Les Possibles — No. 26 Hiver 2020-2021

La multiplication des spécialités médicales : une médecine pour dominer et vaincre la nature plus que pour assurer une meilleure santé à l'Homme

mardi 15 décembre 2020, par Michel Thomas

La société dans laquelle nous vivons, sous la férule du capitalisme financier, entend tout subordonner à la recherche de profits, y compris la nature (dont fait partie l'Homme). Dominer, dompter la nature est présenté comme le but de l'humanité, que les outils modernes (technologie, informatique, intelligence artificielle…) mettraient plus que jamais à notre immédiate portée.

Les diverses disciplines scientifiques, baignées dans cette idéologie adhèrent le plus souvent (?) à cette volonté dominatrice, que les dégâts écologiques évidents questionnent de plus en plus. Qu'en est-il de la médecine ? Son but ultime est-il de préserver et de restaurer la santé ou de vaincre la maladie et la nature ? N'est-elle pas le meilleur compromis, la meilleure alliance possible entre l'environnement – l'ensemble des espèces vivantes animales et végétales, la planète et le cosmos – et le bien-être humain ? Et quelles sont les tendances observées en ce XXIe siècle ?

En Occident, aux XIIe et XIIIe siècles, temps du Moyen Âge heureux, les remèdes de bonne femme (de bonne réputation) utilisés par le peuple et par les médecins de l'époque étaient le plus souvent tirés des plantes, de la nature, qui avait ainsi un statut de collaborateur à la santé humaine et non d'un ennemi à vaincre. Cette alliance avec la nature valait aussi pour le Mal – ultérieurement les poisons des Borgia en furent tous tirés). Dans toutes les civilisations dites primitives, la nature a été un allié majeur pour la santé humaine.

Au XVIIe siècle, les choses avaient quelque peu changé, quand la saignée régnait en maître, non sans des regrets exprimés par Molière dans « Le Malade imaginaire », acte III, scène III : « Béralde : Lorsqu'un médecin vous parle d'aider, de secourir, de soulager la nature, de lui ôter ce qui lui nuit et lui donner ce qui lui manque, de la rétablir et de la remettre dans une pleine facilité de ses fonctions…il vous dit justement le roman de la Médecine. Mais quand vous en venez à la vérité de l'expérience, vous ne trouvez rien de tout cela. »

Aujourd'hui, la médecine n'échappe pas à la pression de la société telle qu'elle est dominée, poussée par une technologie largement médiatisée, la révolution informatique, l'intelligence artificielle, si ce ne sont les rêves de l'homme augmenté, du transhumanisme, et sans sous-estimer le poids d'une industrie du médicament avide avant tout de profits. Technicisée, « personnalisée », elle tend de moins en moins à être à l'écoute, à la prise en charge de l'humain souffrant, dans son environnement, pour devenir une médecine des maladies et non plus des malades.

Cette tendance se traduit entre autres par la multiplication depuis plus de cinquante ans du nombre des spécialités et aujourd'hui des surspécialités médicales. Ce n'est qu'en 1947 qu'ont été reconnues par l'Ordre des médecins les premières spécialités médicales validées par les Certificats d'études spéciales (CES). Elles étaient très peu nombreuses : sept spécialités d'exercice exclusif : chirurgie, biologie, électroradiologie, ORL, ophtalmologie, stomatologie, gynécologie-obstétrique, et quatre spécialités ou compétences : pneumophtisiologie, dermatovénérologie, neurologie, psychiatrie…, soit un total de huit CES de médecine spécialisée. En 2018, il y a 30 DES (diplômes d'études spécialisées) médicaux (dont 5 nouveaux : Allergologie, Gériatrie, Médecine d'urgence, vasculaire, Maladies infectieuses et tropicales), avec 17 options (sous-spécialités), 13 DES chirurgicaux *dont Gynéco-obstétrique, ORL, Ophtalmologie* avec 6 options, et le DES de Biologie avec 5 options. Au total ce sont 44 DES avec 28 options qui s'offrent aujourd'hui aux futurs médecins.

Plus de spécialistes médicaux que de généralistes ? Une des conséquences de cette inflation est bien sûr l'augmentation du nombre de spécialistes, et symétriquement une baisse du nombre de généralistes. La crise de la médecine générale devient chaque année plus aiguë, avec l'extension des déserts médicaux et un âge moyen des praticiens qui résistent encore chaque année plus élevé. Le nombre de généralistes en activité régulière est passé de 94 261 en 2010 à 87 801 en 2018 (-6,9 %). Dans le même temps le nombre de spécialistes médicaux en

activité régulière passait de 82 987 en 2010 à 85 647 en 2018 (+3,2%) [1]. En 2019, les courbes se croisent.

En 2020, il est bien entendu absurde de ne pas rappeler que les spécialités médicales sont nécessaires au bon fonctionnement de la médecine et à la santé d'une population, mais on doit s'interroger sur la nocivité de leur multiplication, qui tend à éloigner le médecin de son patient en tant qu'être souffrant : la surspécialisation fait que le médecin ainsi formé s'éloigne de plus en plus de la prise en charge d'un *malade* pour appréhender une *maladie* et parfois même une *forme particulière d'une maladie*. La surspécialisation fait que l'on a tendance à ne plus former des *médecins* mais des *techniciens supérieurs de la santé*. La part de plus en plus importante prise par les explorations complémentaires risque ainsi aux yeux de certains de rendre obsolète l'examen clinique privilégiant les toujours plus nombreux examens biologiques ou d'imagerie au détriment de l'écoute, de l'échange et de l'examen physique qui est pourtant aussi essentiel pour les diagnostics à établir que pour la qualité de la relation médecin-malade et pour la confiance de ce dernier dans son praticien [2].

Le généraliste est confronté à l'homme malade, dans son milieu, et doit faire la part du raisonnable, du possible et *in fine* de l'efficace. Il sait aussi que son patient évolue dans ce que M. Grmek a nommé *pathocénose* : une maladie donnée dans un contexte historique et géographique donné a une présentation qui dépend des conditions d'hygiène comme de la fréquence de l'ensemble des affections présentes dans la société [3]. Les incertitudes qui peuvent en découler ne sont pas causes de mauvaises décisions…Le spécialiste espère tout connaitre des maladies qu'il soigne, des problèmes à dépister, des explorations à entreprendre dans sa spécialité. Il est aussi en concurrence avec les autres spécialistes pour faire reconnaître son domaine comme essentiel (« un grand problème de santé publique »), pour obtenir crédits et postes, ou simplement pour faire vivre son cabinet. Chaque spécialité essaie de montrer son importance. On a vu fleurir les « journées mondiales (ou nationales) de… » axées sur les dépistages des grandes pathologies, mais faisant aussi parfois la promotion de fausses maladies (« pré-hypertension artérielle »…) ou de fausses anomalies biologiques (décréter pathologiques, à dépister et à traiter, des niveaux de cholestérol ridiculement bas…) tendant à confirmer l'enseignement du Dr Knock en 1923 : « La santé n'est qu'un mot qu'il n'y aurait aucun inconvénient à rayer de notre vocabulaire. Pour ma part, je ne connais que des gens plus ou moins atteints de maladies plus ou moins nombreuses à évolution plus ou moins rapide. Naturellement, si vous allez leur dire qu'ils sont en bonne santé, ils ne demandent qu'à vous croire, mais vous les trompez… » (« Knock ou le triomphe de la médecine », acte II, scène III) [4]. O'Mahony a pu écrire : « les médecins sont si divisés par des luttes de faction et de promotion de leurs maladies et services qu'ils ne fonctionnent plus comme une profession cohérente poursuivant un bien commun » [5]. Et bien sûr, l'industrie du médicament qui privilégie les « nouveautés » s'adressant à des pathologies parfois très limitées en fréquence, qui sont proposées à des prix prohibitifs (les plus élevés qu'une société peut payer…), appuie très fort ce « modernisme technocratique », tendant à faire croire que grâce à elle, la maladie sera bientôt vaincue. La (sur)spécialisation éloigne le spécialiste du malade, et en fin de compte risque (?) d'atteindre à la qualité même de la médecine [6]. L'exemple de la pandémie du coronavirus montre heureusement que tous les spécialistes ne sont pas atteints par cette dérive : c'est un ophtalmologue chinois qui en a été le premier lanceur d'alerte, et y a d'ailleurs laissé la vie

Que faire ? La crise que traverse la médecine dans notre pays nécessite que soit revalorisé réellement le si beau et difficile métier de médecin généraliste. Cette revalorisation passe peut-être par la durée de la formation, l'importance que les facultés de médecine devraient attacher à cette formation (est-il plus difficile d'apprendre une spécialité et encore plus une sous ou surspécialité que de connaître bien la médecine générale ?) mais au moins autant nous semble-t-il par une rémunération de l'activité, qu'elle se traduise par un salaire ou par le paiement à l'acte, qui soit au moins égale à celle de tout spécialiste médical. C'est là une des clefs qui pourra retourner la tendance délétère à l'augmentation des médecins spécialistes et à la dramatique diminution du nombre des médecins généralistes, à cette technicisation abusive et délétère de la médecine.

Notes

[1] CNOM, Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er janvier 2018,

[2] Kelly MA, Freeman LK, Dornan T. « Family Physicians' Experiences of Physical Examination », Ann Fam Med, 2019 ; 17(4) : 304-306
1

[3] Grmek M., Histoire du Sida, Payot édit, Paris 1989, p262-266

[4] Romains J., Knock ou le triomphe de la médecine, Paris, Gallimard, 1924, collection Folio n° 60.

[5] O'Mahory S., Can Medicine Be Cured ? The Corruption of a Profession, Amazon Kindle UK 9781788544542. Fev 2019, 252p.

[6] Svirastava R., « The Spread of Superspecialisation is an Alarming Problem of Modern Medicine », The Guardian, 18 Fev 2020.