

Marc Zaffran



Médecin de famille

Les Presses de l'Université de Montréal

Profession médecin de famille



**Collection dirigée
par Benoît Melançon**

**Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives
nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada**

Zaffran, Marc

Profession, médecin de famille

(Profession)

Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 978-2-7606-2243-2

1. Omnipraticiens. 2. Médecine familiale - Pratique. 3. Médecine
familiale - Aspect social. 4. Zaffran, Marc. I. Titre. II. Collection:
Profession (Montréal, Québec).

R729.5.G4Z33 2011 610.69³5023 C2011-942563-7

Dépôt légal : 4^e trimestre 2011

Bibliothèque nationale du Québec

© Les Presses de l'Université de Montréal, 2011

ISBN (papier) 978-2-7606-2243-2

ISBN (PDF) 978-2-7606-2741-3

ISBN (ePub) 978-2-7606-2740-6

Les Presses de l'Université de Montréal reconnaissent l'aide finan-
cière du gouvernement du Canada par l'entremise du Fonds du livre
du Canada pour leurs activités d'édition.

Les Presses de l'Université de Montréal remercient de leur soutien
financier le Conseil des arts du Canada et la Société de développe-
ment des entreprises culturelles du Québec (SODEC).

MARC ZAFFRAN

Profession médecin de famille

Les Presses de l'Université de Montréal

Préambule

*À celles et ceux
Qui s'en viennent.*

« Médecin de famille. »

L'expression en dit beaucoup plus qu'on ne l'imagine. La figure du médecin de famille est chargée de symboles, de souvenirs d'enfance, d'émotions intenses et d'expériences de vie marquantes. Elle véhicule son poids d'histoire et de réalité contemporaine. Et, parce que l'expression est riche, il est difficile d'en faire le tour en quelques mots ou quelques pages.

Lorsque j'étais étudiant en médecine, en France au cours des années 1970, j'ai lu plusieurs livres écrits par des médecins de famille (à l'époque, on disait « médecins généralistes » ou « omnipraticiens ») alors en activité. L'époque était propice à la réflexion et aux publications sur le sujet. Certains de ces livres m'ont durablement marqué.

Trente-cinq ans plus tard, j'entreprends à mon tour de décrire comment la médecine générale est devenue, sous mes yeux, une spécialité à part entière, qui exige de hautes compétences scientifiques et relationnelles, ainsi qu'une ouverture d'esprit et une créativité importantes. Cette définition, à elle seule, a de quoi rebuter des étudiants incertains de leurs capacités.

Mon but en écrivant ce livre est de leur montrer que ces qualités ne sont pas innées et ne concernent pas seulement des individus hors du commun. On ne naît pas médecin de famille, on le devient, par la force des choses et aussi par une série de hasards et de choix.

Je n'ai pas pour vocation d'épuiser le sujet: des équipes entières de praticiens-écrivains s'y emploient, de manière bien plus méthodique. J'aspire, plus modestement, à présenter ma profession à ceux qui n'en ont qu'une vision partielle et peut-être partielle, aux étudiants, hommes et femmes, qui, intrigués par la médecine de famille, sont peut-être inquiets ou hésitants à l'idée de s'y engager.

Pour décrire au mieux ce que j'ai appris au cours de ces trente-cinq années de formation, de pratique et de réflexion, j'ai choisi une forme un peu particulière: celle d'un récit autobiographique couvrant quatre décennies. Certains lecteurs pourront s'en étonner. Cependant, comme Jacques Ferron, William Carlos Williams, Norbert Bensaïd et tant d'autres médecins-écrivains dans le monde, je suis intimement persuadé que la narration est l'outil humain le plus polyvalent et le plus «naturel» pour communiquer du savoir, des émotions, des réflexions et des valeurs.

Certes, j'ai fait mes études dans les années 1970, exercé en cabinet médical rural du début des années 1980 à 1993 et dans un hôpital de province jusqu'en 2008, tout cela en France. Au futur médecin de 2011 au Québec, ma pratique personnelle pourra de prime abord sembler très éloignée, peut-être même un peu exotique.

Mais si la réflexion et la formation médicales ont encore, au Québec, trente ans d'avance sur la France, nombre de problématiques sont similaires: difficultés d'accès aux soins, manque de disponibilité des médecins, mauvaise gestion des ressources matérielles et

humaines, charges administratives écrasantes, influences négatives des industriels de la santé. Les enjeux professionnels et éthiques de la pratique médicale, la spécificité de la médecine de famille et les aspirations des professionnels sont strictement identiques des deux côtés de l'Atlantique, comme ils le sont partout sur la planète.

La médecine de famille ne s'est pas construite du jour au lendemain. Son histoire en tant que discipline reconnue est toute jeune. Même si son évolution n'a pas été exactement la même partout dans le monde, la nature de ses activités et les questions scientifiques, sociales, politiques et éthiques qui la traversent et qu'elle soulève n'ont pas de frontières géographiques ou culturelles.

Les particularités de la médecine de famille au Québec m'ont éclairé sur celles de mon propre exercice passé et récent. J'espère que ce récit d'une pratique très proche par son esprit aura sur les lecteurs le même effet de mise en perspective et d'éclairage que celui dont j'ai bénéficié depuis mon arrivée au Canada.

Mais ce préambule est déjà trop long.

Installez-vous donc, j'ai quelques histoires à vous raconter.

1

Découverte

J'ai treize ans et je suis aux anges. Assis à la place du passager dans une Renault 4L, j'accompagne mon père dans une de ses tournées. On est en mai 1968 et, bien que nous ne vivions qu'à quatre-vingt kilomètres de Paris, les jets de pavés et de grenades lacrymogènes entre étudiants et policiers me semblent se dérouler sur une autre planète. La route qui défile devant nous est plate comme la main, tout comme les champs de céréales qu'elle traverse. Nous sommes en Beauce, le «grenier à blé» de la France. La 4L tangué, vibre et ondule, mais je n'ai pas le mal de mer, je suis heureux.

Mon père, Ange Zaffran, me parle en conduisant.

J'adore mon père. Il ressemble un peu à Edward G. Robinson dans ses rôles de truands, mais il ne m'a jamais fait peur. À mes yeux, il est la bonté incarnée.

Il est médecin généraliste dans une petite ville française de 10 000 habitants, Pithiviers. Il s'y est installé en 1963 après avoir exercé la médecine en Algérie pendant près de vingt ans. Son cabinet médical est situé au rez-de-chaussée de notre logement, une «maison de docteur» depuis plusieurs générations, mais dans laquelle nous vivons depuis cinq ans seulement. Chaque jour à 17 heures, quand je rentre du lycée, je le trouve assis dans son bureau, la porte ouverte, après le départ du dernier patient. En atten-

dant de sortir faire ses visites à domicile, il lit l'hebdomadaire satirique *Le Canard enchaîné* ou un hebdomadaire de courses hippiques: comme des millions de Français, il joue au tiercé tous les dimanches. Lorsque j'apparais à la porte de son bureau, il me demande comment s'est passée ma journée; je commence à lui dire ce que j'ai appris et je m'assieds sur le divan d'examen sur lequel des patients se sont allongés quelques minutes ou quelques heures plus tôt. Il m'écoute et, au détour d'une question — j'ai toujours des questions à lui poser —, il se met à me parler de son enfance, de la ville où il a grandi, de l'école qu'il a fréquentée.

Le téléphone sonne; c'est l'épouse d'un de ses patients. Elle aimerait savoir quand il va passer le voir. À la manière dont Ange lui répond, je comprends qu'elle a déjà appelé, qu'elle est inquiète. Il dit qu'il part sur-le-champ et, comme il n'a pas fini de me raconter son histoire, il me propose de l'accompagner.

Il remet les lunettes qu'il essuyait pensivement quelques instants plus tôt, se lève, saisit une petite sacoche posée sur un meuble, sort du bureau, se plante au pied de l'escalier et appelle ma mère pour la prévenir qu'il part en tournée.

Il lui dit le nom des patients qu'il va voir, afin qu'elle puisse le joindre si quelqu'un d'autre demande une visite entre-temps. Les cellulaires n'existent pas encore, et nombre de gens n'ont pas le téléphone chez eux, mais ma mère sait toujours chez qui le joindre.

Beaucoup de patients de mon père vivent hors de Pithiviers, dans un rayon de vingt kilomètres. Même s'il n'a que quelques visites à faire, si c'est aux quatre coins du canton, la tournée peut durer trois heures. Nous rentrerons seulement passé l'heure du souper.

Quand j'accompagne mon père, nos conversations ont toujours deux versants. En partant vers le domi-

cile d'un patient, il continue l'histoire qu'il avait commencé à me raconter: comment un prof de violon, après l'avoir écouté poser la première fois un archet sur des cordes, a préféré l'emmenner à la pêche. Ou comment, lorsqu'il était enfant puis adolescent, il jouait au foot avec un camarade de classe nommé Albert Camus. Ça, c'est le versant drôle, épique, coloré.

Puis il guide la voiture sur un chemin étroit, pénètre dans une cour de ferme où un chien nous accueille en aboyant et il se gare devant un bâtiment d'habitation. Il allume la radio pour que je ne m'ennuie pas et, saisissant la petite sacoche posée sur le siège arrière, il sort à la rencontre de la femme qui va le guider vers le malade.

Je ne regarde pas les poules, les oies ou le chien qui tourne autour de la voiture. Je sors un livre et je lis, ou un cahier et j'écris. Je ne vois pas le temps passer.

Quand mon père ressort, quarante minutes ou une heure plus tard, son visage est sombre. Il me demande si j'ai faim, si je veux qu'il me dépose à la maison avant d'aller voir le patient suivant. Il est prêt à faire trente kilomètres de plus pour que je soupe à une heure correcte, mais je préfère rester avec lui.

Lorsque la voiture quitte la cour de ferme, je l'entends soupirer.

— Quelle misère. Quel malheur. Il y a vraiment des gens qui n'ont pas de chance.

Je sais qu'il parle du patient très malade qu'il vient de voir et d'écouter, de sa femme qu'il a tenté de reconforter de son mieux, des enfants qui vont peut-être bientôt perdre leur père. Je n'en saurai pas plus, car il ne me décrit jamais ce qu'il a vu ou entendu. Il me parle de ses sentiments, il évoque des histoires similaires, vécues pendant ses études de médecine; il vitupère les hôpitaux sans âme, les praticiens sans

délicatesse, l'administration sans pitié, les créanciers sans scrupules.

Dans la maison, là-bas, autour de l'homme abattu par la maladie, une famille souffre et s'inquiète.

Mon père est médecin généraliste, mais, dans le couloir de la maison, j'entends souvent les patients parler de lui en disant « mon médecin de famille ». Dans mon esprit de préadolescent, je crois comprendre qu'il entretient avec eux une relation intime. Je ne comprends pas bien la nature de cette relation, mais elle ne me surprend pas. Après tout, mon père est aussi le « médecin de la famille » — *notre* famille. Médecin de la famille, médecin de famille. Je suis loin, alors, de saisir la subtilité et la richesse de ce qui sépare et unit simultanément les deux expressions.

2

Figure

Depuis toujours, j'ai le sentiment que, parmi les humains, des individus sont « faits pour soigner ». Le comportement de « soignant » n'est d'ailleurs pas spécifique de l'espèce humaine. Comme d'autres comportements instinctifs — nourrir ses petits, lancer des signaux d'avertissement à la vue d'un prédateur ou indiquer la présence d'une source de nourriture —, les soins existent chez de nombreuses espèces, y compris chez les grands primates, dont nous sommes les proches cousins.

Il est plausible que, bien avant le développement de l'agriculture et l'invention de l'écriture, au sein des petits groupes de chasseurs-cueilleurs du paléolithique, des hommes et des femmes aidaient déjà les femmes à accoucher, réchauffaient les nouveaux-nés, donnaient à manger ou à boire à ceux qui avaient un membre cassé ou de la fièvre.

Certains, ayant remarqué que des animaux pansaient leurs plaies avec de l'argile ou mastiquaient des plantes quand ils étaient malades, ont essayé à leur tour; ceux qui ont survécu et guéri ont transmis leur découverte à un descendant, à une disciple.

D'autres ont eu l'idée de faire des attelles, d'arracher des dents douloureuses ou même de trépaner le crâne d'un des leurs pour en faire sortir l'esprit ou le démon qui, pensaient-ils, le faisait convulser.

D'autres encore, réputés capables d'entrer en contact avec l'au-delà et d'accéder aux secrets de la vie et de la mort, écoutaient et prédisaient une rechute ou une guérison. Parfois, leurs prédictions tombaient juste et leur valaient une confiance et un respect souvent mêlés de crainte. Ceux-là étaient sorciers, prêtres, chamanes. À leur manière, avec leurs moyens, ils soignaient. Ils mettaient leur expérience ou leur intuition au service d'une communauté qui les gratifiait en retour, à la mesure de ses attentes, plus encore que de leurs résultats.

Il me semble qu'à cet égard rien n'a vraiment changé. Aujourd'hui, dans les pays développés tels le Canada ou la France, les personnes malades se tournent peu vers les prêtres. Mais le respect, la confiance et la déférence que la population porte aux médecins ont quelque chose de sacré.

J'ai eu de la chance: je n'ai pas grandi dans la crainte des médecins ou dans l'idée qu'ils étaient des individus supérieurs à d'autres. Même si j'avais pour

lui une admiration sans bornes, le médecin qui me soignait, m'éduquait et me racontait des histoires ne me semblait en rien surhumain. Je l'entendais souvent exprimer ses doutes, et son souhait d'être « moins ignorant ». Il me parlait des articles qu'il venait de lire, des choses qu'il apprenait et qu'il ne connaissait pas. Mais jamais il ne m'a laissé entendre qu'il savait ou pouvait tout.

Malgré ses doutes, il était habité de puissantes convictions et, en particulier, celle que tout soignant est l'allié de la personne qu'il soigne. Sans complaisance, mais sans conditions.

J'ai naturellement assimilé le médecin à une figure paternelle bienveillante. Pour cette raison, il m'a fallu, beaucoup plus tard, combattre ce paternalisme dans mes propres attitudes. Car un médecin n'est ni un juge, ni un directeur de conscience, ni un père.

3

Études

J'ai dix-huit ans et j'entre à la Faculté de médecine de Tours, en France. Je viens de passer un an dans une famille et une *high school* nord-américaines. Là-bas, lorsque j'ai confié vouloir être médecin *et* écrivain (j'écris depuis l'adolescence), mes interlocuteurs m'ont répondu: ce sont deux bons métiers. Six mois plus tard, tel n'est pas l'avis des étudiants en médecine français et de leurs enseignants. Pour eux, la forma-

tion médicale prime le reste. Et elle a ses dogmes: il y a des disciplines nobles — la chirurgie, l'obstétrique, la médecine interne — et d'autres qui ne le sont pas. La médecine générale est alors à peine une discipline. Il faudra attendre le début des années 2000 pour qu'elle soit considérée comme une spécialité à part entière¹.

En 1973, on est loin, très loin de cette reconnaissance. Car tout étudiant en médecine qui se respecte prépare l'internat, concours national qui ouvre, par ordre de classement, les portes des services les plus prestigieux. Pour les enseignants de médecine — et pour la plupart des praticiens et des étudiants —, une formation médicale de qualité passe obligatoirement par la filière hospitalo-universitaire: il faut devenir interne, briguer un poste de chef de clinique, devenir maître de conférences agrégé, et ainsi de suite. La médecine générale, déclarent ouvertement les enseignants hospitaliers, est un pis-aller, le dernier recours pour ceux qui n'ont ni l'intelligence, ni la volonté de s'engager dès le début de leurs études dans la voie royale. Les pourvoyeurs de soins de première ligne (on parle aujourd'hui de «soins primaires») que sont les généralistes sont méprisables et méprisés. Les étudiants qui choisissent cette voie sont traités d'incapables ou de paresseux.

La violence de ces propos me révolte: ils sont injustes et indignes, j'en sais quelque chose.

Diplômé de pneumo-phtisiologie, discipline vouée à l'étude et au traitement de la tuberculose, mon père

1. Sans pour autant être reconnue comme telle par l'Université française: à l'été 2011, si l'on tapait «chaire de médecine générale» dans un moteur de recherche, l'expression renvoyait (du moins sur les premières pages de résultat) à des références belges, suisses, canadiennes et même britanniques, mais à aucune en France.

a exercé pendant de nombreuses années comme spécialiste en milieu hospitalier. Le départ de son Algérie natale en quête d'indépendance, une première émigration vers Israël, où il n'a pas pu travailler, puis un second exil vers la France métropolitaine l'ont amené à changer d'exercice. Il avait une famille à nourrir. Il a décidé de reprendre la clientèle d'un médecin généraliste.

Un an plus tôt, mon oncle maternel, qui pratiquait la même spécialité que mon père, s'est installé à Paris en conservant son titre et sa pratique. Pourquoi Ange n'a-t-il pas fait de même? D'abord parce que son ancienne spécialité était en voie de redéfinition depuis l'apparition des antituberculeux et des antibiotiques. Ensuite parce qu'il aimait la diversité, le caractère imprévisible des situations qu'on rencontre quand on reçoit tout le monde, et pas seulement les patients qui souffrent d'un organe ou d'une partie du corps bien précis. En médecine générale, contrairement à l'hôpital, on ne fait pas de tri des patients à leur arrivée. On reçoit tous ceux qui entrent.

Faire de la médecine générale était aussi à ses yeux un nouveau défi intellectuel et professionnel. Formé à l'hôpital, il sait combien cette structure est utile à la population. Quelques années après son installation à Pithiviers, l'hôpital local recrute un médecin-chef pour l'un de ses services. C'est un concours sur titres. Ange se présente et obtient le poste. Pendant plus de quinze ans, il mènera de front sa pratique en cabinet privé et ses responsabilités d'attaché au service de «Médecine I». Matin et soir, dimanches et jours fériés, il ira s'occuper de vingt-cinq ou trente malades et épauler les infirmières. Pendant mon adolescence, je l'ai vu souvent, au retour de sa tournée, apprendre de la bouche de ma mère que l'hôpital avait appelé. Il

n'ôtait pas son manteau, il rappelait, il écoutait, il disait: «Je viens.»

À la même époque, il m'est arrivé de l'accompagner dans le service. Je n'entrais pas dans la chambre des patients, bien sûr, mais je l'entendais saluer les aides-soignantes par leur nom, je le voyais discuter avec les infirmières, je le suivais dans son bureau quand il voulait me montrer et m'expliquer des radiographies, des électrocardiogrammes, des planches anatomiques — et me raconter de nouvelles histoires. Il savait que je voulais devenir médecin et il m'y préparait à sa manière.

À de nombreuses reprises, j'ai rencontré les jeunes médecins qui le remplaçaient lorsqu'il partait assister à un congrès. Je l'entendais partager ce qu'il savait avec eux. Je croisais les étudiants qu'il accueillait dans son service. Lorsque le doyen de la Faculté de médecine de Tours chercha, au début des années 1970, des médecins prêts à accueillir de futurs généralistes au cours d'un stage pratique alors expérimental, Ange fut l'un des premiers praticiens à se porter volontaire. Il n'était pas seulement médecin généraliste et praticien hospitalier. Il était aussi un formateur.

Si bien que lorsque j'entends doyen et professeurs en chaire dénigrer la profession que j'ai vu exercer, j'éprouve une grande colère. De quel droit jugent-ils ainsi ce qu'ils ne connaissent pas, ce qu'ils ne peuvent pas connaître? De quel droit découragent-ils ceux qu'ils prétendent former de choisir un exercice riche et respectable? De quel droit méprisent-ils ceux qui soignent et enseignent hors de leurs murs?

4

Modèles

À l'intérieur des institutions dogmatiques, il y a des personnes qui ne le sont pas. Très vite, je me tourne vers les praticiens les plus ouverts de l'hôpital universitaire. Ils sont chirurgien urologue, réanimateur, cardiologue, bactériologiste, orthophoniste, hématologue; ils ont beaucoup à transmettre et me donnent beaucoup. Leur spécialité n'est pas un univers fermé, mais un tremplin pour une soif d'apprendre qui les entraîne bien au-delà des frontières de leur exercice. Ce ne sont pas de purs esprits, tournés vers la perfection de leurs gestes et de leurs procédures. Ces femmes et ces hommes ont en commun la même *attitude*: tenter de comprendre ce que disent et ressentent les patients. Sans passer les paroles au crible d'une grille de symptômes, mais en essayant de percevoir les choses du point de vue de la personne souffrante.

Que nous disent les larmes de cette femme hospitalisée pour une défaillance cardiaque consécutive à une poussée d'hypertension? Que c'est elle qui s'occupe de tout dans son foyer. Elle peut s'engager à ne plus saler ses aliments et à prendre un diurétique, mais il est urgent pour elle de quitter l'hôpital rapidement: son mari et ses enfants sont perdus en son absence et c'est cela, d'abord, qui est prioritaire pour elle.

Que nous dit le regard de reproche de cet homme qui a subi un grave infarctus du myocarde? Qu'il

soupçonne la gravité du diagnostic et voudrait en connaître précisément la nature et les conséquences, afin de prendre les dispositions qui conviennent pour assurer la sécurité de sa famille.

Que signifie l'angoisse de cette femme à qui l'on a trouvé une tumeur encore non identifiée dans son rein? «Peu importe ce que c'est. Enlevez-moi ça au plus vite.»

Les praticiens hospitaliers que j'ai «choisis» ne sont pas généralistes, ni médecins pour certains d'entre eux, mais ce sont tous des soignants.

Ils aiment leur discipline, leurs outils et les exigences de leur travail. Ils aiment l'hôpital, son décorum et ses rituels, mais ce qui les préoccupe avant tout, c'est le confort des personnes. Leur attitude ressemble à celles du médecin de famille que j'ai suivi en tournée pendant mon adolescence. Quel que soit leur champ de compétence, ils ont des traits communs: le goût du travail en équipe; le respect des étudiants; une curiosité scientifique insatiable; une constante remise en cause de leur pratique. Ces traits me sont familiers; je sais que je peux prendre ces soignants-là pour modèles.

5

Lectures

En France, dans les années 1970, tandis que l'on m'enseigne l'analyse des symptômes et le diagnostic des maladies, plusieurs figures de médecins donnent de la voix hors des murs de la faculté et

publient des ouvrages marquants. Le cancérologue Léon Schwarzenberg milite pour que l'on dise la vérité aux patients atteints de cancer et qu'on s'interroge avec eux sur le traitement de la douleur et les conditions de la fin de vie. Le pédiatre Alexandre Minkowski fonde la néonatalogie française et attire l'attention des médias sur l'insuffisance des moyens consacrés à cette discipline émergente. L'obstétricien Frédérick Leboyer plaide pour une naissance sans violence. Tous appellent à une pratique médicale « plus humaine »; ils ont les honneurs des journaux, de la radio, de la télévision.

D'autres voix, moins médiatiques car plus dissidentes, s'élèvent pour critiquer la médicalisation galopante de la société occidentale: *Némésis médicale* (1975) d'Ivan Illich est alors l'une des lectures obligées des étudiants engagés. Des généralistes tels Gérard Mérat (*Moi, un médecin*, 1975) et Jean Carpentier (*Médecine générale*, 1977) contribuent à cette réflexion dans des ouvrages mêlant le témoignage à l'engagement idéologique. Mais le livre qui me frappe le plus, *La consultation* de Norbert Bensaïd, est différent. C'est un livre engagé, sans aucun doute, mais son engagement ne réside pas dans une analyse politique ou sociale des conditions d'exercice de la médecine.

Sous le nom de l'auteur et le titre, la couverture porte ces mots: « Le malade s'assied. Il parle. Le médecin l'écoute, l'examine, fait un diagnostic, prescrit un traitement ou des examens. Voilà le schéma. Mais ce que ce malade est venu chercher, ce qui rend la médecine générale irremplaçable, déborde ce schéma. Dans tous les cas. »

En moins de deux cents pages, Bensaïd livre la description subtile et précise de sa pratique quotidienne à travers une suite de rencontres et d'échanges avec des patients. Son récit révèle en termes lumineux la

complexité, la richesse et les ramifications innombrables de la relation de soins en médecine générale.

La consultation me marque profondément. Bensaïd me fait entrevoir sous un jour nouveau la richesse de sa discipline en laissant clairement entendre que la médecine générale prend en compte la personne souffrante et tout son entourage — que c'est, véritablement, *une médecine de la famille*; ensuite, il m'initie à l'une des formations relationnelles les plus riches que puisse entreprendre un soignant, les groupes Balint (j'y reviendrai au cours de mon itinéraire, et de ce livre); enfin, il me montre que l'expérience professionnelle, émotionnelle et intellectuelle d'un médecin peut être transmise par la narration.

À la même époque, je suis exposé à des écritures plus discrètes mais non moins déterminantes. Un soir de 1977 ou 1978, deux médecins exerçant dans de petites villes du département sont reçus dans un amphithéâtre par une poignée d'étudiants. Ils font partie du tout jeune Syndicat de la médecine générale et nous ont apporté quelques numéros de leur revue trimestrielle, *Pratiques ou les Cahiers de la médecine utopique*. Dans ces pages, à défaut de pouvoir publier dans les revues professionnelles, des médecins de famille expriment librement leur volonté d'analyser toutes les pratiques et de parfaire leurs connaissances dans des matières notoirement mal enseignées.

Au cours des années 1970 et 1980, en France, on pouvait, en effet, recevoir son diplôme de médecin sans jamais avoir appris à prescrire et à suivre de manière appropriée une contraception, un médicament anti-épileptique, l'insuline d'une personne diabétique, la rééducation d'un patient opéré du genou. Plus grave encore: déjà, à cette époque, la quasi-totalité des revues médicales françaises étaient financées par l'industrie pharmaceutique, et le contenu éditorial laissé à l'entière

liberté d'auteurs hospitalo-universitaires, même dans les revues destinées aux médecins de famille. Le savoir médical — en particulier dans le domaine du médicament — s'en trouvait profondément influencé. On sait aujourd'hui que si la prescription de médicaments psychotropes est bien plus importante en Amérique du Nord et en Europe de l'Ouest que dans le reste du monde, ce n'est pas en raison d'une souffrance psychologique plus grande des populations, mais le résultat direct de l'influence de l'industrie, via la presse médicale, sur le diagnostic des troubles psychologiques et les décisions de traitement.

Signe révélateur de la grossièreté des méthodes: le niveau de discours affligeant de la publicité pharmaceutique dans les années 1960 et 1970. Lorsque je feuilletais les revues médicales de mon père, j'y découvrais des placards tels que celui-ci: dans un salon bourgeois, une jeune femme en tailleur brandit un vase de fleurs au-dessus de sa tête avec la visible intention de le fracasser sur le sol. Sous l'image, un slogan déclare: «À toutes vos petites nerveuses, prescrivez-le [tranquillisant X].»

À l'opposé, nombre d'articles de *Pratiques*, rédigés par des médecins de famille formés à la pharmacologie et à la thérapeutique, ouvrent les yeux de leurs lecteurs sur les effets secondaires des médicaments, l'infailibilité supposée des tests diagnostiques, la relativité des «normes» biologiques imprimées dans les ouvrages de référence, les enjeux commerciaux de la désinformation médicale.

D'autres articles de la même revue, témoignages et récits de pratique quotidienne, confirment mes intuitions: la médecine de famille est un domaine intellectuel immense, passionnant, encore largement inexploré. Ces textes m'encouragent et me fortifient dans mon choix professionnel.

Au début des années 1980, plusieurs de ses contributeurs fondent *La Revue Prescrire*, première publication française indépendante consacrée au médicament et à la thérapeutique. Son comité de rédaction adopte les procédures qui ont déjà cours dans le monde médical anglais et nord-américain: les comités de pairs, la lecture critique, la recherche bibliographique, les débats contradictoires.

Résolument tournée vers les professionnels de terrain que sont les médecins de famille et les pharmaciens d'officine, *La Revue Prescrire* milite pour une information scientifique fondée sur les faits et poursuit sans relâche son travail de réflexion et de divulgation. Membre de la prestigieuse International Society of Drug Bulletins (www.isdbweb.org), elle reste à ce jour le mensuel français de référence sur le médicament.

En 1982, je soutiens ma thèse et reçois mon diplôme de docteur en médecine.

L'année suivante, l'un des rédacteurs de *La Revue Prescrire*, médecin en banlieue parisienne, avec qui j'ai échangé quelques courriers, m'invite à venir assister au comité de rédaction hebdomadaire du mensuel. Dès mon arrivée, on me propose de rédiger des notes de lecture; la semaine suivante, un article, et ainsi de suite. Je contribuerai à la revue pendant six années en tant que chroniqueur, responsable de rubrique, puis rédacteur en chef adjoint. En même temps que je me mets à exercer, j'y apprendrai ce qu'on ne m'a pas enseigné à la faculté.

6

Dilemme

De fait, j'ai beaucoup à apprendre. Au début des années 1980, en même temps que je terminais ma formation à l'hôpital du Mans, établissement important de l'ouest de la France, j'ai commencé à faire des remplacements de médecins de famille en milieu semi-rural. J'ai découvert que les patients vus en consultation ou en visite à domicile ne se comportent pas du tout comme les malades hospitalisés. Ils ne sont ni passifs, ni écrasés, ni silencieux. C'est bien compréhensible: ils sont sur *leur* terrain, dans *leur* univers et, à moins d'y avoir vécu depuis toujours, le médecin s'y introduit en étranger.

Les patients que je croise affichent un grand respect pour les médecins — même s'il s'agit d'un remplaçant peu expérimenté —, mais la plupart savent très précisément ce qu'ils veulent et ce qu'ils ne veulent pas. Plus déstabilisant encore: très peu se plaignent de maladies telles qu'on me les a décrites en cours ou dans les livres. Au contraire, ils invoquent des symptômes étranges, insaisissables, à travers un flot de paroles ou, à l'inverse, un discours monosyllabique désarmant. Car, lorsqu'ils entrent dans le bureau du médecin de famille, les patients ne laissent pas leur vie à la porte. Ils la font entrer avec eux.

Quand un patient arrive à l'hôpital, on l'interroge sur son entourage, son conjoint, ses parents, ses

enfants. En médecine de famille, ces personnes sont mentionnées d'emblée, soit parce qu'elles sont à l'origine de la consultation («C'est ma femme qui a insisté pour que je vienne vous voir!»), soit parce qu'elles ont exprimé une opinion sur le problème de santé actuel («Moi je trouvais que c'était pas grand-chose mais ma mère m'a fait peur et m'a dit que si je consultais pas ça risquait d'empirer»), ou encore parce qu'elles se sont fait l'écho d'attentes communes à l'endroit du médecin («Ma cousine m'a dit que vous êtes très gentil avec les enfants, alors comme mon petit a toujours peur du docteur...»). En médecine générale, quand on ouvre sa porte à un patient, on fait symboliquement entrer sa famille avec lui.

Cette omniprésence de l'entourage n'est pas ma seule grande découverte. Il y en a d'autres, et d'abord celle-ci: la grande majorité des patients d'un médecin de famille sont des femmes. Elles consultent pour elles, accompagnent leurs enfants et leurs parents et poussent dans le bureau le mari qu'elles n'ont pas pu convaincre de venir consulter seul.

Une autre découverte n'est pas moins frappante: alors que l'immense majorité des malades qui se présentent à l'hôpital ont hâte d'en repartir, la plupart des personnes qui entrent dans le bureau d'un médecin de famille ne sont pas du tout pressées d'en sortir; ce qu'elles viennent dire ou entendre ne peut être dit et entendu qu'ici. Les premiers soins qu'elles attendent du médecin, c'est le don de son temps.

Les médecins que je remplace plusieurs fois par an vivent au sein même de la commune ou du quartier où ils exercent. Ils font leurs courses dans les mêmes commerces que leurs patients, conduisent leurs enfants dans les mêmes écoles, font réparer leur voiture chez le même garagiste. Il ne se passe pas de jour sans qu'un patient, croisant «le docteur» dans la rue

ou même sur la route, l'aborde pour lui demander le résultat d'un test, son opinion sur un traitement, l'heure à laquelle il peut passer le voir.

Pendant les années 1980, les médecins de famille français exercent souvent seuls — ou en association avec un autre praticien, avec lequel ils partagent des locaux et des frais, mais pas toujours les réflexions et les doutes. Beaucoup souffrent de cet isolement et, comme j'ai encore un pied dans l'hôpital, ils en profitent pour m'interroger sur des techniques ou des thérapeutiques nouvelles. Plusieurs — mais pas tous, ce qui ne manque pas de me surprendre — sont heureux de parler des patients venus en leur absence, de me décrire leurs activités, de répondre aux mille et une questions que je pose, de relativiser mes angoisses. Plusieurs expriment l'idée que la médecine de famille n'est pas faite pour être exercée seul ni — comme c'est trop souvent le cas, malheureusement — de manière « compétitive ». D'autres restent étrangement muets, comme si le fait de confier leur patientèle à un étranger leur était indifférent.

Où qu'ils naissent, les êtres humains travaillent à vivre bien — et, si possible, longtemps — et à s'épanouir sur le plan personnel. La plupart aspirent à fonder une famille et à accompagner au mieux leurs enfants vers l'âge adulte et la meilleure vie possible. La survie, le développement personnel et le bonheur des proches nécessitent, expliquent et justifient parfois un certain égoïsme.

Cependant, la plupart des êtres humains ont aussi des comportements altruistes qui, dans une certaine mesure, profitent à leurs auteurs. Aider son voisin à réparer sa maison, participer à une activité de nettoyage du quartier ont des retombées bénéfiques pour soi: le jour venu, le voisin rendra la pareille; un quar-

tier bien entretenu est bon pour l'image et la cohésion de ses habitants.

Soigner est l'activité altruiste la plus élémentaire, commune aux mammifères et à un très grand nombre d'animaux: on se soigne pour survivre, mais on prend également soin des siens, qu'il s'agisse de son partenaire, de membres de sa famille d'origine ou de ceux que l'on a engendrés. Et les actes altruistes commencent tôt: dès le plus jeune âge, beaucoup d'enfants font spontanément des gestes de consolation (baisers, caresses) aux autres petits enfants qu'ils voient pleurer ou se faire mal.

Chez de nombreux humains, ce souci de l'autre s'étend au-delà de l'entourage immédiat. Il est compréhensible qu'un certain nombre de personnes décident d'en faire leur métier. Or l'altruisme professionnel met les personnes soignantes devant un paradoxe doublé d'un dilemme: «Jusqu'où puis-je m'investir dans le soin des autres sans compromettre les soins que je dois à mon entourage et à moi-même?»

S'engager dans une profession de soignant, c'est se retrouver plongé chaque jour dans une suite d'interrogations sans fin: «Je m'investis beaucoup dans mon métier, car les patients en ont besoin; de ce fait, je suis moins disponible pour ma famille; et je suis fatigué; si je décide de travailler moins, je serai plus disponible pour ma famille, je pourrai me reposer, mais je priverai les patients de ma présence. Or les patients ont besoin de soins...»

Ce dilemme permanent constitue, en un sens, un conflit d'intérêts intérieur consubstantiel à la fonction soignante. Il justifie à lui seul qu'on ne laisse pas un soignant travailler seul. Car la solitude ne fait qu'aggraver le dilemme, la fatigue, les erreurs d'appréciation, les choix discutables, la vulnérabilité de ceux qui le vivent. À terme, solitude professionnelle et isole-

ment moral peuvent acculer un professionnel au *burn out*; ils peuvent le pousser à rompre avec sa famille, avec son métier, voire avec sa vie.

Seul moyen de prévenir cette usure des soignants: le travail en équipe, qui permet d'offrir des soins sans faire peser un poids insupportable sur ceux qui les délivrent. Mais travailler en équipe, ça n'est pas seulement partager des locaux et des horaires de bureau: c'est partager du savoir et du savoir-faire; faire de la recherche et de l'enseignement; s'engager dans les mêmes actions collectives face à des intérêts qu'on croit contraires à ceux de la population.

7

Contact

Je n'ai pas encore trente ans et j'ouvre un cabinet médical dans un village français de 1500 habitants. Nous sommes en 1983, dans le département de la Sarthe, à 200 kilomètres à l'ouest de Paris.

Le village dans lequel j'exerce est en expansion. Beaucoup de jeunes couples quittent leur petit appartement du Mans, à quinze kilomètres de là, pour s'installer «à la campagne» — plus prosaïquement, dans l'un des pavillons individuels d'une zone résidentielle en construction. Heureuse à l'idée qu'un médecin s'installe sur son territoire, la commune m'a loué pour un loyer modique un bâtiment municipal désaffecté dans lequel j'ai installé un bureau de

consultation et une salle d'attente, qui sert également de salle de réunion pour des séances d'information publique.

La démographie médicale est, à l'époque, plutôt équilibrée. Sur le vaste canton exercent une demi-douzaine de médecins de famille. Ils reçoivent à leur cabinet et font un grand nombre de visites à domicile après leurs consultations, car beaucoup de personnes âgées ont du mal à se déplacer ou n'ont pas de moyen de transport et certains patients préfèrent attendre le médecin chez eux plutôt que dans une salle d'attente bondée. Je m'intègre au tour de garde: toutes les fins de semaine et les jours fériés, à tour de rôle, chaque praticien (ou son remplaçant) se rend disponible pour les patients du secteur.

Les patients qui, les premiers, font appel à moi sont eux aussi de nouveaux arrivants. Les jeunes mères de famille, nouvellement installées avec de petits enfants, sont preneuses d'information sur la manière de faire face à une fièvre ou à des symptômes dont elles ne parviennent pas, faute d'aînée pour les éclairer, à apprécier la gravité ou la bénignité. Mais elles sont prêtes à apprendre, pour peu qu'on respecte leurs capacités.

Je passe beaucoup de temps à expliquer qu'un enfant fiévreux ira mieux si on lui retire les six épaisseurs de vêtements qu'on lui a mises quand il grelottait. S'il préfère boire de l'eau ou manger de la crème glacée plutôt que le petit plat qu'on lui a mitonné, ça n'est pas inquiétant (et ça ne veut pas dire que sa mère ne le nourrit pas bien). Je rassure les hommes de trente ans qui toussent encore quinze jours après une bronchite (oui, c'est le tabac qui entretient leur irritation respiratoire; non, à leur âge, ce n'est pas un cancer). Je reçois des adolescentes qui n'ont ni argent, ni transport pour aller consulter un gynécologue en ville et demander une contraception — et, du coup, je leur

montre qu'un médecin de famille est tout à fait apte à leur prescrire une pilule anticonceptionnelle ou à leur poser un dispositif intra-utérin.

Lorsque des femmes plus âgées, installées depuis plus longtemps dans la commune, viennent me consulter, je sais qu'elles m'évaluent.

Tout patient «évalue» le médecin à qui il se confie. Et cela, même dans les situations où — comme c'est aujourd'hui le cas au Québec et dans un nombre croissant de régions de France — beaucoup de patients n'ont pas le choix du médecin.

Par «évaluation», j'entends le processus initial complexe qui précède et conditionne la relation de confiance entre soigné et soignant. C'est un processus en grande partie inconscient, similaire à celui qui marque toutes les rencontres humaines. Chacun de nous jauge l'autre à l'aune de ses traits physiques, de son langage, de ses ornements et de son habillement. Le patient qui consulte un médecin pour la première fois double cette évaluation instinctive, immédiate, quasi instantanée de la personne par une appréciation plus spécifique — mais pas nécessairement plus consciente — du professionnel. L'attitude (regard, posture, écoute, prise de notes, commentaires, expressions du visage), le décor (de l'ameublement de la salle d'attente à la forme du bureau en passant par le confort de la table d'examen), les gestes techniques (de la prise de la tension à l'examen des zones les plus intimes) ont tous leur place dans cette «évaluation». Bien plus tard, une fois la confiance établie, certains patients diront avec un sourire: «Vous avez bien fait de changer le papier mural de la salle d'attente, il était affreux.» Ou bien: «C'est une bonne idée d'avoir mis ces livres dans la salle d'attente. Mes enfants sont toujours contents de venir.» Ou encore: «J'osais pas vous le dire, Docteur, mais au début, vous ne mettiez pas de

blouse blanche, et je trouvais ça limite correct. Depuis que vous en mettez une, je vous trouve plus sérieux.»

Rien de ce que fait le médecin de famille n'est anodin. Rien ne passe inaperçu. Ses choix donnent parfois aux patients des indications surprenantes sur son attitude professionnelle. J'ai visité un jour le lieu de travail d'un praticien qui s'était choisi en guise de bureau un comptoir de pharmacien. Le meuble était ancien et très beau, mais si haut que, lorsqu'il s'asseyait pour écrire, les patients — installés de l'autre côté — ne le voyaient plus.

8

Terrain

La médecine de famille est une pratique de terrain et, comme dans beaucoup de disciplines, la carte n'est pas le territoire — la pratique est très différente de ce qu'enseigne la théorie.

Les maladies enseignées aux étudiants ont longtemps été décrites et répertoriées dans l'espace clos de l'hôpital. C'est là qu'on en a d'abord énuméré les symptômes, fixé — parfois de manière très rigide — les complications et édicté les traitements.

Dans la vie courante, le jeune praticien découvre que le corps humain ne s'exprime pas volontiers de manière mesurable et étalonnable. Les symptômes sont moins marqués, plus vagues, plus incertains que dans les livres. Les maladies n'évoluent pas de la même manière

chez tous les patients. Les traitements ne sont pas toujours tolérés de manière identique. Surtout, toutes les personnes malades n'ont pas besoin de médecin: d'une part, parce que beaucoup de maladies (infectieuses, en particulier) guérissent sans traitement; d'autre part, parce que les patients ne consultent pas toujours un médecin parce qu'ils sont malades. On peut donc très bien connaître l'anatomie et la physiologie, mais ne rien comprendre aux raisons pour lesquelles un homme ou une femme souffre. Cela, beaucoup de patients (ou de personnes en bonne santé) le savent, mais les jeunes médecins ont du mal à le concevoir.

Cette réalité peut inquiéter, mais elle a une facette extrêmement positive. Ce que le médecin ignore, les patients le lui enseignent. Au fil de leur pratique, les médecins de famille découvrent que chaque patient, chaque famille détient une expérience unique, irremplaçable, communicable à celui qui veut bien l'écouter.

De ce savoir empirique, acquis au fil des années, les familles font profiter aussi bien leurs cadettes... que les jeunes médecins. Car si tous les patients n'ont pas la même lucidité, le même talent pour repérer ce qui est menaçant et ce qui ne l'est pas, les médecins peuvent — et doivent — apprendre à reconnaître les «cliniciens naturels», et les écouter.

Une anecdote parmi des dizaines d'autres: un jour, une mère de famille m'amène sa fille, âgée de douze ans, qui souffre «un tout petit peu» du ventre. L'enfant a vomi une fois, quelques heures plus tôt, mais elle est calme, souriante, et fait à peine la grimace quand je lui palpe l'abdomen. J'élimine l'appendicite en disant que les symptômes ne sont pas assez francs. La mère secoue la tête calmement, avec le même sourire que sa fille et dit: «Je vous crois, Docteur, mais quand son frère aîné a fait l'appendi-

cite, c'était pareil. Il a vomi une fois. Il avait un tout petit peu mal, et c'est tout.» J'aurais pu faire confiance à ce que j'avais appris dans les livres et à mon propre sens clinique. Un regard m'a suffi pour comprendre que la mère ne cherchait pas à m'apprendre mon métier, mais à me communiquer une intuition. J'ai adressé la jeune malade à un chirurgien. Elle souffrait d'un abcès de l'appendice, dont les symptômes initiaux étaient très discrets, mais qui aurait entraîné des complications graves si l'enfant n'avait pas été opérée.

9

Questions

Au moment même où les patients m'enseignent la médecine de famille, *La Revue Prescrire* m'initie à la complexité du monde de la santé. Si les dépenses de santé ne font que croître dans les pays développés, c'est parce que les intérêts commerciaux sont considérables et les décisions politiques lourdes de conséquences. Au cours des années 1980, l'influence de l'industrie pharmaceutique s'exerce non seulement sur la politique de santé, mais aussi sur l'information fournie aux praticiens. En France, la publicité directe pour les médicaments pris en charge par l'assurance-maladie est interdite. Pour qu'un médicament mis sur le marché remporte un succès commercial, il faut que les médecins l'inscrivent sur leurs ordonnances. Les industriels concentrent donc leurs efforts de marke-

ting sur les prescripteurs et, même si la publicité n'est plus celle, caricaturale, des années 1960, les messages ne sont pas plus «éclairants». Chaque mois, *La Revue Prescrire* consacre l'une de ses pages de couverture à l'examen d'une «pub à la loupe». Elle y souligne les formulations trompeuses (ce médicament «réduit de moitié le risque», mais le risque initial est négligeable), l'absence d'informations sur les effets secondaires (un médicament a *toujours* des effets intempestifs, même s'il s'agit d'un placebo), l'absence de mise en perspective (un traitement éprouvé et connu est plus sûr qu'un traitement nouveau ayant des zones d'ombre).

Les collaborateurs de la revue, médecins et pharmaciens, commentent collectivement des articles des revues de référence, résument les articles en anglais pour les non-anglophones, les intègrent dans des revues générales et produisent, à l'intention des praticiens de terrains, un corpus de textes originaux.

La démarche éditoriale repose sur deux piliers. D'un côté, elle s'attache à répondre aux interrogations quotidiennes que rencontrent les soignants de première ligne (Comment prescrire un fauteuil roulant adapté à une personne handicapée? Comment utiliser la morphine pour traiter la douleur chez un cancéreux en phase terminale? À quelle fréquence faut-il pratiquer un test Pap de dépistage du cancer du col de l'utérus chez une femme en bonne santé?). De l'autre, elle recense et décrit les ressources permettant de répondre précisément à ces questions (l'équipe d'un service de rééducation; les *guidelines* de référence sur la morphine rédigées par une équipe britannique; une lecture extensive des études sur la prévention du cancer du col).

Mais le principal outil d'élaboration des articles n'est pas le savoir empirique ou démontré. C'est le

questionnement constant des énoncés, le réexamen minutieux de tout ce qui est avancé: pourquoi l'auteur émet-il telle affirmation? Pourquoi passe-t-il telle autre question sous silence? D'où viennent ses chiffres? Quelles sont ses sources?

10

Inquisition

La médecine hospitalière vit constamment sous la menace (et parfois le joug) des restrictions budgétaires, du manque de personnel, de l'afflux imprévisible — et parfois démesuré — de patients aux urgences et de la compétition interne entre les médecins. Les séjours à l'hôpital ont un prix élevé, économiquement et émotionnellement. Même si l'administration hospitalière préfère que les services soient pleins en permanence et rapportent de l'argent au lieu d'en coûter, l'immense majorité des soignants préférerait que les lits soient vides et ils cherchent le plus souvent à en faire sortir les patients sur leurs deux pieds — et à justifier leur séjour, lorsqu'il se prolonge, par des soins effectifs. Lorsqu'un patient passe des semaines dans un lit d'hôpital sans bénéficier d'actes de haute technicité, beaucoup de soignants le vivent comme un échec, un constat d'impuissance.

En médecine de famille, la réalité est très différente. Il arrive régulièrement qu'un patient souffre de symptômes sans explication et que le médecin, après

avoir prescrit, tout au plus, de quoi les soulager, constate que les symptômes ont disparu sans laisser de trace. Il arrive non moins souvent qu'un praticien prescrive un traitement sans être convaincu de sa pertinence ou de son efficacité. Et il arrive couramment que les patients viennent consulter pour tout autre chose qu'une maladie répertoriée. Cela ne veut pas dire pour autant qu'ils viennent « pour rien » ou « pour pas grand-chose », mais que les soins de santé ne se résument pas au traitement des maladies.

Tandis que la médecine hospitalière est, par nécessité, une médecine intervenant sur le patient en situation de rupture par rapport à son environnement, la médecine de famille est une pratique centrée sur l'observation, la patience, le suivi attentif et parfois attentiste des personnes dans le cours de leur vie. Cela ne signifie nullement que c'est une médecine des bras croisés.

Le jeune médecin est persuadé qu'il va changer le monde — aurait-il, sans cela, entrepris des études aussi longues, embrassé un métier aussi exigeant? Son désir de bien faire et l'illusion de pouvoir que produit le savoir tout neuf l'entraînent parfois sur des chemins périlleux.

Pendant mes premières années d'exercice en milieu rural, persuadé que mon rôle est celui d'une figure tutélaire dont la mission est de protéger le patient et sa famille, je commets l'erreur que font la plupart des débutants: pour surcompenser mon manque d'assurance, j'essaie d'avoir réponse à tout. Pour cela, j'analyse tout, à ma manière.

Certes, mon approche n'est pas celle de la surmédicalisation. Ma collaboration à *La Revue Prescrire* me permet de minimiser l'importance des tests sanguins, des radiographies, des explorations diverses face à des plaintes qui peuvent s'expliquer de manière simple et

ne nécessitent pas de traitement high-tech. Mais je suis affligé d'un autre travers: la psychologisation à outrance. Fortement marqué par les théories psychanalytiques, très influentes dans la société française de la deuxième moitié du xx^e siècle, je cherche du sens dans le moindre symptôme, le moindre lapsus, le moindre geste des patients qui s'adressent à moi. Je les fais parler. Beaucoup. Longuement. Il faut dire que j'ai le temps: la salle d'attente n'est pas pleine, la patientèle n'augmente que progressivement. Quand j'ai un patient dans mon bureau, je ne le lâche pas comme ça!

Je l'interroge sur sa vie, son enfance, ses relations conjugales, son travail, ses hobbies. Tout y passe. Rétrospectivement, je suis sûr que beaucoup sont sortis de ces entretiens épuisés, sans comprendre exactement ce qui leur était arrivé.

Cette quête obsessionnelle de sens n'est pas différente, au fond, de la prescription répétée de tests diagnostiques. L'une et l'autre découlent de la même peur avouée de «passer à côté de quelque chose» et d'une peur moins avouable: celle de passer pour un incapable. Ces deux peurs sont créées et entretenues par la formation hospitalière, pour laquelle Savoir et Pouvoir sont les deux mots clés de la fonction médicale. Même lorsque le médecin bien intentionné cherche la souffrance psychologique là où, pense-t-il, il n'y a pas de maladie physique, nul n'échappe à la tentation interventionniste inculquée en faculté.

Pendant les premières années de ma pratique, je me prends (un peu) pour Dieu.

Plusieurs patients, apprenant qu'un jeune praticien s'est installé dans le village, décident de changer de médecin et de consulter le «petit jeune». S'ils le font, c'est, disent-ils, parce qu'ils ont le sentiment de n'avoir pas été «bien» soignés auparavant. Dans un premier temps, le jeune médecin que je suis n'est pas seule-

ment tenté de les croire, il abonde dans leur sens. Si ces patients souffrent, c'est bien parce qu'on ne s'est pas bien occupé d'eux auparavant. À présent, le jeune docteur est là, et il va tout arranger.

Le jeune docteur se fourre le doigt dans l'œil.

Madame V. est une femme d'une cinquantaine d'années, très maigre, l'air très affaiblie. Elle parle d'une voix presque suppliante. Elle n'a pas eu la force de m'appeler, c'est son aide-ménagère qui a décidé de le faire. Elle n'en peut plus. Elle souffre. Son médecin — qui la suivait depuis des années — dit qu'il ne peut plus rien pour elle. En désespoir de cause, elle s'est tournée vers moi.

Ses symptômes sont multiples, insaisissables. Elle est si fatiguée qu'elle ne parvient pas à raconter son histoire, longue et complexe. Elle a été opérée plusieurs fois, sans succès. Elle continue à souffrir. Elle ne sait pas comment elle va s'en sortir. Elle n'en peut plus. Elle appelle à l'aide.

Pendant plusieurs mois, je deviens le chevalier servant de cette victime de la maladie, de l'ignorance des médecins, de la cruauté de l'hôpital, de l'insensibilité des services publics. Comme elle n'a pas de moyen de locomotion, c'est toujours moi qui fais le déplacement, à l'autre bout du canton.

Plus je m'escrime à résoudre ses innombrables problèmes, moins j'y vois clair. Et plus je me fatigue. Et plus je me sens impuissant. Et coupable. Rien de ce que je fais pour elle ne semble améliorer son état. Tout va toujours plus mal qu'avant. Elle ne me le reproche pas, non. Elle se contente de soupirer et, ce faisant, me suggère que je suis un mauvais praticien! Ce sentiment d'impuissance accroît ma culpabilité. Un ressentiment croissant couve en moi, inavouable.

Confusions

Les professions de la santé sont des métiers de relation. Ce qui se tisse entre soignants et patients est un réseau de liens, plus ou moins étroits, mais toujours réels. Ces liens sont sous-tendus par des émotions puissantes.

Le plus souvent, lorsqu'il apprend son métier, le médecin en formation est invité à s'abstraire de ses émotions pour regarder les malades d'une manière « neutre et bienveillante ». Or c'est impossible. Tout soignant éprouve de la sympathie ou de l'antipathie, du désir ou du dégoût, de l'indifférence ou de l'intérêt pour les patients. Il ne mesure pas la portée de ces émotions plus clairement en situation professionnelle que dans sa vie privée.

Aujourd'hui, les neuropsychologues soulignent que toute pensée humaine est *d'abord* de l'émotion, ensuite un acte ou une pensée réactive et, en troisième lieu seulement, une rationalisation *a posteriori*². Lorsque les soignants débordent d'empathie pour tel patient et restent froids aux souffrances de tel autre, ce n'est pas pour des raisons « objectives », mais parce qu'ils sont, comme tout être humain, le jouet de leurs

2. Le livre de Jonah Lehrer, *How We Decide* (New York, Houghton Mifflin Harcourt, 2009) décrit avec limpidité ces phénomènes. (En français : *Faire le bon choix, Comment notre cerveau prend ses décisions*, Paris, Laffont, 2011.)

émotions. Beaucoup de comportements médicaux inappropriés résultent de ce que les soignants mésestiment les émotions que les patients déclenchent en eux! Lorsqu'ils en prennent conscience, ils sont si désarmés pour faire face à cette idée qu'ils sont conduits à les passer sous silence, ce qui est la plus sûre manière d'en souffrir.

Au fil de mes premières années d'exercice, je réalise que mon attitude inquisitrice envers certains patients et trop empathique envers certains autres est inappropriée.

D'une part, j'ai omis de prendre les plaintes au premier degré. Or, comme le disait Freud lui-même, «Parfois, un cigare est juste un cigare.» De fait, les maux de ventre de ce patient n'étaient pas dus à sa dépression à la mort de son père, mais à... un ténia. La toux de cet enfant n'était pas due à son refus d'aller à l'école, mais à... une sinusite. Quant aux bouffées de chaleur de cette femme, elles n'étaient pas dues à la crainte de perdre son travail, mais à... sa ménopause.

D'autre part, j'ai oublié que les plaintes les plus aiguës ne sont pas nécessairement la conséquence d'une maladie grave. Un petit nombre de patients expriment de manière spectaculaire un trouble... de la personnalité, qu'il est quasi impossible de prendre en charge — voire d'identifier — quand on est un médecin inexpérimenté.

En discutant avec l'équipe pluridisciplinaire qui s'occupait d'elle depuis longtemps, j'ai appris que Madame V. n'avait pas de maladie physique, mais une personnalité complexe. En faisant appel à mes soins, elle avait déclenché mes réflexes de «sauveur», et c'est exactement ce qu'elle voulait. Mes efforts me semblaient vains — mais comment aurait-il pu en être autrement? Elle ne voulait pas que je la guérisses. Elle voulait que je continue à m'occuper d'elle. Indéfiniment.

Formation

Pour faire face aux frustrations qui naissent de mes confrontations infructueuses avec des patients que je me sens incapable de cerner, il me faut chercher des réponses ailleurs que dans les traités de médecine. Je relis *La consultation* de Norbert Bensaïd et je me plonge dans *Le médecin, son malade et la maladie*, l'ouvrage fondateur du psychiatre Michael Balint.

Cette lecture est une illumination. J'y apprend que face à « leurs » patients, l'immense majorité des soignants ont les mêmes peurs, les mêmes blocages, la même volonté de bien faire, le même sentiment de culpabilité, la même obsession de devoir assumer ce que Balint nomme leur « fonction apostolique » : convaincre leurs patients d'adhérer à leur foi en la médecine (et de suivre leurs prescriptions); prouver à l'univers entier (et d'abord à eux-mêmes) qu'ils sont bienveillants, avisés et puissants.

Pour aider les soignants à surmonter ces difficultés, Balint a inventé des « groupes » de parole qui réunissent une dizaine de professionnels autour d'un « leader », animateur formé spécialement.

À chaque séance, le « leader » invite les participants à raconter un « cas ». Un volontaire prend la parole. Il ne fait pas la description « clinique » d'un patient, mais le récit de leurs rencontres, de leurs échanges — autrement dit : de leur relation. Il ne cherche pas des

conseils techniques, mais attend du groupe qu'il l'aide à comprendre «ce qui cloche» entre le patient et lui: il ne parvient pas à entendre ce que le patient lui demande; il a le sentiment que celui-ci est sourd à ses explications, à ses conseils, à ses prescriptions; il se sent «mis en échec» par l'attitude du patient face à son désir sincère de lui faire du bien.

À mesure que le médecin énonce son récit, ses collègues lui font préciser les événements, éclairer les zones d'ombre, dire le fond de sa pensée. Le «travail» effectué porte sur le récit proprement dit: effort de mémoire, de construction et d'énonciation pour le «récitant»; effort de reconstitution pour le groupe. Il porte aussi sur les réactions que ce récit suscite, sur les multiples pistes et l'analyse commune qui est faite du «cas» — dont l'élément important n'est ni le patient, ni le médecin, mais ce qui les relie.

Pendant une séance, le narrateur se retrouve face au groupe dans la position du patient face au médecin: ce qu'il ressent est complexe, il aspire à se faire comprendre. De son côté, le reste du groupe réalise combien il est facile d'empêcher quelqu'un de s'exprimer. Tous apprennent à repenser les interactions avec les patients. Modérés par le «leader», qui s'assure que le groupe ne «maltraite» pas le récitant, les participants apprennent peu à peu à devenir «aidants», en énonçant leurs interrogations à la première personne («J'ai le sentiment que tu es très attaché à ce patient / que ce patient t'irrite beaucoup...») plutôt que sous la forme d'affirmations, en formulant leurs idées sous forme de suggestions et non de conseils («Penses-tu que tu pourrais lui proposer telle ou telle chose?») et en soulignant qu'ils reconnaissent les sentiments exprimés dans le récit («Je suis comme toi, dans ma clientèle, il y a un patient qui, chaque fois que je le vois, me donne envie de le jeter par la fenêtre...»).

Une séance de groupe Balint n'apporte pas de réponse, elle ne fait pas de diagnostic, elle n'est pas une confession suivie d'une absolution ou de conseils de comportement; c'est l'examen collectif d'une situation multidimensionnelle et l'éclairage, par chacun, de facettes jusqu'alors invisibles. Le plus remarquable est qu'il n'est pas nécessaire de raconter un cas pour tirer bénéfice du partage. Tout participant d'un groupe constate que les cas racontés par ses collègues résonnent très fortement avec ceux qui le préoccupent. Le travail du groupe apporte des éclairages à tous, et chacun repart vers sa pratique profondément enrichi et gratifié par la réflexion collective.

13

Posture

Pour un médecin de famille, la participation à un groupe Balint permet, face à la complexité des relations qui se tissent entre lui et l'entourage de ses patients, de ne pas s'y empêtrer. Pour les patients, c'est une bénédiction.

Au fil des mois et des séances, le changement qui s'opère en moi est — pour reprendre les termes de Michael Balint — «limité, mais considérable». Car il ne porte ni sur mes aptitudes, ni sur mon savoir, mais sur un élément bien plus essentiel.

Ma *posture* de soignant se modifie. Je me défais progressivement de ma «fonction apostolique». Au lieu de

compenser mon sentiment d'insécurité par des comportements tantôt inquisiteurs, tantôt hyperinterventionnistes, je lâche prise. Les paroles des patients ne m'apparaissent plus comme des descriptions exactes, mais comme une transposition, une mise en mots de ce qu'ils vivent. Je n'ai pas besoin de prendre ces mots à la lettre: ce sont des mots, et non des descriptions cliniques. Je n'ai pas en à chercher le sens caché: s'il en est un, je ne le connais pas mieux qu'eux. Mais je peux m'appliquer à entendre les émotions qui pointent derrière les symptômes ou les paroles. Si je ne peux pas donner d'explication aux symptômes, je peux aider le patient à en évaluer l'impact et les conséquences. Mes priorités changent: ce qui est urgent n'est pas de faire un diagnostic ou de prescrire un traitement, c'est d'aider le patient à prendre la mesure de ce qui le fait souffrir et à choisir la solution qui lui semble la plus appropriée.

L'une des choses les plus importantes que l'on apprend dans un groupe Balint est de réfléchir à deux fois avant de poser des questions, surtout si ces questions font partie d'un «protocole» bien rodé, acquis pendant ses études et destiné à être aussi «exhaustif» que possible. «Quand on pose des questions, on n'obtient que des réponses», disent les vieux Balintiens. Le médecin qui pose une question n'est pas n'importe quelle personne qui interroge. C'est une figure sacrée, et ses questions ne sont jamais anodines. Elles sont susceptibles, dans un contexte émotionnel complexe, d'induire des réponses qui ont toutes les raisons d'être défensives et fausses, voire de bloquer toute communication.

Une adolescente de quatorze ans entre dans le bureau d'un jeune médecin de famille, qui ne l'a jamais vue auparavant. Très intimidée, très tendue, elle demande une contraception. Désireux de bien faire, mais surpris par la demande de la jeune fille, le médecin lui demande: «Avez-vous déjà eu des relations

sexuelles?» et, pour toute réponse, obtient... un mur de silence. Vingt minutes plus tard, la jeune fille n'a toujours pas ouvert la bouche et le jeune médecin, impuissant, la reconduit à sa porte. Quelques semaines plus tard, alors qu'il se trouve au centre d'interruption de grossesse de la ville, il aperçoit la jeune fille, qui vient de subir un avortement. Sans savoir que le praticien la connaît, l'infirmière qui a assisté à l'intervention lui confie: «Ça ne serait pas arrivé si le jeune crétin à qui elle est allée demander la pilule s'était mêlé de ce qui le regarde. Il lui a demandé si elle avait des relations sexuelles, cet idiot. Il aurait mieux fait de se taire!» Surpris et glacé, le praticien s'étonne. «Il a eu tort de lui poser la question?»

«Ah, ça oui! Bien sûr qu'elle en avait des rapports sexuels! C'est pour ça qu'elle voulait la pilule! Mais elle en avait avec *son oncle*, qui se glissait dans sa chambre toutes les nuits pour la violer. Elle ne voulait pas être enceinte, mais elle était incapable d'en parler. Quand le médecin lui a posé la question, elle n'a plus été capable de dire un mot. Et elle n'est pas allée voir un autre médecin pour demander une contraception: elle avait trop peur que ça se reproduise!»

14

Attitude

En changeant de posture, je change aussi d'attitude. J'accepte de ne pas tout savoir et de ne pas

nécessairement avoir de réponse à toutes les questions. J'accepte aussi de ne pas tout connaître du patient qui se trouve devant moi. Car je comprends qu'il ne me livrera pas tout de lui, pas tout de suite. Et peut-être jamais. Il attend implicitement que je le reçoive et mette mon savoir et mon savoir-faire à sa disposition sans le juger.

C'est précisément sur ce dernier point que la pratique du Balint entraîne le changement le plus considérable. Le soignant, peu à peu, apprend à ne plus porter de jugements sur les patients, leurs sentiments, leurs actes, leurs confidences, leurs mensonges ou leurs omissions. Car le succès de la relation de soins ne réside pas dans les appréciations et décisions du médecin, mais dans les choix éclairés que le patient opère pour lui-même. Ces choix ne peuvent être éclairés, et donc libres, que si le médecin abdique le désir de « prendre le pouvoir » ou de « guider » le patient vers ce qui lui semble « le bon choix ». Le seul « bon » choix est celui que le patient fait en connaissance de cause, en accord avec ses valeurs propres.

Une anecdote, que racontait l'un de mes professeurs de médecine, chirurgien urologue, me semble illustrer parfaitement cette problématique.

Il avait fait le diagnostic de cancer de la vessie chez un patient d'une cinquantaine d'années. Le patient lui demandait quels étaient les traitements possibles. L'urologue avait répondu qu'il y en avait essentiellement deux : la chirurgie consistait à retirer la vessie, ce qui aurait pour conséquence que le patient devrait porter une poche à urine sur le ventre jusqu'à la fin de sa vie ; la radiothérapie lui permettrait de continuer à uriner par les voies naturelles, mais le résultat en termes de survie était un peu moins bon que la chirurgie, et toute chirurgie ultérieure était impossible en raison des

effets des rayons sur les organes environnants. Après avoir pesé le pour et le contre des deux options, le patient avait alors déclaré: «Je veux continuer à uriner normalement, je choisis la radiothérapie.»

Cette attitude semble «normale», aujourd'hui, dans un pays comme le Canada. En France, pendant les années 1970, elle tranchait franchement sur l'attitude paternaliste de la majorité des médecins.

Si le paternalisme était autrefois profondément ancré dans les différences de classe et d'éducation, il découle plutôt, chez les médecins de nos jours, du désir «apostolique» de faire le bien et de la crainte que le patient refuse de «bien se (faire) soigner».

Ce que révèle un groupe Balint, c'est que même les maladies les plus graves, même les situations les plus dramatiques sont toujours mieux vécues par les patients (et leur famille) qui, avec le soutien de leur médecin, sont restés maîtres de leurs décisions et de leurs choix. La défiance envers le médecin ne provient pas, le plus souvent, de son «incompétence», mais du sentiment qu'il n'a pas respecté les valeurs du patient ou, simplement, qu'il n'a pas voulu les entendre.

Une femme était venue me consulter, très angoissée, parce qu'on avait trouvé une tumeur du sein à sa mère, âgée de plus de soixante-dix ans. Convaincu qu'il s'agissait d'un cancer, son médecin avait insisté pour la faire opérer; la malade avait refusé; s'en était suivi un bras de fer dont tous deux étaient sortis perdants: la malade ne voulait plus voir ce médecin, ni aucun autre. Sa fille me demandait si je pourrais la convaincre de se faire soigner.

Je commençai d'abord par dire que je n'avais nulle autorité pour la convaincre de faire quoi que ce soit. Elle était libre de se faire soigner ou non. Mais, pour rassurer sa fille, j'ajoutai qu'un cancer à soixante-dix ans n'évolue pas du tout à la même vitesse qu'à qua-

rante-cinq et que de nombreux cancers mettent de longues années à se manifester. Que s'il avait été découvert par hasard, cela signifiait qu'il évoluait très lentement. La patiente avait certainement des questions à poser. Son médecin avait voulu bien faire, et l'attachement qu'il avait pour cette patiente âgée avait pu troubler son jugement et l'amener à raidir son attitude, par peur de la voir mourir sans avoir pu la soigner. Pour elle, ne plus avoir de médecin, c'était se priver de réponses. Je proposai, si elle le voulait, de répondre à ses questions. Encouragée par sa fille, la patiente vint me voir. Je lui expliquai qu'une intervention n'était pas une obligation, mais que, si elle voulait avoir une bonne qualité de vie, il pouvait être utile, d'abord, de s'assurer qu'il s'agissait bien d'un cancer (ça n'avait pas été confirmé); ensuite, seulement, d'envisager et, éventuellement, de choisir un traitement. Je réaffirmai que l'absence de traitement était une option parfaitement légitime et respectable, s'agissant d'une patiente adulte et autonome.

La patiente décida d'aller voir un spécialiste (lui aussi membre d'un groupe Balint...), qui confirma le diagnostic de cancer et, après lui avoir exposé toutes les options, lui prescrivit simplement, à sa demande, un traitement hormonal destiné à ralentir la croissance de la tumeur et une surveillance annuelle. Elle vécut confortablement et mourut, plusieurs années après, d'une affection sans rapport avec sa tumeur.

Avant d'avoir participé à un groupe Balint, j'aurais été pétri d'angoisse, et mon attitude aurait probablement été proche de celle de son médecin antérieur. J'aurais perdu toute chance non seulement de poursuivre une relation de confiance avec elle, mais de l'aider à faire le choix le plus approprié à ses yeux et de l'accompagner dans ce choix.

Emploi du temps

Outre qu'elle enseigne le caractère contre-productif des jugements et des rapports de force, la formation Balint éclaire les soignants sur la valeur du temps qui passe. Dans un souci de bien faire et d'équité, beaucoup de praticiens limitent leurs consultations à une durée fixe; ils ont beaucoup de patients à voir, et consacrer plus de temps à un patient plutôt qu'aux autres leur semble un manquement à leurs obligations.

Or cette manière de voir les choses est, elle aussi, inadaptée et contre-productive. Le temps est une denrée arbitraire dont les qualités sont éminemment subjectives et varient d'une personne à une autre, d'une situation à une autre.

En médecine hospitalière, les médecins ont toujours le sentiment de manquer de temps. Cette appréciation est étroitement liée aux conditions matérielles: «Entre deux patients qui se présentent aux urgences, lequel nécessite les soins les plus urgents, puisque je ne peux pas m'occuper des deux en même temps?» Ou: «Si je veux faire opérer ce patient, ou le mettre en réanimation, y a-t-il de la place dans le service considéré?» Ou: «Combien de patients dois-je encore voir avant d'aller prendre du repos?» Ou encore: «Si je ne me consacre pas entièrement à ce patient pour traiter sa maladie ou stabiliser son état, il va mourir.»

Souvent, le médecin hospitalier doit prendre des décisions rapides, en un temps relativement court, qu'il doit s'efforcer de ne pas prolonger.

En médecine de famille — lorsque l'accès au médecin se fait dans des délais raisonnables —, les choses sont très différentes. Le plus souvent, les patients ne consultent pas leur médecin de famille pour des motifs urgents. Ils ont souvent attendu plusieurs jours ou semaines avant de se décider à consulter; ils sont pressés de parler au médecin et ils sont déterminés à livrer beaucoup d'informations pour l'éclairer sur leur état et son évolution récente! Cependant, les patients ont toujours le sentiment que le médecin ne leur accorde pas assez de temps pendant les consultations; de même, les médecins ont souvent l'impression que les patients mettent trop de temps à (re)venir les voir.

Alors que le médecin hospitalier, qui peut ne jamais revoir un patient, tient parfois à avoir « tout résolu » très vite, le médecin de famille « a le temps », car il est le plus souvent assuré d'une continuité dans les soins. Le temps qui passe est un allié précieux pour lui: il montre que beaucoup de maladies infectieuses, d'origine virale, guérissent spontanément, et avec peu ou pas de traitement; il permet d'assurer qu'un malaise survenu une seule fois et jamais renouvelé jusqu'au moment de la consultation est probablement bénin et sans lendemain; il aide patients et médecins à distinguer entre ce qui est inquiétant et ce qui ne l'est pas, en facilitant une distance critique.

« Tout cela est bel et bon, déclarent beaucoup de patients, en particulier au Québec, mais ici, nous manquons de médecins de famille, et ceux qui exercent sont surchargés et disent qu'ils n'ont pas le temps d'entendre nos plaintes et de répondre à nos questions. » Tandis que les médecins eux-mêmes ajoutent:

«Ce n'est pas à nous de nous rendre disponibles au-delà de nos limites, mais au système de santé de former les médecins nécessaires aux besoins de la population.»

Bien sûr, le manque de praticiens, les tâches administratives, les obligations d'activité à l'hôpital et l'indispensable formation permanente sont des contraintes chronophages. Néanmoins, une analyse soigneuse des pratiques permet de s'organiser autrement et, malgré le manque (relatif) de temps, d'améliorer la qualité des soins; celle-ci, en effet, ne dépend pas seulement du temps écoulé, mais surtout de son contenu.

Ainsi, dès la fin des années 1980, des praticiens britanniques³ montraient que le simple fait d'écouter les patients exposer leurs plaintes *sans les interrompre* n'allongeait pas le temps moyen de la consultation, mais leur donnait un plus grand sentiment de satisfaction à la sortie du bureau de consultation! Ils soulignaient ainsi la place importante qu'occupent les échanges dans la relation de soins. Pendant les vingt années qui ont suivi, la réflexion sur ce point n'a fait que progresser et elle donne naissance, aujourd'hui, à des pratiques différentes. Le 15 juin 2009, un passionnant article d'Atul Gawande dans le magazine *The New Yorker*, «The Cost Conundrum», montrait que le coût des soins variait selon le lieu d'exercice des médecins. Lorsque les praticiens soignent des patients aisés dotés d'assurances, les soins (consultations spécialisées, examens sophistiqués) sont plus coûteux que dans les villes où les patients sont moins aisés... Mais le résultat n'est pas meilleur. Au contraire, la

3. J. N. Blau, «Time to Let the Patient Speak», *British Medical Journal*, 7 janvier 1989.

multiplication des examens et interventions accentue le risque d'accidents iatrogènes (dus à l'activité médicale). Il semble clair qu'en médecine comme dans d'autres domaines l'expression *Less is more* soit de plus en plus appropriée. De fait, un article de Julie Weed, «If all Doctors Had More Time to Listen», paru à la même époque dans *The New York Times* (6 juin 2009), décrivait comment des médecins de famille américains ont choisi de réduire le nombre de consultations, d'augmenter leur durée moyenne et de favoriser d'autres modes de communication avec leurs patients, comme le téléphone et Internet, améliorant ainsi non seulement la qualité des soins, mais leurs propres conditions de travail.

Cela n'est pas très surprenant. En médecine de famille plus encore que dans d'autres spécialités, une grande partie de l'interaction entre médecins et patients consiste à échanger des informations, ce qui peut être fait sans contact physique, mais par une conversation téléphonique (ou vidéophonique) ou par courriel. La présence physique du médecin n'est nécessaire que lorsque celui-ci doit examiner le patient. Or l'une des doléances actuelles de beaucoup de patients au Québec réside dans le fait que souvent les médecins ne les examinent plus: ils les envoient passer des tests. En France, à l'inverse, des patients reprochent aux médecins de passer plus de temps à les faire déshabiller et à leur imposer des gestes inutiles (examen gynécologique systématique, par exemple) plutôt qu'à les écouter! Faut-il de plus souligner qu'aujourd'hui les ordinateurs sont bien plus nombreux que les médecins de famille, et que toute personne qui dispose d'un accès Internet se tournera d'abord vers son écran pour répondre aux questions de santé qu'elle se pose? Toujours en 2009, une enquête mon-

trait que beaucoup de patients âgés accueillaienent avec enthousiasme la perspective de pouvoir communiquer avec leur médecin via courriel⁴.

Il serait donc légitime — et utile — pour médecins et patients de repenser la relation de soins et de l'organiser autrement, en fonction du type d'interaction dont le patient a besoin: des moments pour les consultations qui nécessitent une présence physique; certains, autrement répartis, pour ce qui est des échanges d'information.

Cette réinvention des pratiques n'est pas seulement un vœu pieux: réorganiser le temps de travail aurait pour effet d'améliorer grandement les conditions d'exercice des médecins de famille, de s'appuyer sur les formes nouvelles de communication utilisées par la population et de proposer aux médecins en formation un autre modèle d'exercice, plus positif et plus attrayant. Pour remplir aujourd'hui son rôle dans la Cité, le médecin ne doit pas seulement abandonner le paternalisme, il se doit aussi de repenser son exercice sur la base du partage.

4. H. Sing *et al.*, «Older Patients' Enthusiasm to Use Electronic Mail to Communicate with Their Physicians: Cross-Sectional Survey», *Journal of Internet Medical Research*, 16 juin 2009.

Partages

Pour avoir exercé seul en milieu rural entre 1983 et 1993, et en équipe à l'hôpital entre 1983 et 2008, j'ai pu apprécier combien le fait d'accueillir en consultation, avec l'accord des patients, un médecin en formation est riche d'enseignements et d'ouverture pour tous les protagonistes. Pour le patient, la présence de l'étudiant est l'occasion de donner à la consultation une profondeur nouvelle; pour le praticien, les échanges entre patient et étudiant sont une mise en perspective bienvenue, éclairante; pour le médecin en formation, c'est l'occasion de découvrir que le principal outil diagnostique est l'écoute et le premier traitement, le médecin lui-même.

À l'hôpital, lieu d'apprentissage traditionnel de leur métier, les médecins en formation sont en permanence dans une situation de confrontation, de compétition, voire de conflit, non seulement avec eux-mêmes mais aussi avec leurs condisciples, les autres soignants, les structures administratives et souvent, aussi, les patients et leur famille. La multiplicité des personnes et des contraintes accentue le stress et ne contribue pas à l'acquisition sereine du savoir. L'apprentissage en médecine familiale est à l'opposé de cette situation. Pour l'étudiant, le caractère compétitif spécifique à de nombreuses situations hospitalières est absent. Pour le médecin, l'accent est mis sur

le partage et la transmission du savoir et non sur la «rentabilité» de l'activité. Au lieu de se sentir assigné à un lit tandis qu'une équipe s'affaire et discute autour de lui, le patient se sent le participant actif d'une interaction qui est aussi un apprentissage.

Les gratifications de la pratique en médecine de famille ne se résument pas à l'enseignement. Elles proviennent aussi des perspectives de recherche, elles aussi très vastes. Par la diversité des situations qui lui sont présentées, le médecin de famille est confronté aux innombrables questions de santé que les spécialités hospitalières, trop étroitement focalisées, ne peuvent pas appréhender. Il est en première ligne pour repérer les problèmes de santé liés à l'environnement (allergies respiratoires), au travail (maladies professionnelles), aux conditions socioéconomiques (alcoolisme, toxicomanie); il est le mieux placé pour attirer sur eux l'attention des pouvoirs publics ou de chercheurs spécialisés. Son activité de recherche peut également porter sur une activité spécifique, une orientation personnelle.

Ici encore, je me permettrai de citer mon expérience. Au cours de mes vingt années de pratique en centre de planification (contraception, interruption de grossesse, sexualité, gynécologie courante), j'ai eu plusieurs occasions de voir apparaître de nouvelles méthodes contraceptives. L'une d'elles, l'implant sous-cutané⁵, déjà utilisée dans de nombreux pays, n'a été mise sur le marché français qu'en 2001. Son utilisation (pose et retrait) est très simple, et je fus l'un des premiers prati-

5. Bien que des implants aient été utilisés au Canada, ce dispositif précis (Implanon), formé d'un réservoir d'hormone de la taille d'une allumette, inséré sous la peau et procurant une contraception efficace pendant trois ans, est commercialisé dans de nombreux pays d'Europe depuis une dizaine d'années, mais ne l'était pas au Québec en 2011.

ciens de mon département à en acquérir la technique et à la proposer aux personnes intéressées.

Les patientes, par principe, choisissaient leur contraception librement parmi toutes les méthodes, en tenant compte avant tout de leurs besoins, de leurs valeurs, de leurs attentes et de leurs craintes. Mais, comme c'est fréquent lors de l'apparition d'une méthode nouvelle, les utilisatrices d'implant, rares au début, se firent plus nombreuses à mesure qu'un nombre croissant d'articles de presse faisait l'apologie de cette méthode. Toute méthode contraceptive étant susceptible d'être employée plusieurs mois ou années, il importe de bien informer leurs utilisatrices sur les effets possibles à moyen ou long terme. Or les effets indésirables de l'implant n'étaient que succinctement décrits dans les documents du fabricant, et les réponses à un certain nombre de questions pratiques manquaient.

Chaque fois que la méthode était choisie par une patiente, je notais systématiquement tous les effets indésirables rapportés par elle, afin d'en tirer des enseignements pour les utilisatrices futures. Cette enquête a fait apparaître que certaines femmes étaient plus exposées que d'autres à des effets secondaires hormonaux de l'implant.

Ainsi, les patientes ayant pris beaucoup de poids (entre 15 et 20 kilos) lors d'au moins une grossesse antérieure sont susceptibles d'en prendre beaucoup avec un implant, car il reproduit l'état hormonal de la grossesse; celles qui ont souffert d'acné dans leur adolescence risquent de le voir réapparaître sous l'effet de l'hormone contenue dans le dispositif; et les femmes qui ont constaté une nette baisse de leur désir sexuel pendant leurs grossesses ou lors de l'utilisation antérieure d'une autre contraception hormonale risquent d'éprouver le même phénomène.

Au bout de cinq années de relevés systématiques, devant de nouvelles demandes de contraception par implant, j'étais en mesure d'apporter des précisions sur sa tolérance qui ne figuraient pas dans la documentation, de permettre aux patientes un choix plus éclairé, qui tienne compte de leurs antécédents personnels, et, de ce fait, de nuancer grandement les dithyrambes de la presse grand public.

Cet exemple anecdotique n'est qu'une petite illustration des possibilités d'un champ d'investigation immense, mais il souligne sa principale caractéristique: la recherche en médecine de famille donne le meilleur d'elle-même lorsqu'elle est guidée par les observations et les interrogations des patients et y répond de manière concrète et pratique.

17

Écritures

Il n'y a rien de surprenant à ce que les médecins écrivent: ils apprennent leur métier dans des livres et des articles scientifiques rédigés par leurs aînés ou leurs pairs. Ils sont appelés à transmettre par écrit des informations de toutes sortes: le compte rendu d'une consultation, les résultats d'un travail de recherche, ou le mémoire final d'un cycle de formation supérieure. Ce qui est surprenant, en revanche, c'est de constater que beaucoup de médecins n'écrivent pas. À l'heure où Internet et le courriel sont omniprésents

dans la vie de tous les citoyens, les réserves du corps médical à l'égard des outils électroniques, passerelles de communication et vecteurs de leur expérience, sont singulières.

Bien sûr, la transcription de l'expérience médicale soulève de multiples questions éthiques, parmi lesquelles la confidentialité occupe une place centrale. Mais il ne se passe pas de jour sans qu'un médecin décrive à la radio le profil psychiatrique d'une personne soupçonnée d'un crime sexuel, s'exprime à la télévision sur le cancer d'une personnalité publique ou critique dans une lettre à la presse, témoignages de patients à l'appui, la politique de santé de son gouvernement. La notion de confidentialité, à l'heure des blogues de malades et des forums d'échange d'informations entre patients, mériterait donc qu'on la reformule au lieu de la brandir comme une barrière (faussement) absolue.

Il me semble, de toute manière, que l'une des obligations des médecins consiste à lutter contre les idées reçues, l'obscurantisme, la désinformation. À cet égard, Internet n'est pas l'ennemi du savoir, mais son meilleur allié. L'on voit, de fait, nombre de médecins créer des sites Web pour présenter leurs activités et informer les patients sur les interventions ou explorations qu'ils proposent dans leur pratique hospitalière publique ou privée. D'autres collaborent activement aux sites d'associations de patients souffrant des maladies dont ils sont les spécialistes, ce qui ne manque pas de soulever encore d'autres questions éthiques.

Mais, dans ce domaine, les médecins de famille ont, pour leur part, encore beaucoup à faire et à inventer — à commencer par un site d'information financé par les deniers publics où apparaîtraient des contributions multidisciplinaires consacrées aux

soins primaires et auquel collaboreraient non seulement les médecins de famille, mais tous les autres professionnels de soins primaires, et les patients les plus engagés dans une éducation et une promotion sanitaire équitables, critiques et indépendantes. Une sorte d'encyclopédie pratique de la santé au jour le jour, alimentée en temps réel par celles et ceux qui, en tant que professionnels ou en tant qu'usagers, œuvrent sur le terrain.

18

Fictions

J'ai commencé à écrire bien avant de devenir médecin. Dès les débuts de ma formation professionnelle, l'écriture — sous des formes très éloignées de l'écriture médicale formelle —, m'est apparue comme un outil indispensable de réflexion face à un enseignement et à des pratiques que je ne comprenais pas ou que j'avais du mal à faire miens.

Bien après avoir commencé à exercer la médecine, j'ai publié des romans inspirés par ma pratique. Le premier, *La vacation* (1989), racontait l'activité d'un médecin pratiquant des avortements dans un centre hospitalier français. Le suivant, *La maladie de Sachs* (1998), décrivait le même personnage au sein de la petite communauté dans laquelle il était médecin de famille. Un troisième, *Les trois médecins* (2004), empruntait la trame épique des *Trois mousquetaires* d'Alexandre

Dumas pour transposer mon expérience d'étudiant en médecine. Le plus récent, *Le chœur des femmes* (2009), est centré sur la relation d'apprentissage entre un médecin chevronné et un résident dans un centre de santé des femmes. Les quatre ont connu un grand succès de librairie en France, ont été traduits en plusieurs langues et m'ont valu de nombreux courriers aussi bien de soignants que d'usagers de la santé.

J'avais choisi la forme romanesque par goût et parce qu'elle m'affranchirait, pensais-je, de toute suspicion autobiographique ou documentaire. J'ai découvert avec surprise que ces deux dimensions étaient précisément ce que les lecteurs de ces livres y avaient le plus apprécié.

Au cours des vingt dernières années, de nombreuses universités anglophones ont créé des unités ou départements de «*Medical Humanities*», consacrés à l'étude des relations entre médecine, arts et sciences humaines. Les textes littéraires consacrés à la maladie sont un objet d'étude encore peu développé dans les universités francophones. Depuis toujours, des médecins publient des textes de littérature (poésie, romans, nouvelles, essais). Au xx^e siècle, des médecins de famille tels A. J. Cronin (Royaume-Uni), William Carlos Williams (États-Unis), André Soubiran (France) ou Jacques Ferron (Québec) se sont faits connaître par des textes littéraires inspirés par leur expérience. Pour le grand public, et pour nombre de médecins conscients des relations entre la médecine et les arts, les liens entre médecine et littérature ne sont pas inattendus. Si le sujet central de toute littérature consiste à explorer et à rendre compte, sous une forme artistique, des émotions et comportements humains, comment s'étonner que les médecins écrivent de la littérature? Ils devraient d'ailleurs être bien plus nombreux à le faire.

Bien sûr, la littérature n'est pas la seule forme possible de transmission de l'expérience. Beaucoup de médecins publient des essais critiques ou polémiques, des livres pratiques, des récits autobiographiques. L'essai transmet des idées; le document, des faits; le témoignage, une expérience sensible.

La fiction est cependant la forme la plus ancienne, la plus « naturelle », la plus transculturelle de transmission de l'expérience. Elle combine réflexion, description factuelle avec expérience vécue, sans privilégier l'une plutôt que les autres, en optant pour une approche esthétique. Traditionnellement considérés comme « populaires » (et, pour le monde des sciences, comme « moins sérieux » que l'essai), le roman et la nouvelle m'apparaissent cependant comme les formes les plus prometteuses de transmission de l'expérience médicale. La popularité et l'impact des œuvres romanesques écrites par des médecins, en particulier dans le monde anglophone, ne peuvent que conforter cette idée.

Au printemps 2000, un article paru dans la revue *Literature and Medicine*, « Telling Stories: The Health Benefits of Narrative », attira mon attention sur James W. Pennebaker, psychologue américain de l'Université du Texas à Austin. De nombreux articles disponibles sur sa page institutionnelle rendent compte de ses travaux, qui portent sur les bénéfices psychologiques de l'écriture personnelle. Si le fait de coucher sur le papier le récit d'une expérience négative a, comme le montre Pennebaker, des effets bénéfiques pour celui qui l'a subie, on peut penser qu'il en va de même pour les soignants habités par des dilemmes intérieurs.

J'ai organisé en 2011 au Centre de recherches en éthique de l'Université de Montréal un atelier expérimental « Éthique et fiction », qui réunissait des chercheurs en bioéthique d'origines diverses (soignants,

enseignants et patients). À partir de situations réelles soulevant des questions éthiques, les participants rédigeaient une courte nouvelle, une lettre, un dialogue, un conte et soumettaient ce texte au reste du groupe. La variété des textes ainsi produits reflétait non seulement la diversité des points de vue, mais aussi la complexité et les nuances d'une situation qui, dans un livre consacré à l'éthique, aurait donné lieu à une énumération d'hypothèses toutes présentées comme équivalentes. La fiction permet une approche plus libre (en littérature, toutes les formes sont permises, de la poésie au récit fantastique) et plus audacieuse (le « politiquement correct » n'est pas de mise), et, par la juxtaposition des textes, elle offre un panorama plus nuancé, multi-dimensionnel de la situation traitée.

Toutes ces expériences ont conforté ma conviction que lecture et écriture de fiction méritent d'occuper une place concrète, vivante, aux côtés de la lecture critique et de l'écriture scientifique, dans toutes les formations et professions soignantes. Elles contribueraient à une meilleure connaissance des dimensions émotionnelles des soins dans la vie des soignants comme dans celle des patients.

19

Instruments

Lorsque mon père m'emmenait en tournée, il emportait dans sa petite sacoche un stéthoscope,

un appareil à tension, un marteau à réflexes, un otoscope (lampe destinée à examiner les tympans, mais aussi la bouche et les yeux) et une poignée de substances utilisables en cas d'urgence: diurétique, morphinique, trinitrine. Et, bien sûr, son carnet d'ordonnances, son tampon réglementaire et de quoi écrire.

Quarante ans plus tard, ma «sacochette de docteur» n'était pas plus remplie. Même s'il m'arrivait de transporter dans le coffre de ma voiture une mallette pleine de médicaments et d'instruments divers, je ne m'en servais que rarement. J'avais appris que les patients attendent moins de recevoir médicaments et techniques d'exception que de bénéficier d'une présence et d'une attention soutenues, régulières, attentives et alertes.

Beaucoup de médecins spécialisés voient leur appareillage devenir plus performant au fil des années. Ils découvrent chaque jour que la performance technologique a un prix: elle éloigne le regard de ce qu'on a sous le nez.

Une patiente qui désire faire ôter son implant contraceptif entre dans mon bureau, désespérée. Le médecin qui a voulu le lui retirer n'a pas localisé le dispositif. Il l'a envoyée subir une échographie, qui ne l'a pas retrouvé. Il lui a ensuite fait passer une imagerie par résonance magnétique (IRM), qui n'a rien retrouvé non plus. En désespoir de cause, elle vient consulter dans mon unité. Pour la rassurer — car elle craint que l'implant n'ait été «avalé par les tissus» —, j'explique à la patiente qu'il est probablement toujours en place. L'IRM et les rayons X ne peuvent le localiser (il n'a pas une consistance «visible» par ces méthodes) et l'échographie est trop imprécise. Je lui demande dans quel bras il a été inséré, et dans quelle zone. Elle se rappelle que c'est dans le bras gauche, sans plus de précision. Or les instructions de pose recommandent

au praticien d'insérer l'implant juste au-dessus du coude, dans la zone qui, le bras ballant, est en contact avec le corps. Elle me montre son bras gauche. Sur la peau, juste au-dessus du coude, je repère une minuscule cicatrice pâle, caractéristique de l'insertion. Je pose le bout du doigt sur la cicatrice, et je sens l'implant rouler sous la peau. Une courte anesthésie plus tard, l'implant est retiré.

Lorsque des explorations sophistiquées prennent le pas sur des méthodes moins spectaculaires mais éprouvées — l'écoute et l'examen des patients —, elles ratent leur but. Et le coût en temps, dépenses matérielles, angoisses et souffrances est considérable.

La médecine de famille semble défavorisée par son apparent manque d'outils technologiques de pointe. La réalité est tout autre. La pléthore technologique est un écran — et même, une forêt d'écrans — entre soignant et patient. Lorsque l'un et l'autre établissent ensemble une conduite à tenir, le recours à la technologie est plus avisé, moins oppressant, moins coûteux, moins dangereux. La fragmentation des recours aux spécialistes conduit les patients à surconsommer médicaments et tests, puisque chaque praticien prescrit les siens. Le médecin de famille, en revanche, est à même de contrer et, si possible, d'inverser cette inflation médicale en aidant les patients à hiérarchiser leurs besoins et à établir des priorités que diverses pressions (l'entourage, les médias, les médecins) leur ont fait perdre de vue. Pour cela, il n'a besoin que d'un seul instrument : un sens commun d'autant plus aigu qu'il est sans cesse régénéré par la réalité quotidienne.

Engagement

Chaque étudiant en médecine se demande très tôt quelle orientation choisir. Soins primaires? Spécialisation? Recherche? Exercice hospitalier? Pratique privée?

Ce choix n'a pas seulement des conséquences sur la vie professionnelle. Soigner est un métier très prenant. Comment accorder cette activité tournée vers les autres avec l'épanouissement personnel et la vie familiale? Comment concilier les contraintes matérielles, administratives d'une profession de la santé et ses impératifs scientifiques? Comment éviter la routine?

Parmi toutes les spécialités, la médecine de famille est la plus passionnante et la plus gratifiante, par l'ampleur de son champ d'action. Choisir d'être médecin de famille, c'est s'ouvrir un panorama quasi illimité de modes d'exercices: le jeune praticien peut décider dans un premier temps de s'ouvrir à tous les patients et à toutes les pratiques, puis peu à peu s'orienter vers des exercices plus spécifiques, qui correspondent à sa personnalité: pédiatrie, gynécologie, gériatrie, maladies chroniques, etc. Cette orientation se fait de manière plus progressive, plus personnelle, que le choix d'une spécialité opéré d'emblée, et sans perdre de vue la nécessité d'appréhender les personnes dans le flux de leur vie et la complexité de leur environne-

ment. Certes, le médecin de famille travaille dans l'incertitude (il ne sait jamais « tout » sur sa spécialité), mais il apprend à faire face à celle-ci avec une compétence toujours plus grande. Il n'a jamais le temps de s'ennuyer, tant les liens qui unissent les personnes sont riches. C'est seulement en médecine de famille que l'on arpente la fine frontière de la confidentialité face à deux sœurs, à un père et à un fils ou à deux ex-conjoints assis par hasard à la même heure dans sa salle d'attente. C'est seulement dans ce cadre que l'on apprend à donner des soins en s'appuyant sur la trame des relations familiales. Et si, au fil des années, le praticien devient de plus en plus expérimenté, les mouvements incessants de la vie l'obligent à garder sa fraîcheur face aux situations nouvelles.

Ce mélange de complexité stimulante et de constant renouvellement, aucune autre spécialité ne le propose.

Au fil de mes vingt-cinq ans d'exercice, j'ai eu la chance de pouvoir m'engager dans bon nombre de voies: la pratique clinique, l'information médicale, la critique scientifique, la défense des intérêts des patients, l'enseignement, la recherche et, aujourd'hui la réflexion éthique. Au début de mon itinéraire, la médecine de famille cherchait encore sa voie. Depuis les années 1970, elle s'est largement épanouie. Présente partout sur la planète, la discipline est représentée par un organisme mondial, la WONCA.

De plus, les années à venir ouvrent de nouveaux horizons. Tout ce que j'ai appris en trente ans fait aujourd'hui partie intégrante de l'enseignement dans les facultés de médecine d'Amérique du Nord, en particulier au Québec. La médecine de famille y est respectée et enseignée aux étudiants par des praticiens chevronnés, à l'université et sur le terrain. La lecture critique est un des piliers de toute formation médicale, car, plus que jamais, les médecins ont besoin de

données fiables. Délivrer des soins en accord avec des données scientifiques avérées — conformément aux principes de l'*Evidence Based Medicine*, la médecine fondée sur les preuves — n'est pas seulement une exigence professionnelle, c'est aussi une exigence éthique. Dans les universités du Canada, mais aussi des États-Unis, du Royaume-Uni et de la Scandinavie, la notion de « consentement éclairé » fait lentement mais sûrement place à celle de « décision éclairée »: il n'est plus question pour le médecin d'opérer des choix thérapeutiques « avec l'accord » du patient, mais d'accompagner celui-ci dans ses choix. De plus, les facultés de médecine modifient leur curriculum pour y intégrer les patients. À l'Université de Sherbrooke, des patientes volontaires participent à l'enseignement de la gynécologie courante, en partenariat contractuel avec la faculté. À l'Université de Montréal, en 2011 et 2012, plusieurs groupes de réflexion œuvrent à une transformation radicale de la formation médicale; l'un de ces groupes est centré sur la notion de patient-partenaire, partenaire décisionnel et partenaire de formation. Enfin, si les groupes Balint (connus depuis plusieurs décennies au Québec) et la toute jeune *Narrative Medicine* ne font pas encore partie intégrante de la formation médicale, leur influence ne fait que croître parmi les enseignants de médecine de famille au Canada.

De sorte qu'aujourd'hui les étudiants qui choisissent la médecine de famille peuvent pratiquer un exercice intellectuellement gratifiant et riche et, simultanément, grâce à cet outil de communication formidable qu'est Internet, mettre leur savoir à jour, se former à la relation de soins, participer à des recherches, rédiger et partager des articles scientifiques, contribuer aux débats collectifs sur les politiques de santé, s'engager aux côtés des patients pour une meilleure organisation

du système de santé. Ils peuvent exercer dans des communautés éloignées tout en restant au fait des progrès et initiatives des plus grands centres médicaux, et être associés à leur développement.

Un nombre toujours croissant de travaux montrent que l'avenir des soins de santé repose sur le développement accéléré de la médecine de proximité. Dans les pays qui, tel le Canada, aspirent à une meilleure allocation des ressources et à une plus grande équité dans la délivrance des soins, les professionnels de la santé ne seront plus seulement valorisés à l'aune de leurs accomplissements universitaires ou de la complexité de leurs outils technologiques, mais aussi et surtout à la mesure des services concrets, immédiats, quotidiens qu'ils rendront à la communauté. Grâce à la formation qui leur est d'ores et déjà dispensée dans les universités du Canada, les médecins de demain pratiqueront de plus en plus près des aspirations et des besoins de la population.

Étant donné la pénurie de ressources et leur coût croissant, il importe plus que jamais de hiérarchiser les soins en fonction des besoins réels de la population, *avec l'aide de celle-ci*, dans un souci constant des retentissements de la technologie médicale sur l'environnement. Les médecins de famille et, avec eux, tous les professionnels de soins primaires seront, par leur implantation et la spécificité de leur pratique, les champions de ces besoins aux côtés des usagers. Leur mission consistera de plus en plus à représenter et à défendre les patients face aux décisions politiques, locales ou provinciales et aux intérêts commerciaux. Dans cette perspective, la médecine de famille est, sans aucun doute, la médecine de l'avenir. Et l'avenir commence aujourd'hui.

Lectures complémentaires

- Balint, M., *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot, 1996.
- Bensaïd, N., *La consultation*, Paris, Mercure de France, 1974.
- Boyd, B., *On the Origin of Stories*, Cambridge, Harvard, Belknap Press, 2009.
- Charon, R., *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, Oxford, Oxford University Press, 2008.
- Ferron, J., *Contes*, Montréal, Bibliothèque québécoise, 1993.
- Frampton, Susan B. et Patrick A. Charmel, *Putting Patients First: Best Practices in Patient-Centered Care*, San Francisco, Jossey-Bass, 2008.
- Soubiran, A., *Les hommes en blanc*, Paris, Le Livre de Poche, 2000.
- Williams, W. C., *The Doctor Stories*, New York, New Directions, 1981.
- Winckler, M., *La maladie de Sachs*, Paris, POL, 1998.
- WONCA (World Organization of Family Doctors): <www.globalfamilydoctor.com>

Table des matières

Préambule	5
1. Découverte	9
2. Figure	12
3. Études	14
4. Modèles	18
5. Lectures	19
6. Dilemme	24
7. Contact	28
8. Terrain	31
9. Questions	33
10. Inquisition	35
11. Confusions	39
12. Formation	41
13. Posture	43
14. Attitude	45
15. Emploi du temps	49
16. Partages	54
17. Écritures	57

18. Fictions	59
19. Instruments	62
20. Engagement	65
Lectures complémentaires	69

LA COLLECTION

Quel est le rôle, dans la Cité,
des chercheurs, des intellectuels,
des professeurs, des universitaires en général?
Qui sont-ils et que font-ils exactement?
Quel a été leur parcours intellectuel?
La collection « Profession » répond
à ces questions.



Médecin de famille

Médecin de famille et écrivain (sous le pseudonyme de Martin Winckler), Marc Zaffran est chercheur invité au Centre de recherche en éthique de l'Université de Montréal.

DANS LA MÊME COLLECTION

Profession astronome, François Wesemael
Profession criminologue, Jean Proulx
Profession éthicien, Daniel M. Weinstock
Profession géographe, Rodolphe De Koninck
Profession historien, Pierre Bonnechere
Profession historienne de l'art, Johanne Lamoureux
Profession latiniste, Jean-François Cottier
Profession lexicographe, Marie-Éva de Villers
Profession musicologue, Jean-Jacques Nattiez
Profession philosophe, Michel Seymour
Profession psychologue, Louis Brunet et Dianne Casoni
Profession sinologue, Charles Le Blanc
Profession sociologue, Marcel Fournier
Profession traducteur, Georges L. Bastin et Monique C. Cormier
Profession urbaniste, Gérard Beaudet

ISBN 978-2-7606-2243-2

9,95 \$ • 9 €

www.pum.umontreal.ca



9 782760 622432