRAITES

Contraception :	1	ORL :	4
Vaccination :	1	Etat dépressif :	2
Renouvellement surveillance :	6	Examen systématique :	1
contrôle biologique (dont HTA pour l'essentiel		(colonies de vacances)	
Troubles digestifs :	1	Douleur abdominale :	1
Syndromes infectieux :	1	Dermatologie :	1
Arrêt et Accident du travail :	3	Traumatisme :	1
Cors :	1	Grossesse :	1
Gynécologie, sexologie :	1	Polypathologie enfant :	1
Cirrhose et diabète :	1		

Pour le 2ème temps de la réunion, les sujets étaient trop vastes (filières de soins et correspondants), le 3ème temps libre a pratiquement été exclu par les difficultés d'horaires des deux premiers temps.

Donc, plus de rigueur, plus de démocratie, et plus de "non-hiérarchisation" (remise naturelle des deux créateurs dans le rang) Et nouveaux bilans prévus tous les six mois...

Et quelles étaient les perspectives après six mois ?

Essayer de dégager du temps pour cette 3ème partie le matin.

En fait à la réflexion, il dépend essentiellement d'une bonne organisation des deux premiers temps (modérateur SVP!).

Pour la casuistique, pas de changement.

Pour la 2ème partie, désormais, le choix des sujets est plus précis, plus concret, plus varié et cette fois plus consensuel (1er choix : un de nos livres de référence). Un "trou" dans le programme, prévu à mi-parcours, permettra d'inclure un sujet devenu urgent, issu des discussions.

Auteurs : Drs FITOUSSI, FROCHEN,
MICHE, MONGOUR,
RIEUSE et TOULOTTE

GROUPE DE PAIRS

Pierrefitte, le 4 mars 1993

Cher(e) Ami(e),

Le Docteur Jean-Noël MICHE et moi-même, vous proposons de constituer dans l'agglomération de Pierrefitte - Stains

un groupe de Pairs

La médecine générale étant en mutation profonde, il nous a paru nécessaire afin de poursuivre l'amélioration de notre travail et la qualité des soins et de suivi dûe à nos malades de mettre sur pied une structure de formation interactive, originale et nouvelle en France : réservée aux Médecins Généralistes (ce qui explique le nom "groupe de pairs")* et permettant d'aborder au plus près les problèmes de notre activité quotidienne et de favoriser son adaptation.

Les modalités de fonctionnement :**Le groupe se réunit**

1 fois par mois le jeudi (annexe 1 : dates, lieux, thèmes de réunions)

les réunions se déroulent sur 1h30m en deux parties :

- | | |
|----------------|--|
| 8h00 - 8h40 : | étude des cas aléatoires
le 4 ^o cas en partant du dernier patient avant
la réunion |
| 8h50 - 9h 25 : | discussion sur les filières de soins.
1 ^{ère} réunion : les cardiologues
(cf annexe 1 : liste des thèmes pour 6 mois) |

L'animateur sera le Docteur Jean-Noël MICHE,)
) pour les 6 premiers mois
 Le rapporteur sera le Dr Gérard FITOUSSI)

.../...

* N.D.L.R. Le terme de "Pairs" n'est évidemment pas exclusif des médecins généralistes : un groupe de plombiers est, aussi, un groupe de "pairs".

DÉROULEMENT DE LA PREMIÈRE PARTIE

- ① Chaque médecin à tour de rôle pendant le temps imparti et égal pour tous présentera le cas choisi au hasard (*le 4° en partant du dernier patient*), avec son dossier. Ce cas donnera lieu à discussions et à un **Résultat de Consultation** (RC)
- ② Tous les cas seront notés par le rapporteur, sur un modèle identique. (*annexe 2*)
- ③ Un bilan sur le fond et la forme "du groupe de pairs" sera effectué à 6 mois.
- ④ Les résultats de ces travaux devraient donner lieu à publication dans 1 an, signé par les membres du groupe.

DÉROULEMENT DE LA DEUXIÈME PARTIE

- ① Pendant les 6 premiers mois nous évoquerons les filières de soins, discipline par discipline au cours de discussion libre, en tentant de préciser nos critères de choix, nos filières effectives de soins, les points positifs et les manques.
- ② Voir thèmes Annexe 1.

Afin de permettre un travail fructueux et rigoureux, un règlement intérieur a été établi (*cf annexe 3*). La participation au "groupe de pairs" implique l'acceptation de ce règlement intérieur.

A bientôt pour la 1ère réunion qui aura lieu :

**le jeudi 11 mars 1993
de 8h00 à 9h25
chez le Dr Gérard FITOUSSI
5, Place Jules Verne 93380 PIERREFITTE**

Dr Gérard FITOUSSI

☎ 48.27.30.75

Docteur Jean-Noël MICHE

☎ 42.35.16.76

Ci-joint :

Annexe 1 : Dates, horaires, lieux, thèmes 2ème partie des réunions

Annexe 2 : Modèle de R.C.

Annexe 3 : Règlement intérieur.

Annexe 2

FORMATION MEDICALE CONTINUE DU GENERALISTE

I - FORMATION DE PROFESSIONNELS EN EXERCICE

- Observation scientifique de leur propre activité
- "Révision" de connaissances acquises en F.M.I.
- Évaluation
- Recherche

II - MISE À JOUR DES CONNAISSANCES SUR NOTIONS NOUVELLES

- de physiologie
- de physiopathologies
- d'explorations
- de traitements

OBJECTIFS

Objectifs d'un groupe de pairs

- Élément indispensable et irremplaçable de la F.M.C.
- Évaluation réciproque et auto-évaluation
- Incitation aux échanges entre confrères
- Amélioration et intensification de la discussion concrète
- Animation d'une réunion.

CONDITIONS D'ORGANISATION

- Au moins une fois par mois
- Groupe d'environ 8 médecins
- Possibilité de commencer immédiatement
- Animation des réunions de façon objective et coordonnée
- Compte-rendu des réunions
- Continuité du groupe
- Absence d'intervenant non généraliste
- N'exclut pas d'autres formes de F.M.C.

DEROULEMENT D'UNE REUNION

ÉTUDE DE CAS

- Cas aléatoire
- Cas de la veille
- Avec le dossier en main
- Chacun à tour de rôle
- Aboutit à un résultat de consultation
- Discussion ouverte, franche et courtoise
- Pointage des problèmes soulevés.

AUTRES ACTIVITÉS

- Le groupe en choisit le contenu
- Étude des circuits de soins
- Aide à la décision concernant un point précis
- Sujet général
- Travail commun
- Définition des résultats de consultation.

L'information des médecins généralistes par les autres spécialistes sur les techniques qu'ils utilisent dans leur exercice *ne saurait résumer la formation médicale continue du généraliste...*

Les autres spécialistes mettront en avant ce qui n'a d'importance que dans leur propre pratique *et non pas dans la nôtre.*

Sur 100 patients vus en médecine générale, 3 finiront par être vus en milieu hospitalier : *quid des 997 autres ?*

Sur les 300 résultats de consultation rencontrés au moins une fois par an par le généraliste moyen au cours d'une vie professionnelle, moins de 10% peuvent être identifiés comme des "maladies nosologiquement définies" : quid des 90% restant ? Peut-on les écarter de formation médicale continue ?

Seuls les médecins généralistes eux-mêmes peuvent étudier *cette partie prépondérante* de leur exercice.

Pour étudier *les cas cliniques vus en médecine générale*, les praticiens doivent tous les désigner sous le même vocable.

Tout médecin exerçant une autre spécialité que la médecine générale, s'il participait aux réunions d'un groupe de travail, ne pourrait que "parasiter" ce travail commun en raison des rapports de hiérarchie qui existent hélas entre la médecine générale et les autres spécialités ...

Annexe 3

DATE RÉUNION	HEURE	LIEU	THÈME
11 mars 1993	8h à 9h25	Cabinet Dr FITOUSSI 5, Place Jules Verne 93380 PIERREFITTE	Cardiologie
8 avril 1993	8h à 9h25		Gynécologie
13 mai 1993	8h à 9h25		Hôpital public
10 juin 1993	8h à 9h25		Clinique
8 juillet 1993	8h à 9h25		Rhumatologie
12 août 1993	8h à 9h25		Ophtalmologie
9 septembre 1993	8h à 9h25		Bilan

DATE :

Annexe 4

MÉDECINS	MOTIF CONSULTATION	PROBLÈMES	RÉSULTAT DE CONSULTATION	DÉCISIONS	COMMENTAIRES

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

- ① Les réunions débuteront et se termineront aux heures précises. La présence est donc indispensable avant l'heure du début.
- ② Le groupe est formé de volontaires cooptés progressivement et ne pourra dépasser 10 médecins généralistes. Au delà un nouveau groupe sera créé.
- ③ Toute absence non excusée à 3 réunions entraînera l'exclusion du groupe.
- ④ Un bilan sera effectué tous les 6 mois (*inclus dans les réunions*). Il portera sur le fond et la forme.
- ⑤ Les modifications au Règlement Intérieur seront décidées par les membres du groupe lors des réunions de bilan.
- ⑥ La participation au "groupe de Pairs" implique l'acceptation du présent règlement.
- ⑦ Chaque réunion est dirigée par :
un animateur et les travaux sont notés par un rapporteur sur un cahier spécial.

FEUILLE D'EMARGEMENT

du 11 mars au 9 septembre 1993

Nom	11 mars			8 avril			13 mai			10 juin			8 juillet			12 août			9 septembre		
	P	A	E	P	A	E	P	A	E	P	A	E	P	A	E	P	A	E	P	A	E
TOTAL																					

TOTAL DU SEMESTRE

Présents	:
Absents	:
Excusés	:

Annexe 7

DATE :

CORRESPONDANT ----- SPECIALITÉ	DISPONIBILITÉ	COURRIER ET COMPTE-RENDU	ORGANISATION DU RETOUR RÉTENTION EXAMEN IMPRÉVU		DIVERS	AMÉLIORATION POSSIBLE

Notes de Lecture

sur "La chair à Vif", (David LEBRETON)

*Docteur Boris Minsky Kravetz
6 rue de la République
28110 LUCE*

"La mort suspend le lien indissociable de l'Homme à son corps"...

Cette première phrase de l'introduction fait prévoir le livre de D. LEBRETON, sociologue et anthropologue. L'auteur consacre 3 chapitres à la lutte d'homme curieux et avides de savoir de Ptolémée, à travers Gallien, Avicennes et Vésale. Lutte sans un monde où l'Anatomie, donc la connaissance du corps se heurtait à des tabous affectifs (la mutilation de la personne aimée) des symboles religieux (la bulle de Boniface VIII au 13ème siècle), des croyances populaires, qui avaient force de loi. La courbe de la connaissance de l'Anatomie et des errements que provoquent son ignorance suit une courbe sinusoïde. Elle traverse des périodes fastes (Guy de Chauliac, Henri de Mondoville, au 13ème siècle), entrecoupées de périodes d'obscurantisme provoquées entre autre par la lutte entre les médecins, chirurgiens, les barbiers, chacun oeuvrant pour sa propre gouverne.

... Un médecin lisant Gallien, désignant du haut de sa chaire les organes qu'un barbier présente, et auxquels il ne doit pas toucher...

Ce fut Louis XV qui créa en 1750 une Ecole de dissection, réservée aux chirurgiens. Le matériel anatomique leur fit vite défaut, entraînant la création d'amphithéâtres privés, dont le ravitaillement en cadavres d'origine les plus douteuses, souvent suite d'exhumations clandestines, provoqua des réactions très violentes. Néanmoins progressivement, se créa un enseignement plus fidèle du corps.

Il n'est plus le fils, le Père. Il est un ensemble d'organes, mis en musée, détaché de sa propre origine.

Cela aboutira à la Médecine moderne.

Quelles difficultés a-t-on encore de nos jours, à faire accepter, que le savoir médical porte sur le corps dans son universalité, et, non sur un homme singulier souffrant dans sa chair (Cf. p.227). Les excès n'ont jamais autant rivalisé d'horreur, qu'a dans les camps de concentration, où les collections anatomiques étaient constituées par les médecins nazis sous la férule de Mengele. L'anatomiste qui franchit le pas d'ouvrir le corps fait violence aux sensibilités qui prêtent à celui-ci une forme particulière de vie, et, pour qui la Mort n'a pas suspendu l'attachement affectif.

Toutes ces évolutions devaient aboutir aux greffes. La lutte contre la mort est aujourd'hui une morale nécessaire et agissante de la médecine. Sa conséquence sociale est d'accroître encore la peur de mourir (p.291).

Faire du corps humain (donc en dernière analyse de l'homme auquel il est discernable) un moyen de survivre pour d'autres corps (d'autres individus), même lorsqu'il s'agit de sauver la vie d'un blessé ou d'un mourant, affaiblit le système social des valeurs, par la désacralisation que cet acte implique (p.296) (l'appel aux dons d'organes).

Et l'auteur de conclure en faisant allusion au syndrome de Frankenstein :

... Penser le corps est autre manière de penser le monde et le social; trouble introduit dans la configuration du corps est un trouble introduit dans la cohérence du monde...

ADHESION à la S.F.M.G.

Le Dr : (cachet)

tél :

Souhaite adhérer à la Société Française de Médecine Générale

(Les cotisations permettent l'adhésion à la SFMG ainsi que la réception de "La Lettre de la Médecine Générale" et des "Documents de Recherches en Médecine Générale" – **sauf la cotisation de soutien**)
 et verse, ci-joint, sa cotisation pour 1994, soit :

1ERE ANNEE D'ADHESION à la SFMG :350 Frs

MEMBRE TITULAIRE : 1200 Frs

MEMBRE ASSOCIE :700 Frs

1ère ANNEE D'INSTALLATION :300 Frs
(jeune médecin)

ETUDIANT :100 Frs

 COTISATION DE SOUTIEN :à partir de 300 Frs

ABONNEMENT AUX DOCUMENTS

DE RECHERCHE :200 Frs

 le :
 (Signature)

(par chèque bancaire, postal ou mandat)

Bulletins à retourner avec votre chèque à : S.F.M.G - 29 avenue du général Leclerc - 75014 PARIS (Un accusé de réception vous sera adressé pour la déduction fiscale).

DOCUMENTS DE RECHERCHES

Numéro 44 – septembre 1994

SOMMAIRE

Editorial	p.1
Fiche de Lecture	p.3
Introduction	p.7
"Classification n'est pas Dictionnaire " Docteur Philippe JACOT	
"La maîtrise de stage vue par les patients " Docteur Jean-Claude HUBER	p.9
"Santé : le modèle médical spécialisé américain, rêve, illusion ou cauchemar ? " Docteur Jean Luc GALLAIS	p. 15
"Populations en situation de précarité et médecine générale" (Résumé) Docteur Marie-Laure ALBY	p.21
"Groupes de Pairs " Docteur Christophe MARGERIT	p.22
"Thérapie comportementale et sevrage tabagique " (Résumé) Docteur Bernard DECRAENE	p.25
"Sciences humaine et Médecine Générale, un fil d'Ariane pour les réunir " Docteur Jean BROUSSIER	p.27
"Accompagnement et soins palliatifs : problèmes pratiques " Docteur Jacques CHRETIEN	p.40
"Fréquence des pathologies en médecine générale, comparaison entre consultations et visites " Docteur Robert SOURZAC	p.49
"Un modèle d'anthropologie médicale ? " Jean-Pierre LUCAS	p.56
"Propositions pour améliorer le carnet de stage chez le praticien " Docteur Philippe AUBOURG	p.65
"Création d'un groupe de pairs, bilan à 6 mois, perspectives " Docteur Jean-Noël MICHE	p.71
Note de Lecture " La Chair à Vif " (David Le Breton) Docteur Boris minsky Kravetz	p.84
Bulletin d'adhésion	p.85

Responsable de la rédaction de ce numéro : *Docteur Pierre FERRU*
(Directeur du Conseil Scientifique de la SFMG)
Directeur de Publication : *Docteur Philippe JACOT*
(Président de la SFMG)