

Sous la direction de Bernard Hours

# **Systemes et politiques de santé**

## **De la santé publique à l'anthropologie**



Editions KARTHALA  
22-24, boulevard Arago  
75013 Paris

## Chapitre VI

# Identités professionnelles en médecine générale et en soins de santé primaires

Monique Van Dormael

Les bases de la légitimité des professionnels en soins de santé résident principalement dans le paradigme biomédical, qui valorise l'usage de la technologie, l'hôpital comme lieu privilégié de soins, et la spécialisation des praticiens. Au sein de la profession médicale, l'image du médecin généraliste reste, dans bon nombre de pays, davantage celle d'un « non-spécialiste » que celle d'un professionnel maîtrisant des compétences propres. Au Nord comme au Sud, les médecins généralistes sont bien souvent en manque d'une identité professionnelle spécifique, distincte de celle des spécialistes et source de reconnaissance sociale par leurs pairs (Mebtoul 1994, Srivanichakorn et Van Dormael 1998).

La déclaration d'Alma Ata de 1978 a largement diffusé les principes de politiques de santé basées sur les soins de santé primaires, mais la plupart des professionnels en soins de santé se sont sentis peu concernés par ces politiques ; d'autres y ont vu un pis-aller pour leur insertion dans le marché du travail, à défaut d'avoir accès aux milieux plus prestigieux des grands hôpitaux. Les uns ont interprété les soins de santé primaires comme un renforcement du pôle profane des soins : remise à l'honneur des remèdes populaires et guérisseurs traditionnels, renforcement des compé-

tences des populations par l'éducation pour la santé, voire formation rapide d'agents de santé de village lorsque l'accès aux soins médicaux modernes s'avérait trop problématique. L'image du rôle du professionnel de soins, et du médecin en particulier, était peu altérée par cette conception, situant les soins de santé primaires essentiellement hors du champ de la pratique professionnelle. D'autres ont interprété les soins de santé primaires comme un dispositif destiné à faire face à la crise économique des années 1970, et à la nécessité de filtrer l'accès aux soins hospitaliers pour réduire les coûts globaux. Dans cette conception, les fonctions des professionnels de soins au premier échelon sont souvent empreintes d'une image de soins rationnés, de soins de seconde zone, de soins pour les pauvres...

Le flou qui entoure l'identité professionnelle des médecins généralistes et d'autres professionnels en soins de santé primaires n'est pas seulement source de frustrations pour le personnel, il constitue également un frein à la qualité des soins et des relations entre services de santé et usagers. Or il existe des exceptions, de plus en plus nombreuses : des médecins généralistes, des infirmières explicitent les bases intellectuelles de leur démarche professionnelle et fondent ainsi un savoir et des compétences spécifiques.

Cette quête d'identité professionnelle et les mouvements d'idées à la base des soins de santé primaires sont apparus avant la crise économique : ils procèdent d'un changement d'attitudes, que l'on rencontre dès le début des années 1960, au moins dans certains milieux intellectuels, tant à l'égard de la technologie dont les limites commencent à être mises en évidence, qu'à l'égard des savoirs populaires et du vécu de la maladie, qui sont réhabilités comme expertise pertinente pour l'efficacité des soins. Ce n'est qu'ultérieurement que la crise économique y ajoutera une légitimité gestionnaire de moindres coûts, brouillant quelque peu les cartes : l'affirmation initiale de l'importance des soins de santé primaires ne reposait pas tant sur des considérations économiques que sur le fait qu'ils étaient plus adéquats que l'hôpital pour traiter efficacement bon nombre de problèmes.

Cet article tente de rendre compte de la construction intellectuelle des soins de santé primaires, dont la médecine

générale ou médecine de famille constitue une expression parmi d'autres. Une première partie décrit le processus de définition identitaire des médecins généralistes européens, en prenant appui sur l'expérience des *general practitioners* britanniques des années 1960-1970. Ensuite nous analyserons l'émergence de la notion de soins de santé primaires et proposerons un cadre d'interprétation des soins de santé primaires et de leurs variantes.

### **La définition identitaire des médecins généralistes**

Les orientations prises par la quête identitaire des médecins généralistes dans certains pays européens dès les années 1960-1970 participent d'un mouvement d'idées qui converge avec celui des soins de santé primaires. Réinterprétant les rôles anciens des médecins de famille en y intégrant des savoirs puisés dans les sciences humaines et l'épidémiologie, les médecins généralistes ont tenté d'explicitier ce qui leur était spécifique et les distinguait des médecins spécialistes et de l'hôpital, parvenant parfois à rehausser considérablement le prestige de la médecine générale à l'intérieur de la profession médicale.

Pour retracer les transformations du regard intérieur de la médecine générale sur elle-même, nous examinerons la quête d'identité professionnelle des *general practitioners* en Grande-Bretagne, où le phénomène fut particulièrement précoce et manifeste.

### **Origines de la hiérarchie *general practitioners*-spécialistes**

Le terme de *general practitioners* est apparu en Grande-Bretagne vers 1820 (Stevens 1966). Toutefois il ne s'agissait pas alors d'opérer une distinction par rapport aux spécialistes : la spécialisation en médecine ne prendra de l'ampleur qu'environ un siècle plus tard. Les *general practitioners* constituaient un groupe de praticiens qualifiés, porteurs d'accréditations ou licences diverses souvent reconnues par la Société des Apothicaires, mais exclus des privilèges

réservés aux membres des prestigieux *Royal College of Physicians* et *Royal College of Surgeons*. La division du travail était avant tout sociale : alors que les médecins et chirurgiens soignaient l'aristocratie et la bourgeoisie, les *general practitioners* soignaient, avec de multiples autres praticiens et guérisseurs, le peuple. Et si tous les médecins « réguliers » se réclamaient du même savoir médical, on considérait que les *physicians* et *surgeons* le maîtrisaient en hommes de sciences et les *general practitioners* en praticiens. En outre, alors que les hôpitaux des grandes villes devenaient durant la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle des lieux convoités de recherche et d'enseignement clinique, les *general practitioners* en furent progressivement exclus au profit des *physicians* et *surgeons* les plus prestigieux.

Médecins des classes moyennes en croissance au XIX<sup>e</sup> siècle, puis également de la classe ouvrière avec l'instauration de l'assurance-maladie en 1911, les *general practitioners*, de plus en plus nombreux, acquièrent au début du XX<sup>e</sup> siècle une image de « bon médecin de famille », dévoué et compétent. Mais si le public les appréciait, ils étaient de plus en plus discrédités dans leur milieu professionnel. En effet, l'hôpital, lieu de concentration de la technologie, devenait le lieu par excellence de la bonne médecine où pratiquaient les spécialistes. La principale innovation du *National Health Service* en 1948 fut de nationaliser les hôpitaux, entérinant par là la division de la profession médicale britannique que les *general practitioners* combattaient depuis près de cent ans : les spécialistes hospitaliers étaient désormais fonctionnaires, tandis que les *general practitioners* extra-hospitaliers maintenaient leur statut de praticiens indépendants, contractants du *National Health Service* (Honigbaum 1979).

### ***Des general practitioners démoralisés***

Définitivement exclus des hôpitaux, les *general practitioners* étaient désemparés au lendemain de la mise en place du NHS. Certes ils étaient appréciés du public pour leur « dévouement » et leur « humanisme », mais il s'agissait là de valeurs morales et non de compétences professionnelles : la compétence professionnelle du médecin se mesurait en

termes de maîtrise technologique. Les *general practitioners* se plaignaient de ne traiter que les problèmes « triviaux » et d'être écartés de la « vraie médecine » qui se pratiquait à l'hôpital, lieu de concentration des outils technologiques. Le célèbre rapport Collings, publié dans le *Lancet* en 1950, brosse un sombre tableau de la *general practice*, particulièrement dans les zones industrielles, mais plaide pour sa revitalisation et pour une définition plus claire de ses fonctions dans le cadre du NHS (Collings 1950).

Condamnés à se trouver une légitimité ailleurs que dans la pratique hospitalière, les *general practitioners* britanniques prirent alors l'initiative d'améliorer leur position dans la hiérarchie médicale. On distingue dans ce processus deux aspects : leur quête de respectabilité et de reconnaissance sociale, mais aussi et surtout leurs efforts de construction et d'explicitation de leur identité professionnelle.

### *Les limites de la quête de respectabilité*

Les *general practitioners* ont œuvré à leur revalorisation institutionnelle dès le début des années 1950. Ils ont créé le *Royal College of General Practitioners* en 1952 ; la première chaire de médecine générale à Edinburgh date de 1963 ; et en 1966, ils ont obtenu du *National Health Service* une importante revalorisation financière.

Mais il ne suffisait pas de clamer l'importance de la médecine générale et de déclarer qu'elle ne pouvait disparaître : encore fallait-il préciser en quoi résidait sa spécificité et ce qu'elle apportait de plus que les spécialités médicales ne pouvaient pas apporter.

Lorsqu'en 1966 le *National Health Service* dégagea des moyens financiers substantiels pour le renforcement de la médecine de famille, un des chefs de file du mouvement des généralistes, McWhinney, fit en substance le commentaire suivant : certes on peut se réjouir de cette revalorisation financière, mais là n'est pas le fond du problème ; car tant que les généralistes n'auront pas mieux défini ce qui fait le contenu de leur spécificité et qu'ils garderont l'hôpital comme modèle, ils resteront frustrés de ne pas faire de

« travail clinique sérieux », et hostiles à l'égard de patients auxquels ils reprochent de les envahir avec leurs problèmes triviaux (McWhinney 1966).

### ***La quête d'identité professionnelle***

Le *Royal College of General Practitioners* eut un rôle actif dans la quête d'identité professionnelle, se positionnant comme association scientifique bien plus que de défense des intérêts matériels de ses adhérents. Dans le processus de définition du champ de compétence et de l'objet du travail des *general practitioners*, deux thèmes furent successivement abordés : un thème que l'on peut qualifier de médecine sociale et préventive d'abord, le thème du patient comme individu singulier ensuite. En principe ces deux champs de compétences ne sont pas mutuellement exclusifs et n'ont d'ailleurs jamais été présentés comme tels. Dans la pratique toutefois les praticiens ont souvent eu tendance à choisir entre l'un de ces deux thèmes plutôt que de les combiner.

#### *Les années 1960 : le thème de la médecine sociale et préventive*

Puisant dans un courant de pensée de l'entre-deux-guerres, les *general practitioners* mirent l'accent vers la fin des années 1950 sur leur rôle en médecine sociale et préventive. Proches de la communauté, ils étaient en effet en position privilégiée pour identifier des « individus à risque » de contracter certaines maladies, pour faire de la prévention et du dépistage précoce, et pour veiller à la continuité des soins, en particulier pour les malades chroniques. Leur position était d'autant plus favorable que le système d'inscription des patients auprès de leur médecin de famille facilitait des relations de longue durée avec malades et bien-portants.

Certes, dans cette optique, l'hôpital restait largement considéré comme le lieu par excellence de la bonne médecine curative. Mais les *general practitioners* se sont progressivement découvert une spécificité en matière de recherche. En effet la recherche médicale s'était transformée dans l'entre-deux-guerres, la pensée monocausale orientée sur la

recherche en laboratoire de l'agent causal (le germe) faisant place à une pensée davantage multicausale prenant en compte des causes associées (Ryle 1942). Il importait donc d'étudier comment se présentent les maladies dans la communauté, leur fréquence, leurs facteurs de risque, leurs signes annonciateurs, leur histoire naturelle. Or qui, mieux que les *general practitioners*, était en mesure de produire de telles informations ? Ils pouvaient mener des études longitudinales et suivre l'histoire médicale de leurs patients sur des dizaines d'années. Ils pouvaient en outre établir des rapports entre leurs observations sur l'évolution des maladies et l'environnement social de leurs patients. Mettant à profit cette base épidémiologique communautaire permettant aux *general practitioners* de réaliser des recherches qui n'étaient pas à la portée de l'hôpital, le *Royal College of General Practitioners* se mit à promouvoir parmi ses membres des études de morbidité dans la population générale, publiées dans diverses revues professionnelles. La légitimité épidémiologique venait en quelque sorte combler le déficit de légitimité technologique.

Ces études épidémiologiques allaient également rejailir sur les activités curatives. En effet les *general practitioners* prirent conscience que les critères des décisions diagnostiques et thérapeutiques que leur proposaient les spécialistes étaient établis à partir de recherches menées sur des patients hospitalisés, donc avec une probabilité plus grande d'être sérieusement malades que leurs patients en médecine générale, et ne s'appliquaient pas nécessairement comme tels à leur propre pratique. Il n'allait donc plus de soi en pratique générale d'adopter sans sourciller, comme relevant de la « bonne médecine », les critères de décision préconisés par les spécialistes en milieu hospitalier : les *general practitioners* devaient désormais produire eux-mêmes une partie des connaissances scientifiques dont ils avaient besoin dans leur pratique (Knotterus 1991).

### *Les années 1970 : le thème de l'individu singulier*

Si le thème de la médecine sociale et préventive a pu mettre en évidence des dimensions spécifiques à la médecine



générale et réduire le lien de subordination à l'égard des spécialistes, c'est autour du thème du patient vu comme « individu unique » que la conquête d'autonomie de la médecine générale prendra une tournure décisive dans les années 1970.

La médecine générale ou médecine de famille va de plus en plus s'intéresser aux patients, à leur vécu existentiel de la maladie, et aux relations médecin-patient qui s'établissent dans le cadre de la consultation, et ce notamment sous l'impulsion de M. Balint qui exerça à travers ses séminaires une forte influence sur plusieurs des membres actifs du *College of General Practitioners* (Balint 1955). Pour McWhinney, le problème de la médecine générale à cette époque était essentiellement un problème de fausses attentes : les *general practitioners* devaient renoncer à vouloir faire entrer à tout prix les plaintes de leurs patients dans le cadre nosologique de la médecine dite scientifique pour écouter ce que les patients racontaient de leur souffrance et établir un *total diagnosis* ou diagnostic global (McWhinney 1966).

Cette approche renverse les perspectives et popularise un nouveau vocabulaire : la *whole person medicine* ou médecine de la personne globale. La pratique de la médecine générale n'est plus « centrée sur la maladie », mais « centrée sur le patient ». Le point de départ n'est plus le « diagnostic » d'une pathologie relevant de la nosographie biomédicale, mais le « problème » vécu par le patient, source de sa souffrance, et qui peut ne pas coïncider avec le diagnostic biomédical. L'expérience vécue de la souffrance par le patient, si opaque soit-elle à première vue, devient pertinente au même titre que les signes cliniques objectivables pour la démarche intellectuelle du généraliste (Marinker 1978). Dans cette optique, il n'y a plus de hiérarchie entre « trivialisés » et « vraies maladies » : y compris les plaintes jugées banales d'un point de vue biomédical constituent des défis intellectuels et professionnels pour le généraliste. Les spécialistes sont reconnus comme experts dans des domaines particuliers de la biomédecine, et les *general practitioners* sollicitent leurs avis diagnostiques et thérapeutiques. Mais les *general practitioners* considèrent qu'ils leur revient de faire la

synthèse des données biomédicales et des singularités du patient et de son environnement, et de décider en fin de compte, éventuellement en négociation avec le patient, de l'opportunité relative de suivre les avis des spécialistes.

À partir des années 1970, les médecins généralistes se donneront pour tâche spécifique de faire la synthèse entre le vécu existentiel du patient et de sa famille et les savoirs médicaux objectivés. Ils chercheront à théoriser le déroulement de la consultation, axe central de leur pratique, pour mieux maîtriser les processus cognitifs et relationnels à l'œuvre. Dans leur domaine d'action ils incluront la prévention, les soins curatifs pour les pathologies « bénignes », mais aussi la prise en charge des pathologies importantes. S'ils acceptent leurs responsabilités sociales et préventives à l'égard de la collectivité, c'est surtout au nom de l'approche centrée sur le patient comme individu singulier qu'ils s'émanciperont de la relation de subordination à l'égard des spécialistes et chercheront à fonder les bases d'une discipline de médecine de famille, distincte de la somme d'autres disciplines médicales, et justifiant un enseignement spécifique délivré par des médecins de famille.

Cette professionnalisation de la médecine générale, ou conquête d'autonomie au nom d'un champ de compétence propre, a eu pour effet que les jeunes médecins ont cessé vers les années 1970 de considérer la spécialisation comme seule perspective de professionnelle valable : le nombre d'étudiants choisissant délibérément une carrière de *general practice* s'est mis à augmenter.

### ***Parenté entre médecine générale et soins de santé primaires***

Au moment où les médecins généralistes occidentaux fondaient leur définition identitaire dans la réarticulation du registre de l'objectivation scientifique de la santé et de la maladie avec celui de la personne humaine, un mouvement plus englobant, fondé sur des principes similaires mais non associé à une profession ou un segment professionnel particulier, s'est exprimé dans divers endroits de la planète,

incluant le Tiers Monde, à travers les soins de santé primaires.

### ***Vécu subjectif et programmes de lutte contre les maladies***

On constate une synchronie entre la réhabilitation progressive de la parole du patient comme individu singulier par la *general practice* des années 1960 et l'intérêt nouveau accordé aux savoirs et perceptions des populations dans le Tiers Monde, tel que l'illustrent par exemple les études menées en Inde dans le cadre de l'Institut National de Tuberculose de Bangalore (Banerji et Andersen 1963). H. Mahler déclarera plus tard, en tant que Directeur Général de l'Organisation Mondiale de la Santé, à propos de ces travaux, qu'ils avaient eu un effet considérable sur les programmes de santé partout dans le monde et contribué au renversement de perspective qui avait abouti à la Déclaration d'Alma Ata en 1978 (Mahler 1985).

Jusque-là les recherches en sciences sociales appliquées au domaine de la santé dans le Tiers-Monde avaient cherché à identifier les « obstacles culturels » des populations à l'adoption des comportements jugés adéquats selon les savoirs des experts (Banerji 1986). En matière de tuberculose, les populations et les patients eux-mêmes étaient tenus pour responsables des échecs des programmes : on leur reprochait de ne pas percevoir leurs symptômes, de ne pas participer aux programmes de dépistage offerts, d'être fatalistes, de ne pas suivre leur traitement... À l'encontre de cette démarche, une enquête auprès de malades tuberculeux non traités, identifiés préalablement dans le cadre d'une étude épidémiologique, mit en évidence que la moitié d'entre eux, inquiets de leurs symptômes, avaient consulté un service de santé qui leur avait presque invariablement prescrit un sirop pour la toux ; 95 % du total des personnes atteintes de tuberculose étaient conscientes de leurs symptômes et les trois quarts d'entre eux exprimaient de l'inquiétude à propos de ces symptômes (Banerji et Andersen 1963). Les échecs des programmes de tuberculose ne pouvaient pas être imputés aux seuls patients, mais aussi aux erreurs de diagnostic des

services et au manque de confiance relatif que ces services inspiraient à la population. On pouvait d'ailleurs remettre en question la stratégie de dépistage de masse pour identifier les tuberculeux dans la population, alors que bon nombre de malades consultaient spontanément les services de santé généraux, qui passaient à côté du diagnostic.

Cette étude cristallise un changement d'attitude à l'égard des savoirs populaires dans le sens d'une plus grande confiance dans les dires et comportements spontanés des malades. On pourrait la synthétiser comme suit : certes les malades ne savent pas tout de leurs problèmes de santé, mais leur demande est pertinente pour la définition de ces problèmes — y compris pour des « vraies maladies ». Les services à eux seuls, même lorsqu'ils rationalisent et modélisent au mieux, n'arrivent pas à cerner ni à vaincre problèmes. Bien plus, lorsqu'ils ne tiennent pas compte des perceptions et comportements des gens, les experts sont conduits à proposer des solutions inadaptées.

### ***Les soins de santé primaires entre rationalisation et participation***

La déclaration d'Alma Ata contient deux lignes de force principales : un souci de rationalisation et un souci de participation. L'exigence de soins « scientifiquement valables » s'y juxtapose à l'importance accordée à la « pleine participation des individus, des familles et de la communauté » et à leur « auto-responsabilité et autodétermination ». La déclaration ne hiérarchise pas ces deux registres, elle ne les dissocie pas, mais elle ne précise pas non plus leurs liens réciproques.

Selon qu'elles privilégient l'une ou l'autre de ces lignes de force ou tentent de les intégrer, on peut classer les interprétations qui ont été données des soins de santé primaires en trois grandes catégories :

- les interprétations privilégiant la rationalisation se sont manifestées particulièrement à travers les grandes campagnes et les soins de santé primaires sélectifs (Walsh et Warren 1980 ; Unger et Killingsworth

1986). Ces approches se situent en continuité avec les politiques de santé coloniales et post-coloniales auxquelles elles donnent en quelque sorte une nouvelle légitimité. La « participation communautaire » est entendue alors au sens de mise en œuvre par les populations des comportements attendus par les experts.

- les interprétations privilégiant l'axe de la participation et mettant l'accent sur l'autosuffisance se sont manifestées notamment à travers les politiques d'agents de santé de villages ou de reconnaissance des « médecines traditionnelles ». Faisant des populations les acteurs centraux de leur santé, le rôle des services de santé a cependant parfois été minimisé au point de servir d'alibi au désengagement des services gouvernementaux en faillite.
- les interprétations cherchant à intégrer savoirs des experts et perceptions des populations ont mis l'accent sur des services de santé proches des gens, répondant en priorité aux « besoins ressentis », dotés de médicaments et de l'appui technique de l'hôpital et établissant avec les individus et la collectivité des relations de négociation continue.

Dans cette dernière approche, l'implication des services de santé dans la mise en place des politiques de soins de santé primaires a exigé des réorientations dans les rôles des professionnels de santé. Dans les pays à faible densité de médecins, ceux-ci sont restés dans les hôpitaux, notamment ruraux, mais on leur a demandé d'élargir leurs fonctions de « médecins de district » à des responsabilités d'organisation de la santé communautaire dans leur district et de supervision des infirmiers et auxiliaires assurant les soins de premier échelon (King 1966). En pratique, les médecins généralistes de ces hôpitaux ruraux n'ont pas toujours accepté l'élargissement du travail qui leur était demandé par la politique nationale et pour lequel ils n'étaient au départ pas formés. Dans d'autres pays, notamment en Amérique Latine et en Afrique du Nord, l'augmentation du nombre de médecins a eu pour effet que les soins de premier échelon ont été de manière croissante dispensés par des médecins, tant dans les services publics qu'en cabinet privé. Tant au Nord qu'au

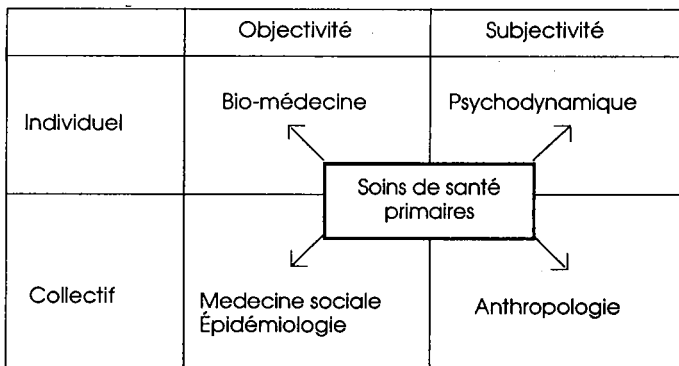
Sud, différentes catégories professionnelles, dont les médecins généralistes, sont donc impliquées dans les soins de santé primaires, et la manière dont ils envisagent leur champ de travail varie selon les circonstances. Mais au-delà du contexte institutionnel de leur travail, les soins de santé primaires sont susceptibles de leur fournir un paradigme commun qui les distingue d'une approche de soins classiques en milieu spécialisé (Van Dormael 1995).

### ***Cadre d'analyse pour les soins de santé primaires et leurs variantes***

Tant la médecine générale que plus largement les soins de santé primaires semblent tiraillés entre d'une part l'approche objectivante des experts (biomédicaux, épidémiologues, économistes...) et d'autre part la réhabilitation du vécu subjectif, tant des individus que de la collectivité. Nous voudrions proposer ici un cadre d'analyse qui resitue les soins de santé primaires au cœur de tensions qui traversent le monde moderne : la figure ci-dessous représente les soins de santé primaires comme projet de synthèse et de double articulation entre le registre de l'objectif et du subjectif d'une part, entre l'individuel et le collectif d'autre part.

Figure 1

Le potentiel d'articulation des soins de santé primaires



Articulation ne signifie pas réunification. Les soins de santé primaires ne se réclament pas d'un retour en arrière vers un temps où l'individu se fondait dans la communauté et où l'on distinguait peu le savoir scientifique du religieux. Ces éléments ont été disjoints au fil des transformations du monde moderne, et leur synthèse est un travail qui aboutit à autre chose qu'à leur indifférenciation première. La biomédecine reste une discipline de base des soins de santé primaires, mais qui s'intègre à d'autres dimensions de la santé et de la maladie.

Dans la figure proposée ici, les soins de santé primaires ont été situés graphiquement au centre des tensions, là où elles sont les plus fortes, le grand écart le plus prononcé et le travail d'articulation à la fois le plus complet et le plus difficile. Ce travail emprunte à diverses disciplines, selon les problèmes à traiter. Mais la démarche ne consiste pas à juxtaposer des savoirs de différentes disciplines scientifiques — spécialités médicales, épidémiologie, sciences psychologiques et sociales — mais de les utiliser pour les transformer en une nouvelle interprétation de la souffrance qui a sa cohérence propre.

Ce cadre d'analyse permet également de rendre compte de certaines variantes que l'on rencontre sur le terrain parmi les praticiens en soins de santé primaires, selon l'accent qu'ils placent sur des articulations différentes. Car la représentation graphique plaçant les soins de santé primaires au centre du schéma ne constitue qu'une des variantes possibles. On rencontre par exemple bon nombre de médecins généralistes qui se situent dans une approche essentiellement clinique et biomédicale (à l'intersection objectivité - individu dans le schéma), cherchant avant tout à refaire, au-delà du morcellement en spécialités, une unité de la biomédecine. L'approche de la médecine de famille comme médecine de la personne est représentée dans le schéma par la rangée « individuel » : sans renoncer aux apports des savoirs biomédicaux, ces praticiens considèrent que leur rôle consiste avant tout en une approche « personnalisée » de leurs patients. L'articulation entre biomédecine et épidémiologie (colonne objectivité) correspond à l'approche de méde-

cine sociale et préventive, soucieuse de rigueur gestionnaire, d'efficacité et d'efficience.

On peut constater que ces différentes approches ne sont pas uniformément réparties à travers le monde. On rencontre relativement souvent dans les pays du Nord des médecins généralistes qui fondent leur légitimité dans la médecine de l'individu singulier et ont par contre peu tendance à se préoccuper des dimensions communautaires de la santé. Dans les pays du Sud l'accent est souvent placé sur des approches rationalisantes de programmes de lutte contre la maladie, et la notion de « médecine de la personne » tend à être renvoyée aux médecines traditionnelles. Parmi les explications possibles de cette différence, il faut considérer le fait que, historiquement, la médecine moderne a émergé en Occident à travers une lente évolution de ses institutions, et a pu exhumer de sa tradition propre une figure de médecin de famille compatissant et dévoué pour la réinterpréter. Dans le Tiers Monde par contre, la médecine moderne a été importée comme science toute faite lors de la période coloniale, au moment de l'apogée du credo scientifique occidental, et en opposition aux médecines traditionnelles endogènes reléguées dans le domaine de la magie (Van Dormael 1997). L'invention de passerelles, notamment à travers la formation du personnel, entre savoirs biomédicaux et dimensions sociales et culturelles de la maladie propres à une société donnée, semble un enjeu essentiel pour le développement des soins de santé primaires partout dans le monde (Jaffré et Prual 1993) ; le caractère exogène de la médecine moderne dans les pays du Sud mérité d'être pris en considération dans ce processus.

## **Conclusion**

Le travail d'articulation propre aux soins de santé primaires est difficile. Il est souvent plus confortable de se référer à une discipline classique bien circonscrite que d'opérer la synthèse de plusieurs d'entre elles. La mise en tension n'est en effet pas une opération harmonieuse, elle suppose de rechercher en permanence un nouvel équilibre entre des



pôles contraires — l'équilibre atteint n'étant jamais que provisoire et instable.

La difficulté est accentuée du fait que ce travail d'articulation est en grande partie implicite. Cependant on assiste actuellement à des tentatives d'explicitation des opérations mentales qu'opère le praticien lorsqu'il est dans un processus de résolution de problèmes. Comment par exemple fait-il pour donner sens au problème d'une patiente à partir d'éléments apparemment aussi épars que les résultats d'un test sérologique, la thrombose de son mari, son expression fâchée et ses récriminations contre les politiciens (Marinker 1978) ? Comment concilie-t-il le besoin de recourir à un traitement onéreux et l'insuffisance de ressources de son patient ou de la collectivité ? Cette réflexion en cours d'action, telle qu'elle est menée par le médecin généraliste ou d'autres professionnels en soins de santé primaires, consiste essentiellement en une synthèse d'éléments divers et semble se distinguer de plus en plus de la réflexion qu'aurait menée, à propos des mêmes problèmes, des spécialistes biomédicaux, économistes ou psychothérapeutes.

En Europe, le médecin de famille d'antan réalisait probablement ce travail de synthèse en grande partie sur un mode intuitif et spontané. Sa formation n'avait pas encore évolué vers une juxtaposition de savoirs spécialisés, et les professeurs de médecine, même s'ils s'étaient spécialisés, étaient avant tout des généralistes avec une vision d'ensemble du corps humain. De plus il était souvent dans un rapport de proximité sociale avec ses patients — vivant dans le même quartier ou le même village et partageant une culture commune. Sous l'effet de la spécialisation de la médecine, mais aussi d'une dislocation des liens sociaux dans la société globale, le savoir-faire intuitif ne suffit plus, et l'explicitation des opérations mentales devient nécessaire.

Dans les pays du Sud aussi la démarche intellectuelle d'articulation propre aux soins de santé primaires se réalise rarement de manière spontanée et nécessite d'être explicitée, même si les raisons n'en sont pas identiquement les mêmes. La distance sociale, souvent considérable, entre patients et soignants ne favorise pas l'immédiateté de l'empathie. En outre les professionnels de soins doivent faire face à des

contradictions entre d'une part les relations sociales normales dictées par la société à laquelle ils appartiennent et d'autre part les logiques professionnelles acquises au cours d'une formation qui prend peu en compte les spécificités socioculturelles de la pratique.

Les médecins généralistes et autres professionnels en soins de santé primaires sont les mieux placés pour réaliser ce travail d'explicitation du savoir caché dans leur pratique, et par là même d'améliorer la formation des professionnels et la qualité de la pratique. Il y a là un défi intellectuel susceptible de fonder des identités professionnelles spécifiques et valorisantes en soins de santé primaires.

### Références bibliographiques

- Balint M.  
1955) The doctor, his patient and the illness. *The Lancet* 1 : 683-688.
- Banerji D.  
1986 *Social sciences and health service development in India. Sociology of formation of an alternative paradigm.* Lok Pash, New Dehli.
- Banerji D. et S. Andersen  
1963 A sociological study of awareness of symptoms among persons with pulmonary tuberculosis. *Bulletin World Health Organisation* 29 : 665-683.
- Collings J.S.  
1950 General practice in England today. *The Lancet* 1 : 555-585.
- Honigbaum F.  
1979 *The division in British medicine. A history of the separation of general practice from hospital care, 1911-1968.* London, Kogan Page.
- Jaffré Y. et A. Prual  
1993 « Le corps des sages-femmes », entre identités professionnelle et sociale. *Sciences Sociales et Santé* XI (2) : 63-80.
- King M.  
1966 *Medical care in developing countries.* Oxford University Press.

## Knotterus J.

- 1991 Medical decision making by general practitioners and specialists. *Family Practice* 8 (4) : 305-307.

## Mahler H.

- 1995 Adress on the occasion of the silver jubilee of the National Tuberculosis Institute, Bangalore, India 2.11.1995.

## Marinker M.

- 1978 The chameleon, the judas goat and the cuckoo. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 28 : 199-206.

## McWhinney I.R.

- 1966 General practice as an academic discipline. *The Lancet* 419-423.

## Mebtoul M.

- 1994 *Les professionnels de santé en Algérie*. Paris, L'Harmattan.

## Ryle J.A.

- 1942 Aetiology : a plea for wider concepts and new study. *The Lancet* 2.

## Schön D.A.

- 1986 *The reflective practitioner. How professionals think in action*. Basic Books.

## Srivanichakorn S. et M. Van Dormael

- 1998 Conditions, constraints and strategies for increased contribution of general practitioners to the health system in Thailand, *Human Resources for Health Development Journal* 2 (1) : 48-59.

## Stevens R.

- 1966 *Medical practice in modern England. The impact of specialisation and state medicine*. Yale University Press, New haven and London.

## Unger J.P., Killingsworth

- 1986 Selective primary care : A critical review of methods and results. *Social Science and Medicine* 22 (10) : 1001-1013.

## Van Dormael M.

- 1997 La médecine coloniale, ou la tradition exogène de la médecine moderne dans le Tiers Monde. *Studies in Health Services Organisation and Policy* 1 : 1-39.

Van Dormael M.

1995 Roles of general practitioners in different countries. *Annals of the Belgian Society of Tropical Medicine* 75 (suppl 1) : 79-88.

Walsh J.A. et K.S. Warren

1980 Selective primary care : an interim strategy for disease control in developing countries. *Social Science and Medicine* 14C : 145-163.