

L'évaluation de la formation des médecins généralistes à la lumière de l'approche systémique : pour un développement de la dimension humaine et sociale dans la formation initiale des médecins généralistes

Résumé

S'il est reconnu aujourd'hui dans le milieu médical et au niveau de la faculté de médecine que la formation médicale consiste à pourvoir les structures de santé de médecins généralistes qualifiés, l'évaluation des programmes à la lumière des grandes mutations qui s'opèrent dans les systèmes de santé soulève cependant plusieurs questions de base.

Il y a bien longtemps qu'on reproche aux écoles de formation médicale de former des médecins généralistes mal adaptés aux tâches qui les attendent.

L'enquête effectuée par l'unité de recherche médicale (Pr. Grangaud, Mebtoul, Berrich, Cook, 1986) sur le discours des médecins montre que toute leur attention est focalisée sur le savoir médical et sur les moyens techniques et thérapeutiques qui semblent prioritaire pour assurer leur activités professionnelles.

Cependant, F.M. Katk et R. Snow définissent la performance d'un travailleur de la santé (médecin) comme l'ensemble du comportement de l'agent de la santé et notamment la façon dont il organise, retient et utilise les connaissances spécialisées qu'il a acquises, ainsi que ses attitudes et la qualité de ses relations avec autrui.

Son travail couvre l'ensemble des connaissances, savoir faire et attitudes acquis grâce à la formation, ainsi que la façon dont il sont organisés et intégrés dans la pratique.

Devant tous ces problèmes et les défis que pose la pratique médicale et qui sont maintenant lancés aux médecins, on est en droit de se poser aujourd'hui la question suivante : « Est-ce que la formation purement technique des médecins généralistes est suffisante pour permettre aux médecins de soigner et de répondre aux besoins de la santé des populations ? » .

La mise en œuvre des programmes de médecins généralistes, pour répondre aux besoins de santé primaire nécessite aujourd'hui du personnel médical (médecins), l'apport des données psychologiques, sociologiques, pédagogiques et psychanalytiques.

Une formation initiale de grande qualité conditionne la pratique des médecins généralistes.

Dr. M. BOUABDALLAH
Département de Psychologie
Université Ferhat Abbas
19000 Sétif, Algérie

ملخص

من المعترف به اليوم في الميدان الطبي وعلى المستوى الجامعي، أن التكوين الطبي، يهدف إلى الاستجابة لمتطلبات الهياكل الصحية من الأطباء العاملين، فإن تقويم البرامج المعتمد عليها في التكوين الطبي في ضوء التحولات الكبرى التي مست النظم الصحية تثير مع ذلك العديد من الأسئلة الآتية، فمن القديم يلام على المعاهد الطبية أنها لم توفق في تكوين الطبيب المؤهل لمواجهة تحديات الميدان الطبي.

وعليه فإن ملاءمة البرامج ترجع إلى غياب التنسيق بين معهد العلوم الطبية والنظم الصحية، ومن جهة أخرى إلى عدم تكييف مسار التعليم مع احتياجات المتعلمين.

لقد أظهرت الدراسة التي قامت بها وحدة البحث في الميدان الطبي (Mebtoul, Grangaud, Berriche, Look, 1986) والتي تمحورت حول خطاب المهني الطبي، أن جل اهتماماتهم مركزة حول العلوم الطبية والوسائل التقنية والعلاجية التي تبدو أن لها الأولوية عند مزاولة نشاطاتهم المهنية.

غير أن (FM-Kaiz-Snow 1981) يعرفان مفهوم عمل الأداء عند العون الصحي (الطبيب) أنه مجموعة من السلوكيات لا سيما الطريقة التي ينظم ويحفظ ويستخدم بها المعلومات المتخصصة التي اكتسبها وكذلك اتجاهاته المهنية ونوعية علاقاته مع الغير، ولا يتأتى ذلك إلا إذا كان تكوين العون الصحي (الطبيب) متفتح على موضوعات تتخذ من الإنسان (في حياته الواقعية) موضوعا لها والتي عادة قريبة الصلة بالإنسان في ميدان العلوم الإنسانية والاجتماعية.

Peu importe les objectifs et les domaines de l'évaluation en médecine, la formation joue *a priori* un rôle essentiel pour diffuser les connaissances et permettre de mieux structurer la prise de décision des médecins.

Il y a deux périodes d'enseignement dans la vie professionnelle :

- La formation initiale de l'étudiant en médecine.

Elle vise l'acquisition des connaissances et des compétences qui doivent permettre de fonder les comportements professionnels sur les résultats d'évaluation objective des pratiques médicales. Une meilleure pratique médicale, intégrant des composantes scientifiques et humaines, dans l'environnement socio-économique, doit être obtenue pour que les malades en bénéficient. La présentation des objectifs, des concepts et méthodes lors de l'apprentissage de la médecine clinique peut développer un raisonnement structuré et stimuler une approche critique de la pratique médicale et des facteurs de prise de décision.

- La formation permanente du médecin.

Le médecin dans son exercice est confronté en permanence à une masse considérable d'informations, de provenances diverses, témoignant du renouvellement accéléré des méthodes et techniques diagnostiques et thérapeutiques.

Mon intervention sera axée beaucoup plus sur la formation initiale des médecins qui est considérée comme un pilier important de l'enseignement médical des soins de première ligne (on primary care).

J'ai eu l'honneur d'être président et membre fondateur de l'association des parents d'infirmités moteurs d'origine cérébrale de Sétif, et en pratiquant l'écoute emphatique (écoute active), je ne peux vous décrire avec exactitude le désarroi des parents d'enfants I.M.C qui se plaignaient de certaines attitudes des médecins et notamment la manière de communiquer avec eux.

Il y a bien longtemps qu'on reproche aux écoles de médecine de former des praticiens mal adaptés aux tâches qui les attendent.

L'inadéquation des programmes d'étude serait due en partie, l'absence de coordination entre les établissements d'enseignement et les évolutions des systèmes de santé ainsi qu'à l'inadaptation des processus d'enseignement aux besoins des enseignés.

L'enquête effectuée par l'unité de recherche médicale Pr. J.P. Grangaud, Mebtoul, Berriche, Cook (1986) sur le discours des professionnels de la santé montre que toute leur attention est focalisée sur le savoir médical et sur les moyens techniques et thérapeutiques qui semblent prioritaires pour assurer leur activités professionnelles.

Cependant, F.M. Katz et R. Snow (1981) définissent la performance d'un travailleur de la santé comme l'ensemble du comportement de ce dernier, et notamment la façon dont il organise, retient et utilise les connaissances spécialisées qu'il a acquises, ainsi que ses attitudes et la qualité de ses relations avec autrui. Son travail couvre l'ensemble des connaissances, savoir-faire et attitudes acquis grâce à la formation, ainsi que la façon dont ils sont organisés et intégrés dans la pratique.

Les médecins généralistes reconnaissent que la communication avec les familles des malades ne représente pas, pour eux, une préoccupation centrale et prioritaire, le plus important étant d'investir leur temps de travail dans la réalisation de l'acte médical.

Ainsi, beaucoup de parents, et plus précisément les mères, auraient aimé obtenir plus de détails sur les maladies de leurs enfants, mais la pratique des structures sanitaires et la manière de communiquer de certains thérapeutes les en dissuadent, et les parents sont parfois confrontés à des diagnostics contradictoires qui les désorientent (Pr. J.P. Grangaud, Mebtoul, Berriche, Cook, 1986).

D'un point de vue plus global, le rapport de l'OMS 1992 constate qu'en raison de l'industrialisation, de l'augmentation de l'espérance de vie et des changements importants survenus dans les modes et les systèmes de valeur, on ne s'est pas préoccupé outre mesure des problèmes de santé, car on croyait pouvoir les résoudre grâce au seul progrès technique; ce n'est que récemment que la situation de la santé dans le monde a commencé à retenir l'attention de la communauté et l'a poussé à accorder une place de plus en plus importante à la prévention des malades, à la sensibilisation et à l'éducation des attitudes des populations.

Quant à l'attitude des médecins généralistes, la déclaration d'Edimbourg souhaite que chaque patient puisse accéder à un médecin qui, de par sa formation, ait les qualités d'auditeur, d'observateur, de communicateur et de clinicien (la déclaration d'Edimbourg- in revue *médecin du Maghreb*, 1989, N° 13, du 12 Août 1988).

En Algérie, plusieurs enquêtes sur le terrain ont montré que le futur praticien en formation dans les institutions hospitalo-universitaires, n'est pas réellement préparé à prendre en charge l'ensemble des pathologies sociales dont il aura la charge, et l'apprentissage en soins de santé semble être en décalage par rapport aux aspirations des malades dont les besoins ne cessent de se modifier, compte tenu des bouleversement socio-économiques (Bouziani M., Revue *Santé publique et sciences sociales*, p.52, 1999).

Pour assurer l'accompagnement du malade, il est exigé, aujourd'hui des professionnels de la santé, une ouverture vers les domaines de l'homme (habituellement relégués dans les sciences dites humaines), du vécu intime de chacun, et qui sont impliqués dans la maladie : le sentir, le penser et le vouloir.

N'est il pas surprenant que l'enseignement médical porte sur tout sauf sur l'essence de l'activité médicale, et qu'on puisse devenir médecin sans savoir ce qu'est et ce que doit être un médecin? (J.P. Lebrun, p. 62, 1993).

Devant tous ces problèmes et les défis que pose la pratique médicale et qui sont maintenant lancés aux professionnels de la santé, on est en droit de se poser aujourd'hui la question suivante :

«est ce que la formation purement technique du médecin généraliste est suffisante pour lui permettre de soigner et de répondre aux besoins de la santé des populations?

La mise en œuvre des programmes de santé, pour répondre aux besoins de santé primaire, nécessite aujourd'hui, du personnel de santé, l'apport des données psychologiques, sociologiques, psychanalytiques, anthropologique et pédagogiques.

S'agissant de la médecine, il s'opère actuellement un vaste recentrage des programmes d'enseignement, recentrage qui vise à faire mieux coïncider la formation avec les exigences d'un système de santé fondé sur les besoins primaires.

La quête de la pertinence en matière de formation médicale se poursuit à l'heure actuelle pour pouvoir former des médecins généralistes capables de satisfaire aux exigences de la pratique médicale moderne.

LES OBJECTIFS DE LA FORMATION EN MÉDECINE

On peut distinguer trois niveaux auxquels les objectifs peuvent être définis.

Ainsi, on peut formuler des objectifs à trois niveaux différents au moins :

a- Au niveau national : Dans chaque pays, les objectifs de l'enseignement médical dépendront des besoins locaux ainsi que des ressources disponibles pour l'action de santé.

b- Au niveau de la faculté de médecine, ou d'un centre d'enseignement post-graduation ou d'éducation permanente.

c- Au niveau du cours, voir de l'unité de l'enseignement.

Dans la pratique, c'est à la troisième catégorie, la moins générale, qui appartiennent encore la plupart des objectifs.

Pour nous permettre de déceler le décalage entre les programmes de formation en médecine en vigueur et la pratique médicale moderne, j'insisterai en particulier sur l'aspect politique de la formation médicale qui est à mon sens déterminant dans la formulation des objectifs généraux et les objectifs spécifiques.

Ainsi, les plans de formation doivent être le résultat de projet collectif qui tient compte de l'évolution des exigences du malade et des acteurs de la santé.

Les professionnels de la santé doivent admettre le passage d'une vision individuelle à une vision collective et comprendre que la prise en charge du malade est un travail d'équipe. La part du budget prévu à cet effet, représente 1,5% du budget des établissements.

Aussi, le contenu de la loi n° 85-05 du 16/02/1985, relative à la protection et à la promotion de la santé, doit être révisée compte tenu des différentes mutations (d'ordre politique, économique, social, culturel) que subit la société algérienne.

A titre d'illustration, cette loi est caduque parce que, actuellement, le paysage social voit naître un nouvel acteur qui sont les usagers de la santé représentés par les associations de malades ou associations des parents des malades qui peuvent être d'un apport considérable dans la conception de la politique de la santé et, par voie de

conséquence, avoir un impact sur la politique de la formation des professionnels de la santé.

Toutes les politiques de ces dernières années se sont intéressées essentiellement à la question des moyens (matériel, médicament) ou tous simplement sur les soins d'urgence.

Ces démarches ne permettront pas d'identifier les véritables problèmes sanitaires des populations et encore moins les besoins en investissement ni en formation.

L'APPORT DE LA COMMUNICATION A LA FORMATION INITIALE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Être médecin, c'est faire, du soin d'autrui, un métier. Soigner, c'est veiller au bien être, à la santé de quelqu'un. Et si l'on observe que soin et besoin ont une même étymologie, on voit bien que soigner c'est se préoccuper des besoins de l'autre.

Soigner, c'est aussi entrer en relation avec une personne qui est dans le besoin, dont les désirs et les demandes se définissent d'abord par sa situation inhabituelle qui est d'être malade.

Être médecin, c'est accepter de s'engager dans cette relation, et d'abord d'y être confronté. Moi, devant l'autre, l'autre avec moi.

L'une des caractéristiques de la médecine scientifique contemporaine aujourd'hui, c'est l'exclusion du sujet. C'est pourquoi, l'importance de l'enjeu pour la médecine est de taille.

De part le corps humain malade qu'elle prend en charge, elle est, qu'elle le veuille ou non, un lien obligé mais aussi privilégié de confrontation de l'universel et du singulier.

S'agissant des fonctions de la communication, nous vous proposons la classification de Stevens qui, parmi les nombreuses classifications proposées, me semble la plus satisfaisante :

- Fonction instrumentale : C'est la plus banale des fonctions de la communication, c'est celle qui rentre en jeu quand nous prenons un rendez-vous par téléphone avec le médecin ou nous voulons acheter un objet.

- Fonction contrôle : Elle entre en jeu lorsque la communication poursuit le but de contrôler ou modifier le comportement d'autres personnes. Exemple de cette fonction de communication : Les observations d'un médecin chef à ses collaborateurs sur d'éventuelles négligences dans le service hospitalier, le discours d'un candidats à ses électeurs. Dans les communications à fonction de contrôle, l'expression mimique ou gestuelle est particulièrement fréquente et efficace.

- Fonction d'information : C'est sans aucun doute une des fonctions les plus importantes de la communication : demander et donner des indications, éclaircir des doutes, résoudre des incertitudes, donner des informations, écrire un article ou une monographie pour informer les lecteurs sur un sujet déterminé.

- La fonction d'expression d'une réalité intérieure : Cette fonction entre en jeu, lorsque l'émetteur ressent le besoin de communiquer aux autres des états affectifs particuliers (tels que la colère, la joie, le choc émotif, la stupeur) ou des conditions somatiques particulières (par exemple, la douleur physique).

Dans le secteur médical, on observe très fréquemment chez les malades l'expression d'état d'âme et de souffrance psychique et somatique : pensons au comportement verbal, mimique et gestuel de l'anxieux, ou du malade atteint d'une violente migraine ou de coliques néphrétiques.

- Fonction de contact social et de stimulation : La communication est parfois une fin en soi; on communique pour le plaisir de communiquer avec les autres et pour éviter, par l'échange de nouvelles, d'idées, d'informations, un sentiment d'isolement ou de solitude. La surdité, qui élimine le principale canal de la communication verbale avec les autres, est quelque fois vécue comme une infirmité encore plus éprouvante que la cécité.

- Fonction d'all gement de l'anxiété : Cette fonction est proche de la précédente. De nombreux sujets anxieux éprouvent un grand soulagement à communiquer avec les autres et leur état d'anxiété redevient aiguë lorsqu'ils sont seuls. Beaucoup d'entre eux même éprouvent du soulagement à communiquer avec d'autres sujets atteints de la même névrose. Shachter commentait ce fait en disant que le malheur ne se satisfait pas d'une compagnie quelconque mais a besoin de la compagnie d'autres malheureux.

- Fonction liée au rôle social : Chacun de nous communique avec les autres également pour des raisons de travail, et naturellement le caractère de la communication est diff rent selon le rôle que nous avons dans la société. La communication des médecins et des infirmiers avec les malades a un caractère «thérapeutique » au sens large du mot (indépendamment de toute psychothérapie) dans la mesure ou elle rend possible le traitement et l'assistance des malades.

Condition essentielle de toute activité de diagnostic, de thérapeutique et d'assistance, la communication avec le malade doit être enseignée et apprise.

Pour ce faire, prenant l'exemple de l'enregistrement de l'anamnèse «ou histoire clinique ».

Parmi les différents objectifs de l'entretien médecin-malade, celui de l'enregistrement de l'histoire de la maladie est sans aucun doute le plus important car il permet au médecin d'obtenir une série de données indispensables pour l'établissement du diagnostic.

Le médecin commet souvent l'erreur initiale de ne pas expliquer au malade le but et l'importance des questions qui vont être posées.

Le médecin devrait toujours avertir le malade que l'exactitude du diagnostic dépend en grande partie du caractère exhaustif et de la précision de ses réponses. Le fait de ne pas donner cet avertissement préalable signifie que l'en présume que le malade sait ce qui est l'anamnèse, ce qui est un non-sens.

Indépendamment de tout ce que nous venons d'exposer, le médecin qui veut réellement recueillir une anamnèse complète doit orienter l'entretien de manière à comprendre non seulement quelle ou quelles maladies a le malade, mais encore qui est la personne qui vient lui demander de l'aide (les phénomènes psychiques sont étroitement liés aux phénomènes somatiques aussi bien dans le domaine de la pathologie).

Pour appliquer ces concepts à l'enregistrement de l'anamnèse, j'ai jugé utile de vous présenter un schéma qui me semble très éclairant. Dans ce schéma, repr sant la situation globale de chaque malade, on note deux secteurs; un secteur supérieur

indiqué par la lettre S et un secteur inférieur indiqué par les lettres RI. Ces deux secteurs sont séparés par une bande horizontale.

Le secteur S, initiale du mot « symptôme » comprend les symptômes et les signes somatiques de la maladie : douleur, céphalée, fièvre, asthénie, nausée, toux.

Le secteur RI, secteur des relations Intra-interpersonnelles, contient le matériel psychologique à charge émotionnelle élevée, fréquemment éliminée ou réprimée par le malade.

Dans ce secteur, se trouve les éléments essentiels, psychologiques, sociaux, et environnementaux de la vie du malade (impression, humeur, jugement, peur, expérience, attitude envers les autres).

La bande horizontale représente une zone médiane neutre interposée entre les symptômes et signes physiques et le matériel psychologique; elle englobe le sommeil, le repos, les loisirs, la vie quotidienne, les intérêts sociaux. Vous pouvez observer que la bande horizontale est interrompue en deux endroits par un espace ouvert, traversée par des flèches orientée vers le haut et vers le bas.

Ce détail iconographique illustre un fait important, à savoir qu'il n'y a jamais de séparation nette entre la situation somatique et le domaine psycho-socio-environnementale du malade.

Les deux domaines s'influencent réciproquement au point que même les maladies strictement organiques telle qu'une fracture ou une pneumonie, ont une répercussion immédiate sur la psyché du malade et, vice versa, toute perturbation d'une certaine importance dans le domaine de la vie psychique, sociale et environnementale du malade, peut provoquer ou contribuer à provoquer, à maintenir ou à aggraver des maladies à caractère somatique.

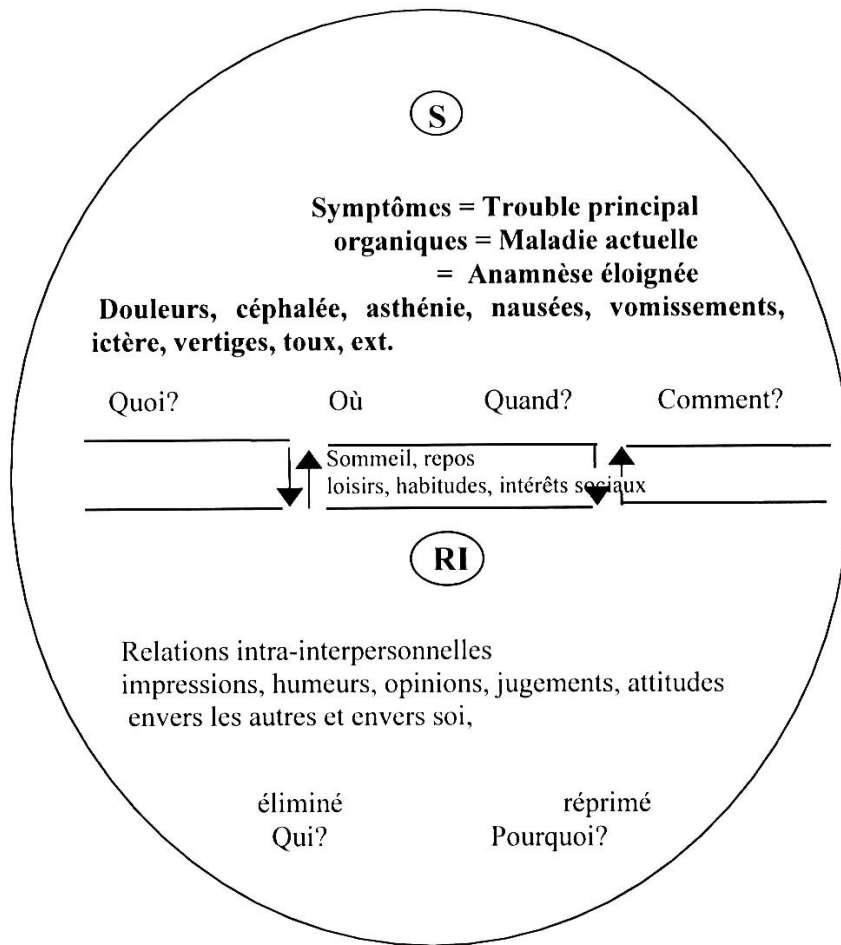
Le schéma de Lisansky démontre que si le médecin, lors de l'enregistrement de l'anamnèse tient uniquement du secteur S, au-dessus de la bande, il n'obtiendra que des informations sur la situation organique, somatique du malade, information inévitablement tronquée et partielle parce que privée de données du secteur RI au dessous de la bande, données qui influencent les données somatiques et en sont influencées.

La nécessité de recourir à « l'anamnèse associative » décrite par DEUTSCH dès 1939, semble donc évidente; avec cette technique anamnétique, le médecin recueille donc les informations situées de part et d'autres de la bande, consécutivement, pour établir un diagnostic englobant les interrelations entre la maladie organique et la personnalité du malade.

Aujourd'hui encore, dans la majorité des cas, l'entretien anamnétique se déroule sous le signe d'un grossier malentendu : d'un côté, le patient limite son récit au symptôme et signe de la maladie organique, avec la conviction que seuls ceux-ci intéressent le médecin; de l'autre côté, celui-ci est enclin à favoriser l'équivoque du malade et limite son intérêt au secteur de la maladie organique, au dessus de la bande, oubliant l'énorme masse de renseignement précieux qu'il pourrait obtenir en élargissant son interrogatoire au niveau du secteur R.I.

Pourquoi en est-il ainsi? un peu par manque de temps, mais surtout parce que le matériel contenu dans la zone R.I est souvent éliminé ou refoulé par le malade, de sorte que l'enquête relative au secteur R.I exige une technique particulière et une bonne formation psychologique que le médecin n'a reçu ni à l'université ni après l'obtention de son diplôme.

Schéma (d'après E.T Lisansky). L'anamnèse associative en vue d'un diagnostic complet.



L'APPORT DE LA PSYCHANALYSE A LA FORMATION INITIALE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

La rationalité scientifique a toujours eu comme objectif de généraliser, et elle n'a pu se constituer de manière opérante qu'en organisant au sein même de son savoir cette exclusion de la singularité. Dans le même sens, d'aucuns, en l'occurrence de Freud et après lui Lacan, tentaient de rendre compte rationnellement de la réalité psychique d'un sujet et inauguraient pour ce faire la psychanalyse.

La psychanalyse consiste en une cure par la parole avec exploitation de l'inconscient. En suite, par extension, c'est un système de pensées.

A cette définition volontairement simplifiée, nous pouvons rajouter que la psychanalyse se donne aussi pour objectif de rendre à l'individu un savoir essentiel, celui de sa propre souffrance.

Pour sortir de l'impasse, il faudrait que la médecine accepte de se laisser interpellé par d'autres rationalité que celles de la science, qu'elle tolère qu'un autre discours puisse être tenu, un discours qu'elle maîtriserait moins, une rationalité différente.

Si elle veut que le malade soit reconnu comme sujet, il faudrait qu'elle consente à penser son propre cadre de pensée et qu'elle laisse sa place à l'élaboration d'une logique du pas-tout.

La psychanalyse, en tant que « dernière fleur » de la médecine est en mesure de contribuer à cette autre rationalité et, par là, de participer à la mise en place de la réflexion épistémologique qui manque cruellement à la médecine.

C'est ainsi que le médecin, qui veut réellement recueillir une anamnèse complète, doit orienter l'entretien de manière à comprendre non seulement les symptômes d'une maladie mais encore la personne qui vient lui demander de l'aider.

Dans le même ordre d'idée, un médecin est supposé comprendre ses patients avec la plus grande diversité possible de regard. Notons aussi que dans le discours médical, le signe renvoie à quelque chose, à une cause, alors qu'en psychanalyse, il renvoie à un sens.

Ce qu'il faut souligner aujourd'hui aussi, c'est que les médecins généralistes voient arriver des demandes qui ne sont plus vraiment médicales, aussi bien la scène de ménage larvée que l'insatisfaction d'un travail monotone, tout cela d'ailleurs pouvait à la rigueur fait partie de son quotidien de médecin, mais au cours d'une formation entièrement consacrée à l'apprentissage scientifique de la machine corporelle et de ses avatars, ce dernier a été très peu préparé à ce genre de travail.

Ce qu'il a appris lui sert peu et c'est dans le champ de ce qu'il ne sait pas, qu'il est le plus souvent interpellé.

Il faut préciser qu'il ne s'agit nullement aussi de faire en sorte que le médecin généraliste puisse pratiquer la psychothérapie réservée aux spécialistes et pour ceux dont le souhait est de modifier leurs comportements ou de venir à bout de symptômes qui les handicapent, mais il est très important qu'il puisse assurer cette fonction de « porter la parole du patient » ce qui, par ailleurs, est psychothérapeutiquement voir refuser la souffrance d'autrui, c'est lui dénier radicalement son identité. C'est certainement là l'origine de la plus grande des douleurs.

L'APPORT DE LA SOCIOLOGIE A LA FORMATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

L'étudiant en médecine n'est pas initié à la connaissance de la société dont il est issu.

Ainsi, l'enseignement qu'il reçoit est en dehors de toute contextualisation. Cet enseignement se veut « scientifique », donc objectif, comme si en apparence, le médecin va soigner la maladie et non le malade.

A titre d'illustration, et pour mieux comprendre, par exemple l'impact de la précarité sociale en Algérie sur l'état de santé sur le citoyen, le rapport du CNES de conjoncture du premier semestre 1999 en avance des chiffres qui on finit par décrire un phénomène qui était considéré comme tabou.

Nonobstant ses richesses, l'Algérie comptait un pourcentage important de personnes vivant la précarité.

En travaillant par recoupement et par comparaison, le CNES arrivait à conclure que douze millions d'algériens, soit 40,20% de la population, vivent dans la privation tandis que deux millions souffrent d'une pauvreté extrême.

Un cinquième des familles disposent d'une ration calorique inférieure à la moyenne, et plus d'un million d'enfants souffrent de malnutrition, dont 100.000 sous une forme sévère.

L'ajustement structurelle a entraîné une perte de près de 400.000 emplois entre seulement 94 et 98 (El Watan du Dimanche du 28/01/2001, n°3084).

Pour mieux encore appréhender l'apport de la sociologie à la formation initiale des médecins, il est préférable de revenir à la définition de l'objet de cette discipline.

La sociologie est l'étude des relations sociales, une séance qui montre que derrière des situations, il y a des rapports entre êtres et groupes humains.

La sociologie analyse aussi la manière dont les personnels médicaux agissent et réagissent entre eux lorsqu'ils appliquent une stratégie diagnostique ou thérapeutique. Elle étudie aussi la signification subjective qu'ils attachent à leur action, et la façon dont ils tiennent du comportement d'autrui, la nature de leurs rapports avec le malade, et la manière dont celui-ci perçoit son état et les soins.

Cette qualité a trois composantes :

- La qualité des soins techniques (quality et technical care).

- La qualité de la relation interpersonnelle (goodness of the interpersonal relationship).

- La qualité du confort (goodness of the amenities of care).

Pour l'évaluation des technologiques, (au sens de l'office of technology assesment) la sociologie « étudie les structures organisationnelles et institutionnelles, ainsi que les procédures. Dans toutes décisions, il n'y a jamais une seule rationalité, mais plusieurs (technique, économique, social) qui peuvent coexister.

L'évaluation n'y échappe pas. Prenons l'exemple des conférences de consensus.

Des conférences de consensus visent à développer des recommandations à propos d'une pratique médicale ou d'une intervention de santé au sujet desquelles il existe des controverses portant sur l'interprétation des données scientifiques existantes ou bien un décalage présumé ou mesuré entre l'état des connaissances et l'état des pratiques ou certaines pratiques professionnelles du fait d'une méconnaissance ou d'une non-mise en pratique des connaissances.

La conférence proprement dite, qui se déroule sur deux ou trois journées, débouche sur des conclusions et des propositions, émises par un jury, qui « doivent pouvoir aider les médecins et les patients dans les décisions qu'ils prennent dans la pratique clinique quotidienne ».

Pourquoi ne pas se limiter à une réunion d'expert? si l'on est ainsi, c'est que les médecins, les malades à qui s'adressent les recommandations les suivent mieux si elles émanent d'un groupe auxquels ils s'identifient plus qu'à des experts.

Cela rappelle les travaux de Kurt Lewin sur les changements des habitudes alimentaires:

1) Pour amener les américains, en 1943, à consommer les abats, nourriture dépréciée par les consommateurs et difficile à conserver, et éviter le rationnement des autres morceaux.

2) Pour inciter les mères à donner à leurs enfants des jus de fruits et de l'huile de foie de Morue.

Dans les deux cas, deux moyens d'interventions avaient été comparés :

Des conférences d'experts et de groupes de discussions ou les femmes posaient des questions et décidaient.

Les résultats furent bien supérieurs dans le second cas.

Toute procédure destinée à modifier un comportement ne saurait se limiter à la seule présentation des données scientifiques. Elle doit inclure d'autres paramètres, dans la mesure où l'être humain, sollicité d'agir, ne répond pas à la demande en fonction des seules variables techniques.

L'APPORT DE L'ANTHROPOLOGIE A LA FORMATION INITIALE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

L'anthropologie médicale centre son intérêt sur les différentes maladies et les problèmes sanitaires ainsi que les systèmes de santé.

Les anthropologues avec les chercheurs dans le domaine médical ont pu établir un constat selon lequel les causes des maladies diffèrent d'une société à une autre.

Ils ont montré l'impact des habitudes alimentaires sur l'état de santé de populations, et le rôle important que peuvent jouer les croyances et les pratiques culturelles et sociales dans les soins et le domaine de la santé, et notamment dans l'élaboration des différents programmes de santé destinés aux populations.

« La médecine, comme le dit Henri Pequignot est la rencontre d'une technique scientifique et d'un corps », c'est à dire la relation qui jaillit de la confrontation entre deux champs de connaissance et de signification:

- Le champ du malade caractérisé par la souffrance et la conscience de l'expérience morbide avec ses composantes irrationnelles d'angoisses et d'espérances.

- Le champ du médecin qui, dans le cas du diagnostique, du pronostique et du traitement, est le seul sujet des énoncées socialement légitimes et fonde précisément sa pratique sur la récusation d'une partie de l'expérience du malade (notamment de la jouissance, du désir, du langage et du « vécu » de la souffrance) au profit de ce que Jacques Monod appelle « la connaissance objective comme seule source de vérité authentique ».

Le constat que l'on peut établir est que, lorsqu'on parle d'étiologie dans notre société, on considère presque toujours exclusivement la seule étiologie scientifique de la médecine contemporaine et pratiquement jamais l'étiologie subjective mais simultanément sociale qui est celle des malades eux-mêmes. L'idée largement dominante est que la causalité « bio » médicale est indemne de représentation, comme si nous éprouvions de la difficulté à admettre que l'interprétation de la maladie est un phénomène social qui n'est pas seulement le fait des spécialistes mais d'absolument de tout le monde.

Corrélativement, le point de vue des clients ou des (consommateurs) est la plupart du temps apprécié comme une source d'ignorance ou de méconnaissance par rapport à cette médecine.

Nous essayerons de résumer cette situation de carence des recherches anthropologiques concernant l'interprétation étiologique de la maladie par les malades de la manière suivante :

1- Une grande partie des travaux menés en ethnomédecine intègre bien dans son champ de recherche cet objet précis d'investigation, mais il concerne pour l'essentiel, les sociétés qui ont évolué en dehors dans notre aire culturelle et qui refusent la médicalisation savante.

2- Les travaux menés du point de vue de la sociomédecine (c'est à dire par la sociologie médicale mais aussi par les praticiens de la santé qui développent leur propre anthropologie pour ainsi dire de l'intérieur) se présentent comme rigoureusement inversés par rapport aux précédents. Ils concernent bien cette fois notre propre société, mais se donnent comme champ thématique privilégié l'étude du corps médical lui-même, et plus encore, les systèmes institutionnels et tout particulièrement l'hôpital qui, comme le soulignait déjà Jacques Maître 1973, exerce une véritable fascination sur la sociologie médicale. Or, ce choix privilégié pour la société globale et la médecine scientifique elle-même, s'effectue au détriment de ce qui est vécu par les malades, qui ne semble pas intéresser outre mesure les sociologues.

3- En revanche, l'exploration de cet aspect de la maladie connaît dans les pays développés un développement considérable de la part des sciences psychologiques. Psychologues, psychiatres, psychanalystes, psychosomaticiens multiplient les colloques, les congrès, les revues spécialisées de ce qui est devenu un champ disciplinaire à part entière : La psychologie médicale qui, elle, intègre toujours le point de vue du malade.

S'agissant du vocabulaire utilisé, et afin d'exprimer cette bipolarité à partir de laquelle se structure la relation médicale, la langue française ne dispose que du mot malade, là où la langue anglaise possède une triple terminologie :

* Disease (la maladie telle qu'elle est appréhendée par le savoir médical).

* Illness (la maladie telle qu'elle est éprouvée par le malade).

* Sickness (un état beaucoup moins grave et plus incertain que le précédent comme le mal de mer, le mal de coeur et plus généralement le malaise).

Or c'est à partir de cette triple terminologie que les chercheurs anglo-saxons ont tenté, depuis une dizaine d'années, de construire des concepts dont la langue française est totalement dépourvue.

La formation médicale et l'exercice doivent apparaître non plus seulement comme une formation et un exercice professionnel mais aussi comme une culture apportant un certain esprit. Jean Bernard nous l'a dit : « le grand malheur pour un malade, c'est d'être soigné par un médecin ignorant...la conscience sans la science est inutile. La sensibilité, même sincère, qui cache derrière l'incompétence, est dangereuse ».

CONCLUSION

Il y aurait donc un avantage considérable à ce que puissent coexister dès le début de la formation des médecins le savoir médical scientifique et une réflexion épistémologique sur les limites de ce savoir. C'est à partir de cette dernière que la place pourra alors être faite à une autre rationalité amenant, dans un second temps, à la coexistence de deux rationalités différentes, l'une, que l'on pourra alors dire « forte » et une autre que l'on pourra qualifier de « faible » car elle n'a de poids que si elle est d'abord reconnue par la première.

Sans doute, terminer par ces quelques perspectives pourraient apparaître bien mince, et d'aucuns pourraient penser que la montagne a accouché d'une souris, mais en ce domaine, la souris n'a-t-elle pas la dimension d'une montagne?

Qu'est ce qu'une parole face à l'appareillage médical d'aujourd'hui, mais qu'est ce que cet appareillage face à ce que suppose une parole?

Ouvrages consultés

- ❑ Constantino-Frandolo: "Technique, art et erreurs de la communication", Edition Payot, pp. 146, 153.
- ❑ F.M Katz et R. Snow: "L'évaluation des programmes de la santé", Edition O.M.S., Genève, 1981, pp.13-15.
- ❑ F. Laplantine: "Anthropologie de la maladie", Edition Paris, 1986, pp. 17, 18, 19, 21.
- ❑ Grangaud, Mebtoul, Berriche : "Séminaire sur les programmes de santé maternelle et infantile", Edition ANDS, Algérie, 1997, pp. 41, 42
- ❑ J.P. Lebrun : "De la maladie médicale", Edition de Boeck, Bruxelles, 1993.

Reuves

- ◆ Revue Médecin du Maghreb, 1989, n°13, p. 146, du 22 aout 1988.
- ◆ Revue de Santé publique et sociale, 1999, Edition DFAC, p. 52.
- ◆ Le rapport de l'OMS : "L'évaluation des programmes de santé publique et formation pédagogique des enseignants", n° 01, 1973.
- ◆ Le rapport de l'OMS, n° 534, "La formation permanente".
- ◆ Article El Watan, "Des médecins du dimanche", 28/01/2001, n°3084. ❑

