

Mémoire de Maîtrise en médecine

***Regard d'un médecin journaliste suisse romand sur
la crise médicale des années soixante et septante, et
sur la critique qu'en fait Ivan Illich au travers de
Némésis médicale***



à gauche, Ivan Illich au Congrès de Davos de 1975¹ ;
à droite, Pierre Rentchnick à l'occasion des 50 ans de la revue en 1993²

Étudiante

Chloé Darbellay

Tuteur

Prof. Vincent Barras

Institut des humanités en médecine, CHUV

Experte

Dre Aude Fauvel, maître d'enseignement et de recherche

Institut des humanités en médecine, CHUV

Lausanne, décembre 2018

¹ Rentchnick P. Antimédecine: A propos du Congrès de Davos sur les limites de la médecine et de la Conférence d'Ivan Illich à l'OMS. Med et Hyg. 1975;(1144):609-15.

² Rentchnick P. Editorial: un demi-siècle... Med et Hyg. 1993;(1978).

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	4
1.1	MOTIVATIONS	4
1.2	MÉTHODOLOGIE	4
1.2.1	Débuts	4
1.2.2	Articles de Médecine et Hygiène	4
1.2.3	Compléments biographiques et de contexte	6
2	LA NÉMÉSIS MÉDICALE D'IVAN ILLICH	8
2.1	BIOGRAPHIE D'IVAN ILLICH	8
2.2	NÉMÉSIS MÉDICALE : UN RÉSUMÉ DE L'ÉPOQUE	9
3	CADRE CONTEXTUEL	11
3.1	MÉDECINE ET HYGIÈNE, LA REVUE	11
3.1.1	Création et organigramme	11
3.1.2	Dr Pierre Rentchnick, le rédacteur en chef	12
3.1.3	Structure de la revue	14
3.2	TOILE DE FOND : UNE AMBIVALENCE À L'ÉGARD DU PROGRÈS	14
4	MÉDECINE ET HYGIÈNE À LA RENCONTRE D'IVAN ILLICH	20
4.1	PREMIÈRES IMPRESSIONS	20
4.2	CONGRÈS DE DAVOS À PROPOS DES LIMITES DE LA MÉDECINE	21
4.3	TABLE RONDE DE 4 MÉDECINS GENEVOIS SUR NÉMÉSIS MÉDICALE	24
4.3.1	Illich et la « Némésis médicale »	24
4.3.2	Système médical	25
4.3.3	Éducation médicale	26
4.3.4	Information médicale	27
4.3.5	Conclusions	28
4.4	DERNIÈRES RÉFLEXIONS	29
5	LE POINT DE VUE DE MÉDECINE ET HYGIÈNE SUR LA CRISE DE LA MÉDECINE	30
5.1	CRISE DE LA MÉDECINE, UNE DÉFINITION ?	30
5.1.1	Le scandale de la thalidomide	31
5.1.2	Étatisme de la médecine	36
	L'exemple emblématique de la médecine belge	36
	Démission des médecins anglais : une médecine étatisée dysfonctionnelle	37
	Révision de la LAMA : un coup porté au médecin libéral	39
5.2	LE MANDARIN AUX PIEDS NUS	45
5.2.1	Une médecine chinoise ambivalente	45
5.2.2	Le médecin aux pieds nus	47
	Portrait dressé par « Esculape chez Mao Tsé toung »	47
	Dans Médecine et Hygiène	48
5.2.3	Un concept intéressant : les officiers de santé	50
5.3	DE LA LITTÉRATURE PLUS « SÉRIEUSE »	54
5.3.1	Atuhiro Sibatani : ECNEICS	54
5.3.2	A. L. Cochrane	55
5.4	SOLUTIONS CONCRÈTES DANS LES PAGES DE MÉDECINE ET HYGIÈNE	57
5.4.1	Information	57
	Contexte : une Suisse qui veut « regagner le terrain perdu »	58
	Un exemple australien	59
	L'information du grand public comme moyen de lutte	60
	Communication du diagnostic : l'information augmente-t-elle l'angoisse ?	62
	Information du grand public : l'information diminue-t-elle l'angoisse ?	65
	Conclusion	68
5.4.2	Formation	70
	L'omnipraticien : quelle place dans le système de santé ?	70

	« Perspective 2000 » : quelle place occupera l'omnipraticien dans la médecine de demain ?.....	75
	L'omnipraticien en Suisse	80
	Conclusion	81
6	CONCLUSION GÉNÉRALE	83
7	SOURCES	86

1 INTRODUCTION

1.1 MOTIVATIONS

A plusieurs occasions durant les premières années de mon cursus médical, il m'est arrivé de me questionner sur le bien-fondé de ma future profession. N'y a-t-il pas en effet une certaine hypocrisie dans le fait d'être à la fois celui qui prolonge indéfiniment la vie à grand coup d'interventions miracles, et celui qui se rengorge d'être suffisamment ouvert d'esprit pour tolérer le suicide assisté d'un patient épuisé de tous ces traitements ?

Cette ambivalence tant de fois constatée sur le terrain et en auditoire, ainsi qu'une inclination certaine pour les sciences humaines et la littérature, m'ont incitée à traiter un sujet relevant de ces domaines plutôt que de celui des sciences fondamentales. Dans le cadre de la médecine humaine, il me semble en effet tout aussi important de se concentrer sur la relation du soignant avec les protagonistes du monde de la santé que de promouvoir l'évolution et l'amélioration des différentes techniques de soins.

1.2 MÉTHODOLOGIE

1.2.1 DÉBUTS

J'ai commencé mes recherches via le moteur de recherche « Google », à l'aide de plusieurs mots-clés concernant ma thématique d'intérêt, c'est-à-dire cette ambivalence du rôle du médecin évoqué dans mes motivations.

C'est un article de *Médecine et Hygiène*, ancêtre de la *Revue Médicale Suisse*, qui a déterminé le tournant qu'a pris mon travail : « La prolongation de la vie et la prise en compte de la mort : à propos de la place des soignants », rédigé par Jean Martin (1940 –), ancien médecin cantonal vaudois.³ Tout d'abord, cet article m'a fait découvrir la *Némésis médicale* d'Ivan Illich (1926 – 2002)⁴, me permettant ainsi de trouver le thème de mon travail, celui d'une critique de la médecine culminant dans ces années septante. Ensuite, lorsqu'il a fallu choisir un corpus approprié à la mise en évidence de l'émergence d'une telle critique, *Médecine et Hygiène* m'est apparu comme une solution évidente.

1.2.2 ARTICLES DE MÉDECINE ET HYGIÈNE

La revue *Médecine et Hygiène* était un choix évident, d'un côté de par cet article au fondement de mon travail, et de l'autre parce que la restriction à mon environnement culturel, la Suisse romande, me semblait la plus appropriée ; c'est en effet d'abord de l'observation de cet environnement que sont nés les questionnements initiaux qui m'ont conduite au choix de ce sujet.

La revue, francophone, est adressée aux praticiens suisses romands, et a en premier lieu la fonction de les tenir informés des nouvelles études et découvertes des différentes spécialités. Cependant, certains articles sont consacrés à des thèmes de société qui permettent d'avoir un aperçu du climat régnant dans la communauté médicale de l'époque.

³ Martin J. La prolongation de la vie et la prise en compte de la mort A propos de la place des soignants. *Med et Hyg.* 2002;(2418).

⁴ Illich I. *Némésis médicale: l'expropriation de la santé.* Paris: Editions du Seuil; 1975.

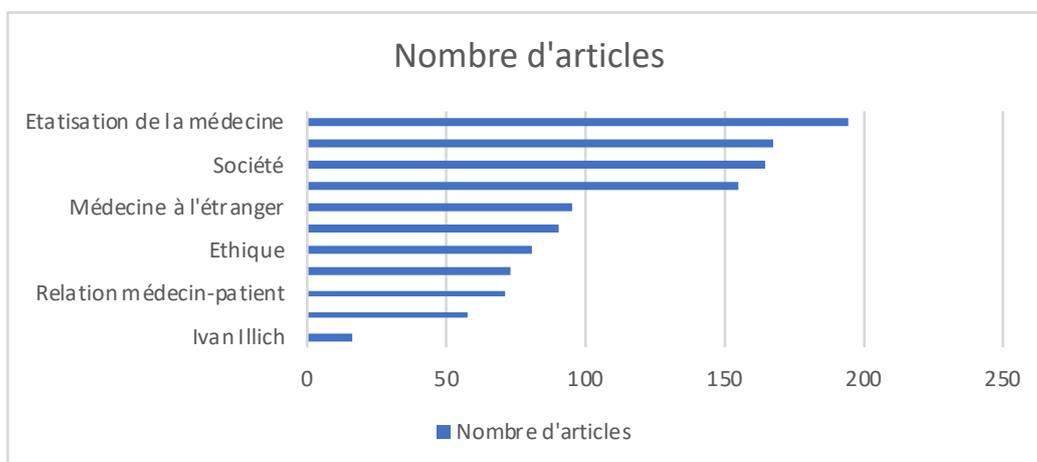
Ensuite, il a fallu donc déterminer une période de temps dans laquelle concentrer mes recherches. Illich représentant pour beaucoup, comme nous le verrons, la figure de proue de ce mouvement que l'on décrira comme de l' « antimédecine », il m'est apparu évident de choisir la période qui précédait directement la publication de son ouvrage. Si la parution de *Némésis médicale* marque la fin de ma période d'intérêt, ce sont des considérations purement pratiques qui déterminent le point de départ ; les bibliothèques lausannoises ne possèdent en effet pas d'archives antérieures à 1960.

Les archives n'étant pas informatisées avant 2000, j'ai procédé à un dépouillement en bibliothèque de tous les numéros disponibles entre 1960 et 1976, en commençant par celle de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive IUMSP, à Vennes. Il s'agit de revues en format mondial, conservées pliées dans des cartons, entre huit et quinze par carton.

Comme on s'y attend en considérant ce moyen de conservation, plusieurs revues étaient manquantes dans ce premier dépouillement. Il a donc fallu le compléter avec celles disponibles à la Bibliothèque universitaire de médecine BIUM, sur le site du CHUV (années 1964 à 1976). Ce travail de dépouillement fut réparti sur le premier semestre de ma deuxième année de master, à raison d'une demi-douzaine d'heures par semaines, soit une centaine d'heures au total. Restait par la suite quelques rares revues manquantes, qu'un voyage dans les archives reliées de la bibliothèque du centre de médecine universitaire CMU de l'université de Genève permit de compléter.

J'ai donc consulté 770 revues publiées entre 1960 et 1976. J'ai d'abord lu les titres de chacun des articles, puis en diagonale le contenu de ceux traitant du contexte d'exercice de la médecine. Cette façon de procéder a l'avantage de ne pas focaliser trop précocement sur la base d'idées préconçues. Cependant, l'évolution en cours de travail de mes thématiques d'intérêt, inhérente à ce type de méthodologie, peut avoir pour conséquence « l'oubli » de certains articles concernant lesdites thématiques, qui semblaient peut-être en premier lieu moins intéressantes que ce qui s'est avéré par la suite.

Cette démarche m'a donc permis de créer une première liste très large, que j'ai ensuite réduite à 1'165 articles (sur environ 11'550 au total⁵, soit le 10%), classés ci-dessous en différentes thématiques. J'ai survolé ces articles une nouvelle fois, pour finir arrêter mon choix sur les 131 qui composent ce travail.



⁵ Pour estimer le nombre total d'articles sur la période d'intérêt, j'ai choisi une table des matières d'une revue du milieu de l'année 1968, y ai compté les articles, pour la multiplier par le nombre total de revues.

Il est intéressant de noter que ces thèmes correspondent à ceux exposés dans le travail de maîtrise de 2013 d'une collègue étudiante en médecine, Magali Testaz, qui dans son travail au sujet du paternalisme a dépouillé, entre les années 1950 et 1980, le *Bulletin des médecins suisses* et la *Revue médicale de la Suisse romande*.⁶

C'est ensuite la lecture des articles consacrés à Illich qui précisa la problématique de mon travail. Dans la revue *Médecine et Hygiène*, c'est le rédacteur en chef, Pierre Rentchnick (1923 – 2016), qui offre les grandes lignes de son analyse de la critique du système médical d'Illich. Au travers de ce commentaire, on peut esquisser sa vision, la vision de *Médecine et Hygiène*, de cette « crise médicale ».

Ces articles consacrés à Illich m'ont permis de faire un choix dans les différentes thématiques listées ci-dessus, et structureront donc mon travail.

1.2.3 COMPLÉMENTS BIOGRAPHIQUES ET DE CONTEXTE

Afin de mener à bien cette enquête dans les pages de *Médecine et Hygiène*, il est nécessaire de poser d'abord certains éléments biographiques des intervenants. Pour les différents acteurs de mon travail, lorsqu'ils sont mentionnés pour la première fois, j'ai simplement introduit leurs dates de naissances et de mort, ainsi qu'une brève présentation. Il m'a été compliqué d'identifier certains de ces acteurs à partir d'un seul nom et une initiale de prénom, et c'est donc pour cela que certaines informations sont manquantes. Il en va de même pour deux auteurs (Kf et J V) de certains articles utilisés ; les articles en question (sur le sujet de la thalidomide) étaient uniquement signés par des initiales, qui ne correspondaient à aucun des membres du conseil de rédaction cités au début de la revue concernée.

En ce qui concerne les deux protagonistes, j'ai décidé d'étoffer leur biographie, pour mieux comprendre le contexte d'émergence des deux points de vue.

D'un côté, la littérature au sujet d'Illich est abondante. Il ne s'agissait pas d'en dresser une biographie complète, dépassant incontestablement les limites de ce travail, mais d'en esquisser un portrait. Celui tiré de *Médecine et Hygiène* étant très peu révélateur, je décidai de consulter le catalogue vaudois des bibliothèques « Renouvaud », et choisis une *Introduction à Ivan Illich*, publiée en 2012 et écrite par Thierry Paquot (1952 –), qui a connu Illich.⁷

Je réfléchis ensuite à la manière d'aborder *Némésis médicale*, l'œuvre dont la lecture est à l'origine de ce travail. Entre la possibilité de chercher un résumé externe, d'en produire un moi-même ou d'utiliser celui qui est présenté dans *Médecine et Hygiène*, je choisis cette dernière possibilité. Cela permet en effet d'introduire le point de vue de la revue sur l'ouvrage.

De l'autre côté, les éléments biographiques concernant Rentchnick sont plutôt rares. Après plusieurs recherches sur le moteur de recherche « Google » et au travers de « Renouvaud », j'obtins un résultat assez maigre : un article rédigé par Rentchnick lui-même lors des cinquante ans de la revue, un quatrième de couverture d'un ouvrage dont il est l'auteur, et

⁶ Testaz M. Les tendances professionnelles des médecines suisses entre 1950 et 1980: la relation avec les patients et la notion de paternalisme. [Lausanne]: UNIL; 2013.

⁷ Paquot T. Introduction à Ivan Illich. Paris: La Découverte; 2012. 123 p. (Collection Repères Sciences politiques, droit).

deux hommages, un de ses successeurs chez *Médecine et Hygiène* et l'autre d'un blogueur parlant principalement d'un de ses ouvrages.

Afin de compléter cette biographie partielle, je demandai un entretien en septembre 2018 avec Bertrand Kiefer (1955 –), rédacteur en chef actuel de la revue et successeur direct de Rentchnick. Outre quelques anecdotes et éléments de contexte importants, il m'aiguilla vers les archives du journal suisse romand *Le Temps*, au sein desquelles je pus mettre en évidence des articles au sujet du personnage.

Il fallut également parler de la revue ; la création de celle-ci est décrite dans cet article rédigé par Rentchnick à l'occasion des cinquante ans de la revue, et évoquée dans certains articles découverts dans les archives du *Temps*. Quant à la présentation de la revue durant la période d'intérêt, elle se fonde sur mes observations lors du dépouillage.

Finalement, afin de poser un cadre contextuel inspiré de *Médecine et Hygiène*, j'utilisai les résumés d'une page de chaque année, faits lors du premier numéro de l'année suivante, rubrique intitulée « Journal de la médecine ».

2 LA NÉMÉSIS MÉDICALE D'IVAN ILLICH

2.1 BIOGRAPHIE D'IVAN ILLICH

C'est l'ouvrage *Introduction à Ivan Illich* de Paquot qui va permettre d'esquisser une biographie d'Illich. Paquot, décrit en quatrième de couverture comme philosophe de l'urbain et professeur des universités, a connu Illich, et a même écrit la préface du deuxième tome de ses *Œuvres complètes*.⁸

Ivan Illich est né à Vienne en 1926, d'une mère viennoise juive et d'un père diplomate, lui-même fils d'un propriétaire terrien de Dalmatie, en Yougoslavie. Il passe son enfance entre Vienne, chez son grand-père maternel, la Dalmatie, chez son grand-père paternel, et la France, où vivaient ses parents.

Cette « diversité des sites familiaux » lui permet de maîtriser très jeunes déjà plusieurs langues. Il baigne dans un milieu très cultivé et ouvert, et manifeste d'« incroyables facilités et une intelligence en permanence éveillée ». Il ne sera cependant jamais un bon élève, et revendique avoir appris tout ce qu'il sait en dehors de l'école ; on sent déjà là naître la critique de cette institution.

En 1942, l'antisémitisme s'étant banalisé en Autriche, ils sont forcés de fuir la capitale et se réfugient à Florence où Illich, participant modestement à la lutte antifasciste, prend goût à la résistance. Après des études de chimie nécessaires administrativement, il étudie la philosophie et la théologie à Rome, et écrit en parallèle une thèse d'histoire à Salzbourg. Il est ordonné prêtre en 1951 ; remarqué par le futur pape Paul VI, il préfère cependant une recherche postdoctorale aux États-Unis à une carrière vaticane.

C'est là qu'il découvre l'enthousiasmant quartier portoricain de New-York, où il s'installera comme prêtre et apprendra l'espagnol. Très impliqué dans la vie quotidienne de ses paroissiens, il les incitera à réclamer leur juste place dans la société, généralisant notamment la connaissance de l'espagnol pour ceux travaillant auprès d'eux. Il est finalement forcé de quitter sa paroisse, suite à une divergence d'opinions à propos de contraception avec ses supérieurs ecclésiastiques.

Il parcourt l'Amérique du Sud à pied et en bus, et finit par s'installer à Cuernavaca, au Mexique, en 1961, où il fonde le Centre de formation interculturel, qui deviendra en 1966 le centre interculturel de documentation, où les missionnaires viennent apprendre l'espagnol durant quatre mois de cours intensifs. A cause des méthodes peu orthodoxes d'Illich, les missionnaires se voient finalement interdire par l'Église l'accès au centre ; en 1973, Illich ferme le centre suite à des menaces très violentes.

Entre 1968 et 1976, il multiplie les interventions dans les réunions internationales et côtoie les grands de ce monde ; après 1976 et jusqu'à sa mort d'un cancer du cerveau en 2002, il se consacre à son enseignement et accepte d'intervenir dans des conférences à la demande d'amis. Ceux-ci sont en effet ses plus proches collaborateurs.⁹

⁸ Paquot T. *Introduction à Ivan Illich*. Paris: La Découverte; 2012. 123 p. (Collection Repères Sciences politiques, droit).

⁹ Paquot T. *Professeur itinérant, éléments biographiques*. In: *Introduction à Ivan Illich*. Paris: La Découverte; 2012. p. 10-32. (Collection Repères Sciences politiques, droit).

Avant tout un intellectuel, « ni de droite ni de gauche », Illich se décrira plus volontiers historien. C'est avec ses amis et collaborateurs qu'il travaille à son œuvre magistrale ; un problème est avancé, et plusieurs de ses « élèves » sont mobilisés pour contribuer à l'étudier, et ils élaborent ensemble une bibliographie commentée.

A observer cette œuvre, d'« une incontestable unité conceptuelle », on peut tout de même dégager deux Ivan Illich : celui qui écrit entre 1970 et 1975 ses cinq premiers livres au « ton militant et contestataire », qu'il qualifie lui-même de « pamphlets », et dès 1980 celui de la maturité, un Illich moins connu, plus érudit et conceptuel, qui refuse de proposer des contre-actions.

C'est dans cette première période qu'Illich écrit *Némésis médicale*, dernier de ses cinq pamphlets, dans lesquels il critique la société industrielle et le capitalisme par un angle original, celui des « services ». Chaque institution, en se développant trop, finit par devenir « contre-productive » ; c'est-à-dire qu'à partir d'un certain seuil, « elle produit l'effet inverse de sa destination ». Illich établit ainsi un « diagnostic » en osant « s'attaquer à des citadelles imprenables », laissant à son lecteur le soin d'élaborer à partir de là des pistes d'action sociale.^{10,11}

Dans *Libérer l'avenir. Appel à une révolution des institutions* (1970), il commence à s'attaquer aux institutions dont il a fait l'expérience : l'Église et l'école. Il approfondira la critique de l'école dans *Une société sans école* (1971). Dans *Énergie et équité* (1973), il aborde le problème des modes de transport.¹² Dans *La Convivialité* (1973), il cherche à provoquer un débat en critiquant « la société suroutillée ». C'est finalement en 1975 qu'est publié *Némésis médicale* ; dix-huit mois de séminaires sont nécessaires à la préparation du manuscrit, et c'est celui qui est le plus documenté des cinq pamphlets.¹³

2.2 NÉMÉSIS MÉDICALE : UN RÉSUMÉ DE L'ÉPOQUE

Les résumés de l'ouvrage sont nombreux, aussi ai-je trouvé plus judicieux dans le contexte de ce travail d'utiliser celui qui est fait dans *Médecine et Hygiène*. Lors d'un symposium à Davos sur les limites de la médecine en 1975, auquel a assisté Pierre Rentchnick, Illich a exposé les axes principaux de son ouvrage, avant sa parution en français, et cela, comme tout le symposium, a été retranscrit dans la revue.¹⁴

Son livre se découpe en 3 grandes parties, chacune abordant un niveau différent de iatrogénie.

En premier, la iatrogénie clinique est définie comme « les douleurs, les maladies et les angoisses qui résultent de l'action des médecins ». Les médicaments ont non seulement un

¹⁰ Paquot T. Introduction. In: Introduction à Ivan Illich. Paris: La Découverte; 2012. p. 3-9. (Collection Repères Sciences politiques, droit).

¹¹ Paquot T. Conclusion. In: Introduction à Ivan Illich. Paris: La Découverte; 2012. p. 91-104. (Collection Repères Sciences politiques, droit).

¹² Paquot T. À l'assaut des institutions contre-productives (1) : l'Église, l'école, les transports. In: Introduction à Ivan Illich. Paris: La Découverte; 2012. p. 33-52. (Collection Repères Sciences politiques, droit).

¹³ Paquot T. À l'assaut des institutions contre-productives (2) : la convivialité et les méga-outils, l'hôpital et la santé. In: Introduction à Ivan Illich. Paris: La Découverte; 2012. p. 53-66. (Collection Repères Sciences politiques, droit).

¹⁴ Rentchnick P. Antimédecine: A propos du Congrès de Davos sur les limites de la médecine et de la Conférence d'Ivan Illich à l'OMS. *La Némésis médicale*. *Med et Hyg.* 1975;(1144):610-612.

très faible impact sur la diminution de l'espérance de vie (c'est plutôt l'environnement et les mesures d'hygiène qui en sont responsables), mais ils sont également dangereux pour la santé.

« 7% des malades hospitalisés (aux États-Unis) souffrent des conséquences des traitements hospitaliers. »¹⁵

Ensuite, la iatrogénie sociale consiste en une médicalisation de tous les aspects de la vie, conséquence de cette nécessité de maintenir l'homme industriel fonctionnel. Illich avance pour preuve l'étude des budgets aux États-Unis :

« l'index des prix s'est élevé de 74%, tandis que les coûts de la médecine passaient à 330% à cause des hôpitaux. »¹⁶

La dernière partie aborde l'iatrogénie structurelle. Chaque culture fournit les outils nécessaires aux individus pour qu'ils puissent tolérer la douleur, comprendre la maladie et donner un sens à la mort. Et ce sont précisément ces trois entités que la médecine moderne est équipée pour combattre, ce qui entraîne donc une perte d'autonomie.

Dans ce contexte, le message d'Illich est que la plupart des pathologies sont « bénignes, autolimitées ou faciles à soigner par des processus simples », et que leur diagnostic et traitement peuvent être facilement réduits à un paquetage similaire à la sacoche du médecin aux pieds-nus chinois qui pratique une médecine présentée comme idéale. Le consommateur, rendu passif par la surmédicalisation, doit redevenir responsable de sa propre santé, et cesser de croire à l'héroïsme d'une haute technologie médicale qui permet de lutter contre la mort.

Illich ne veut pas abolir la médecine moderne, mais il considère que l'on impose aux malades plus de soins qu'ils n'en ont réellement besoin. Pour remédier à cela, les contre-mesures politiques sont inutiles, car elles laissent les médecins décider de ce qui est nécessaire ou non ; « la solution, c'est la mise sous contrôle public de la mafia médicale ».

« Le salut ne viendra pas de nouvelles techniques médicales, mais de la volonté de chacun de retrouver son autonomie médicale pour qu'il puisse se soigner lui-même sans recourir constamment aux soins d'un médecin. »¹⁷

Cette mise sous contrôle public implique donc une déprofessionnalisation. Celle-ci est, à l'époque, empêchée par le « jargon médical », et nécessite de « démasquer le mythe selon lequel les progrès techniques exigent une surspécialisation du travail [...] qui (rend) le public toujours plus dépendant des institutions impersonnelles. »

¹⁵ Rentchnick P. Antimédecine: A propos du Congrès de Davos sur les limites de la médecine et de la Conférence d'Ivan Illich à l'OMS. La Némésis médicale. Med et Hyg. 1975;(1144):610.

¹⁶ Ibid, p 610

¹⁷ Rentchnick P. Antimédecine: A propos du Congrès de Davos sur les limites de la médecine et de la Conférence d'Ivan Illich à l'OMS. La Némésis médicale. Med et Hyg. 1975;(1144):612.

3 CADRE CONTEXTUEL

3.1 MÉDECINE ET HYGIÈNE, LA REVUE

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il s'agit en premier lieu de présenter la revue *Médecine et Hygiène*, en décrivant d'une part son histoire et les différents intervenants qui ont participé à sa création et à son développement, et de l'autre la structure et l'organisation de la revue elle-même.

3.1.1 CRÉATION ET ORGANIGRAMME

C'est Rentchnick, rédacteur en chef de 1956 à 1993, qui livre des éléments concernant la fondation de la revue dans un éditorial consacré aux cinquante ans de *Médecine et Hygiène*.

En 1943, la médecine avait déjà quelques grands noms, comme Pasteur ou Claude Bernard, et on connaissait une poignée de médicaments efficaces, certains toujours utilisés aujourd'hui comme l'insuline, la morphine ou l'aspirine. Cependant, comme l'affirme Rentchnick, tout cela reste anecdotique : « les revues médicales traditionnelles n'étaient [...] évidemment pas axées sur les nouveautés médicales, trop rares pour alimenter un journal médical qui voulait se consacrer surtout aux actualités ».¹⁸

C'est donc un pari presque audacieux que se sont lancé I. Grunberg, un journaliste genevois âgé alors de 60 ans, et Léon Weber-Bauler (1870 – 1956), un médecin français ancien chef du Service médical de la Société des Nations et médecin du Consulat de France à Genève, en fondant *Médecine et Hygiène*, un périodique bimensuel ayant pour objectif d'exposer les nouveautés médicales. Un « destin invraisemblable » leur donnera raison, puisque la première utilisation de la pénicilline sur les champs de bataille la même année marque le début de « 50 ans de progrès ininterrompus ».¹⁹

A la tête de cette coopérative, on retrouve un directeur et un président du conseil d'administration. Jean-Pierre Balavoine a été directeur durant toute la période d'intérêt, tandis que Jean-Jacques Mozer (1898 - 1978), doyen de la faculté de médecine de Genève entre 1962 et 1965, et Roger Joris (1913 – ?), médecin-dentiste et président de la Société suisse d'histoire de la médecine, se partagent la présidence du conseil d'administration.

La revue a également un conseil de rédaction pour la partie scientifique, avec plusieurs spécialistes qui coordonnent les numéros consacrés à leur spécialité. Début 1960, on dénombre 21 membres du conseil de rédaction pour 11 spécialités. Début 1976, 65 spécialistes se partagent 34 spécialités ; plusieurs domaines ont acquis au fil des années des experts dédiés, et c'est notamment le cas de l'informatique médicale, qui en 1976 est gérée par trois experts. La grande majorité de ces spécialistes résident en Suisse.

A la recherche d'éléments supplémentaires pour étoffer la biographie de Rentchnick (chapitre 3.1.2), j'ai parcouru les archives du journal *Le Temps* avec son nom en mot-clé ; j'ai également découvert trois articles, deux de la *Gazette de Lausanne* et un du *Journal de Genève*, qui étaient consacrés à *Médecine et Hygiène*, apportant donc un point de vue de la presse générale sur la revue.

¹⁸ Rentchnick P. Editorial: un demi-siècle... Med et Hyg. 1993;(1978) :1139.

¹⁹ Ibid, p 1139-1141

A l'occasion du dixième anniversaire de la revue, plusieurs protagonistes prennent la parole pour marquer l'importance de cet événement dans « les annales du journalisme médical suisse ».

« Médecine et Hygiène a renouvelé la notion de journalisme dans le domaine médical, en apportant à ses lecteurs des informations scientifiques rapides, conciliant les exigences diverses des médecins, des dentistes et des pharmaciens. »²⁰

Toujours dans la *Gazette de Lausanne*, on mentionne le vingtième anniversaire de la revue. Le journaliste revient sur les débuts difficiles, surmontés par des rédacteurs à la « foi bien accrochée », et affirme que la revue compte en 1963 « parmi les meilleures revues médicales d'Europe ».²¹

Finalement, c'est en 1972 que le *Journal de Genève* publie un article sur le millième numéro de *Médecine et Hygiène*, dans lequel on loue la spécialisation de la revue dans un « journalisme responsable ».

« Le Journal de Genève présente ses vœux à Médecine et Hygiène et lui donne rendez-vous en 1992, année de la sortie de son deux-millième numéro... »²²

Aujourd'hui, la *Revue Médicale Suisse*, issue de la fusion en 2005 de *Médecine et Hygiène* et de son concurrent direct de l'époque la *Revue Médicale de la Suisse Romande*, est toujours publiée par les éditions Médecine et Hygiène. Selon la documentation média 2017 de la revue, elle est « leader dans la formation continue des médecins » et la « revue officielle de la Société suisse de médecine interne générale ».²³

3.1.2 DR PIERRE RENTCHNICK, LE RÉDACTEUR EN CHEF

Pierre Rentchnick est né en 1923 à Genève, et y a fait toutes ses études jusqu'à devenir spécialiste en médecine interne puis privat-docent, études qu'il a complétées par des stages à Paris et aux États-Unis.²⁴ En 1943, alors qu'il arrive au terme de son deuxième semestre de médecine, il prend contact avec les deux fondateurs de *Médecine et Hygiène*, deux mois à peine après la fondation de la revue. Il est engagé comme traducteur, puis devient rapidement rédacteur l'année suivante.²⁵ Il est donc sans conteste une « figure importante du développement de la coopérative ».²⁶

Il en sera le deuxième rédacteur en chef, entre 1956 et 1993, donc durant toute la période d'intérêt.²⁷ Dans la presse générale, on fait référence à lui comme à un « excellent

²⁰ Béguin P. Le dixième anniversaire de « Médecine et Hygiène ». *Gazette de Lausanne*. 11 juill 1953;4.

²¹ M C. A Genève, « table ronde » pour les vingt ans de « Médecine et Hygiène ». *Gazette de Lausanne*. 14 juin 1963;3.

²² D'Ivernois R. « Médecine et Hygiène » sort son millième numéro. *Journal de Genève*. 29 févr 1972;11.

²³ Documentation média 2017 [Internet]. 2018. Disponible sur: http://files.medhyg.ch/File_pub/Donnes_Mdias_RMS_2017.pdf

²⁴ Rentchnick P. *Esculape chez Mao Tsé Toung*. Paris: Berger-Levrault; 1974. 4^e de couverture. (Aujourd'hui demain)

²⁵ Rentchnick P. Editorial: un demi-siècle... *Med et Hyg*. 1993;(1978):1139-1141.

²⁶ Kiefer B, Balavoine J-F. Hommage. *Revue Médicale Suisse*. 2016;(525):1303

²⁷ Rentchnick, op. cit.

confrère », qui mène cette revue d'une « main de maître ».²⁸ Lors de notre entrevue de septembre 2018, Kiefer affirme que son prédécesseur fut, jusqu'au milieu des années huitante, un bon représentant du médecin dit « libéral » de l'époque. « Très rigide sur la place du médecin », Rentchnick est cependant moderne sur certains aspects.

Dans un hommage mortuaire en 2016, Kiefer le décrit en effet comme ayant toujours fait preuve d'une « curiosité scientifique et médicale hors norme »²⁹. Cela peut s'illustrer par ses nombreuses responsabilités professionnelles et associatives. Outre sa fonction de rédacteur en chef de *Médecine et Hygiène*, Rentchnick est également membre fondateur et vice-président de la Société internationale de chimiothérapie, président de la Commission d'information de la Ligue suisse contre le cancer, membre d'honneur de la New York Academy of Sciences et de la Société Médicale de Prague³⁰, chroniqueur médical dans la *Tribune de Genève* sous le pseudonyme d'Esculape ainsi que coauteur de deux grands livres à succès, primés et traduits dans plusieurs langues, « Ces malades qui nous gouvernent » et « Les orphelins mènent-ils le monde ? »³¹.

Ce pseudonyme d'Esculape est, selon Kiefer, un « secret de polichinelle ». A l'époque, il était en effet interdit par le code de déontologie pour un médecin d'apparaître dans les médias ; on considérait cela comme de l'auto-publicité et une concurrence déloyale. Cependant, chacun savait qui se cachait derrière ce pseudonyme, comme l'atteste un article de la *Gazette de Lausanne* de 1973³² sur lequel nous allons conclure, dans lequel l'auteur se réfère à lui en écrivant « notre Esculape ».

Il s'agit d'une critique d'un livre de Rentchnick publié à l'époque, *Esculape dans la Chine de Mao*. L'auteur, Frédéric Saegesser (1916-1998), professeur à la Faculté de médecine de Lausanne et président de la Société suisse de chirurgie, ne remet jamais en question la qualité de son travail :

*« Notre collègue, il est vrai, est un excellent médecin, un observateur minutieux, qui sait conduire des enquêtes précises et rapporter des faits »*³³

Cependant, il remet en question certaines de ses interprétations. Pour lui, Rentchnick « commet l'erreur de s'en référer constamment à la médecine occidentale, telle qu'elle est pratiquée chez nous », et semble juger celle-ci « incomparable ». On rejoint donc ici la dualité du personnage soulevée par Bertrand Kiefer, homme de science rigoureux d'un côté, conservateur aux positions immuables de l'autre.

Selon Saegesser, le choix du pseudonyme en dit déjà long sur le personnage :

*« Esculape était le dieu romain de la médecine ; Rentchnick est-il aujourd'hui le dieu de la médecine occidentale ? »*³⁴

²⁸ D'Ivernois R. « Médecine et Hygiène » sort son millième numéro. Journal de Genève. 29.02.72;11.

²⁹ Kiefer, Balavoine, op. cit.

³⁰ Rentchnick P. Esculape chez Mao Tsé Toung. Paris: Berger-Levrault; 1974. 4^e de couverture.

³¹ Cuénod J-N. Décès du coauteur de « Ces maladies qui nous gouvernent » [Internet]. LesBlogs: Un plouc chez les bobos. 2016. Disponible sur: <http://jncuenod.blog.tdg.ch/archive/2016/07/08/decès-du-coauteur-de-ces-malades-qui-nous-gouvernent-277520.html>

³² Saegesser F. Esculape au pays de Mao. Gazette de Lausanne. 10 nov 1973;17+21.

³³ Ibid, p 17

³⁴ Ibid, p. 17

3.1.3 STRUCTURE DE LA REVUE

Sur la période d'intérêt, de 1960 à 1976, chaque revue de *Médecine et Hygiène* comporte une vingtaine de pages entre 1960 et 1967, puis une quarantaine entre 1968 et 1976. En 1960, le périodique est publié de manière trimensuelle, tous les 10, 20 et 30 du mois, et durant toutes les autres années d'intérêt, il devient hebdomadaire. A noter que durant la pause estivale de juillet et août, la revue est uniquement publiée les 15 et 30 du mois. A l'exception de 1960, avec ses 33 revues, on oscille donc entre 45 et 47 revues par année. Les articles, à l'exception de quelques-uns en allemand, sont tous rédigés ou traduits en français.

De manière générale, chaque revue a pour titre une des spécialités de la médecine, et expose en sept à neuf articles en moyenne les dernières études sur le sujet d'intérêt, avec un éditorial souvent écrit par le membre du conseil de rédaction concerné, parfois par Rentchnick, qui résume la situation. Dans la plupart des numéros, on retrouve un dossier principal, qui traite de la spécialité en question ou alors d'un tout autre sujet, notamment l'histoire de la médecine ou la médecine dans un autre pays.

On retrouve à la fin de la revue les mêmes rubriques. Premièrement, sous le titre d'« Echos et Nouvelles » sont véhiculées diverses informations concernant des faits de société ; on y retrouve notamment les hommages aux différentes personnalités médicales récemment décédées. Cette rubrique est parfois complétée par d'autres, comme « Dans notre courrier », « Informations suisses » ou « Informations étrangères ». Ensuite, une page est systématiquement consacrée aux dernières actualités odonto-stomatologiques.

Finalement, en dernière page, la rubrique « Médecine en marche » expose les actualités médicales ; celle-ci sera accompagnée dès 1971 par une chronique signée du pseudonyme « Esculape » de Rentchnick, « Entre les lignes », où le rédacteur en chef analyse une actualité.

3.2 TOILE DE FOND : UNE AMBIVALENCE À L'ÉGARD DU PROGRÈS

Afin de mieux aborder les problématiques sélectionnées, il est impératif de comprendre comment elles s'insèrent dans le contexte de l'époque. Ce chapitre a pour objectif de mettre en lumière les principales thématiques de société abordées durant la période d'intérêt. En 1968, pour fêter les 25 ans de la revue, sont publiés des résumés d'une page de toutes les années écoulées ; par la suite, dans chaque premier numéro de l'année, on retrouve ce genre de résumé pour l'année précédente, intitulé « Journal de la médecine ». C'est donc sur ces informations que nous allons principalement nous fonder.

En 1960, c'est une polémique sur les différentes souches de vaccins antipolio, leur sécurité, leur efficacité et leur commercialisation qui fait les gros titres³⁵ ; on parle encore de cette efficacité les années suivantes^{36,37,38}. Ce vaccin, comme les autres que l'on évoque ici

³⁵ Rentchnick P. Journal de la médecine 1960 - le vaccin antipolio sabin est accepté aux Etats-Unis. A Copenhague discussion sur le vaccin sabin. Med et Hyg. 1968;(828):671.

³⁶ Rentchnick P. Journal de la médecine 1961 - un homme dans le cosmos. La campagne de vaccination antipolio a commencé. Med et Hyg. 1968;(828):672.

³⁷ Rentchnick P. Journal de la médecine 1962 - le drame de la thalidomide. Le Dr Sabin à Genève. Med et Hyg. 1968;(828):673.

³⁸ Rentchnick P. Journal de la médecine 1963 - les médecins suisses luttent pour leur indépendance. Polio : moins de 150 cas aux USA. Med et Hyg. 1968;(828):674.

également (rubéole^{39,40}, grippe^{41,42,43,44,45}), est un bon exemple du climat qui règne durant ces 17 années.

En effet, ce sont des années-clés dans l'évolution du regard de la société, du moins de la société médicale, sur le développement scientifique explosif des dernières décennies. En 1968, à l'occasion du 25^e anniversaire de *Médecine et Hygiène*, Rentchnick affirme que c'est à partir du « chapitre révolutionnaire de la thérapeutique » de l'application de la pénicilline sur les champs de bataille, concomitant à la naissance du journal, que les informations ont commencé à « se suivre à une cadence si rapide » qu'elles ont en essoufflé les revues traditionnelles. Il pose ainsi formellement l'année 1943 comme début du développement frénétique de la recherche médicale.⁴⁶

Certes, d'un côté, l'enthousiasme des premiers jours est encore omniprésent, et les nouvelles prouesses techniques s'étalent en lettres majuscules ; on évoque plusieurs fois l'épopée du premier homme dans le cosmos^{47,48,49}, puis sur la lune^{50,51}, qui illustrent parfaitement cette impression que la science ne peut qu'aller de l'avant. Ces résumés annuels regorgent de nouvelles découvertes, de la synthèse de la thyrocalcitonine⁵² à celle de la vitamine B12⁵³, en passant par la découverte du traitement de la bilharziose⁵⁴ et la description du cycle complet de la toxoplasmose⁵⁵. Pas une année ne passe sans que l'on ne consacre un article d'une taille très respectable au prix Nobel attribué pour l'un ou l'autre exploit. La génétique est durant cette période, surtout dans les années septante, un des

³⁹ Rentchnick P. Journal de la médecine 1968 (2) - 100 greffes cardiaques en 1968. Procès : embryopathie rubéoleuse. Med et Hyg. 1969;(853):17.

⁴⁰ Rentchnick P. Journal de la médecine 1969 - gène chromosomique isolé. Vaccin contre la rubéole. Med et Hyg. 1970;(899):17.

⁴¹ Rentchnick P. Journal de la médecine 1969 - gène chromosomique isolé. Grippe et interféron. Med et Hyg. 1970;(899):17.

⁴² Rentchnick P. Journal de la médecine 1967 - première greffe d'un cœur chez l'homme. Prophylaxie de la grippe. Med et Hyg. 1968;(828):679.

⁴³ Rentchnick P. Journal de la médecine 1973 - avortement libéralisé. Un nouveau vaccin contre la grippe. Med et Hyg. 1974;(1084):25.

⁴⁴ Rentchnick P. Journal de la médecine 1974 - manipulation génétiques. Vaccin antigrippe vivant. Med et Hyg. 1975;(1130):21.

⁴⁵ Rentchnick P. Journal de la médecine 1976 - radiologie: révolution. Grippe espagnole : vacciner ou ne pas vacciner ? Med et Hyg. 1977;(1222)40,41.

⁴⁶ Rentchnick P. Journal de la médecine 1968 - un greffé du cœur vit depuis 5 mois. Médecine et Hygiène : 25 ans. Med et Hyg. 1968;(828):680.

⁴⁷ Rentchnick P. Journal de la médecine 1961 - un homme dans le cosmos. Après le vol d'un homme dans l'espace. Med et Hyg. 1968;(828):672.

⁴⁸ Rentchnick P. Journal de la médecine 1964 - les médecins belges se mettent en grève. Un médecin soviétique dans le cosmos. Med et Hyg. 1968;(828):675.

⁴⁹ Rentchnick P. Journal de la médecine 1971 - les USA déclarent la guerre au cancer. Médecine spatiale. Med et Hyg. 1972;(992):17.

⁵⁰ Rentchnick P. Journal de la médecine 1968 (2) - 100 greffes cardiaques en 1968. 3 hommes autour de la Lune. Med et Hyg. 1969;(853):17.

⁵¹ Rentchnick P. Journal de la médecine 1969 - gène chromosomique isolé. 4 hommes sur la lune. Med et Hyg. 1970;(899):17.

⁵² Rentchnick P. Journal de la médecine 1968 - un greffé du cœur vit depuis 5 mois. Synthèse de la thyrocalcitonine. Med et Hyg. 1968;(828):680.

⁵³ Rentchnick P. Journal de la médecine 1973 - avortement libéralisé. Synthèse de la vitamine B12. Med et Hyg. 1974;(1084):25.

⁵⁴ Rentchnick P. Journal de la médecine 1966 - une découverte suisse: le traitement de la bilharziose. Med et Hyg. 1968;(828):678.

⁵⁵ Rentchnick P. Journal de la médecine 1970 - année de la neurobiologie. Toxoplasmose. Med et Hyg. 1971;(945):20.

domaine de recherche particulièrement affectionnés par le milieu médical, et où l'on constate les plus impressionnantes nouveautés, avec comme exemples le premier gène chromosomique d'*Escherichia coli* isolé en 1969⁵⁶, ainsi que le prix Nobel pour la découverte de la structure chimique des anticorps en 1972⁵⁷.

Toujours dans ce même contexte d'optimisme scientifique, on ne saurait oublier de mentionner l'année 1968. Premièrement, elle souligne les progrès dans la chimiothérapie cancéreuse, ainsi que l'entrée dans « l'ère des ordinateurs »⁵⁸, deux sujets à propos desquels les articles sont légion. En ce qui concerne l'oncologie, il se passe rarement une année sans que l'on en expose les dernières découvertes ; en 1971, la « guerre au cancer » est déclarée en grosses lettres⁵⁹, et les efforts de recherche dans ce domaine sont couronnés d'un prix Nobel en 1966⁶⁰. On constate également en parallèle que de nombreux articles sont consacrés au débat sur l'information des patients atteints de cancer ; cette problématique s'inscrit dans une autre plus large, celle de la communication médecin-patient. On remarque en effet, au fil des années, une volonté d'évolution dans le domaine de l'information au patient, concrétisée par l'adoption d'une nouvelle charte de l'Assemblée parlementaire européenne concernant le droit des malades en 1976, avec notamment le droit « d'être informé complètement sur la nature de sa maladie, sur les traitements envisagés afin d'obtenir un consentement libre et éclairé ».⁶¹

Mais surtout, cette année 1968 est celle d'une des grandes prouesses de la médecine, qui fera encore couler de l'encre pendant de longues années. En effet, si en 1960 le prix Nobel est décerné aux docteurs qui ont démontré la possibilité des greffes vivantes chez l'Homme⁶², les successives greffes de valvules aortiques⁶³, hématopoïétique⁶⁴, hépatique⁶⁵ et finalement les cœurs artificiels^{66,67} aboutissent à une actualité extrêmement médiatisée : la première greffe de cœur chez l'Homme en 1967⁶⁸. S'en suit en 1968 une abondante

⁵⁶ Rentchnick P. Journal de la médecine 1969 - gène chromosomique isolé. Med et Hyg. 1970;(899):17.

⁵⁷ Rentchnick P. Journal de la médecine 1972 - acupuncture et « anesthésie ». Le Prix Nobel de médecine pour la constitution des anticorps. Med et Hyg. 1973;(1036):20.

⁵⁸ Rentchnick P. Journal de la médecine 1968 - un greffé du cœur vit depuis 5 mois. L'ère des ordinateurs. Med et Hyg. 1968;(828):680.

⁵⁹ Rentchnick P. Journal de la médecine 1971 - les USA déclarent la guerre au cancer. Med et Hyg. 1972;(992):17.

⁶⁰ Rentchnick P. Journal de la médecine 1966 - une découverte suisse: le traitement de la bilharziose. Le prix Nobel à deux cancérologues américains. Med et Hyg. 1968;(828):678.

⁶¹ Rentchnick P. Journal de la médecine 1976 - radiologie: révolution. Les droits des malades. Med et Hyg. 1977;(1222)40,41.

⁶² Rentchnick P. Journal de la médecine 1960 - le vaccin antipolio sabin est accepté aux Etats-Unis. Prix Nobel pour avoir démontré la possibilité des greffes vivantes chez l'homme. Med et Hyg. 1968;(828):671.

⁶³ Rentchnick P. Journal de la médecine 1962 - le drame de la thalidomide. Greffe de valvules aortiques. Med et Hyg. 1968;(828):673.

⁶⁴ Rentchnick P. Journal de la médecine 1964 - les médecins belges se mettent en grève. Un cas de « chimère » humaine. Med et Hyg. 1968;(828):675.

⁶⁵ Rentchnick P. Journal de la médecine 1965 - il y a cent ans Gregor Mendel. Transplantation du foie. Med et Hyg. 1968;(828):677.

⁶⁶ Rentchnick P. Journal de la médecine 1963 - les médecins suisses luttent pour leur indépendance. Cœurs artificiels. Med et Hyg. 1968;(828):674.

⁶⁷ Rentchnick P. Journal de la médecine 1966 - une découverte suisse: le traitement de la bilharziose. Un cœur artificiel. Med et Hyg. 1968;(828):678.

⁶⁸ Rentchnick P. Journal de la médecine 1967 - première greffe d'un cœur chez l'homme. Med et Hyg. 1968;(828):679.

littérature et discussion éthique sur le sujet, consacrée par une table ronde de *Médecine et Hygiène*⁶⁹.

Cependant, comme déjà évoqué, on sent que tout cet enthousiasme face aux progrès de la médecine n'est plus celui des premiers jours. Même l'enthousiasme envers la greffe cardiaque retombe, quand après un deuxième bilan officiel en 1972 plusieurs chirurgiens y renoncent tant que le problème du rejet n'est pas réglé⁷⁰.

Ce sujet de la greffe cardiaque, comme celui du développement de la génétique, ainsi que ceux plus tardifs de l'euthanasie⁷¹ et de l'avortement, soulèvent des questionnements éthiques de plus en plus pressants. Une mention de la déclaration d'Helsinki en 1964, document central dans l'histoire de l'éthique médicale, atteste l'ampleur prise par ces questionnements au niveau sociétal⁷².

Cette diminution de l'enthousiasme ambiant devient extrêmement claire en 1962, alors qu'éclate le grand drame qui ébranlera tout le développement thérapeutique que l'on connaissait jusqu'alors : celui de la thalidomide et de ses effets tératogènes⁷³. Cet événement engendrera dans les années qui suivent une très grande production d'articles touchant de près ou de loin à la thématique des effets secondaires médicamenteux (on parle encore de ses victimes en 1965⁷⁴, et du procès qui y est relatif en 1968⁷⁵), et instillera aussi bien dans le domaine médical que dans la société en général une prudence vis-à-vis des agents thérapeutiques, et plus généralement du milieu de la santé. En 1963, *Médecine et Hygiène* organise à l'occasion de son vingtième anniversaire une table ronde sur les effets secondaires médicamenteux⁷⁶, ce qui illustre bien l'importance de la thématique dans le milieu médical suisse romand de l'époque.

C'est en 1962 également que l'on commence à évoquer un thème de société omniprésent durant toutes les années qui suivront, celui qui fournira le nombre d'articles le plus important : l'assurance maladie en Suisse, ou plus précisément la réforme de la LAMA, qui vise notamment, et c'est là le plus grand point de friction, à soumettre le médecin « à une instance de caractère non médical », sous-entendu les caisses maladie, qui en cas de litige seraient responsables de fixer les honoraires médicaux. Cette tentative d'étatisation de la médecine est clairement perçue par le rédacteur en chef mais aussi par « le corps médical suisse [...] unanimement » comme dangereuse⁷⁷, et carrément porteuse de « tendances

⁶⁹ Rentchnick P. Journal de la médecine 1968 (2) - 100 greffes cardiaques en 1968. « Médecine et Hygiène » : 25 ans. Med et Hyg. 1969;(853):17.

⁷⁰ Rentchnick P. Journal de la médecine 1972 - acupuncture et « anesthésie ». Transplantation d'organes. Med et Hyg. 1973;(1036):20.

⁷¹ Rentchnick P. Journal de la médecine 1975 - l'antimédecine. Euthanasie. Med et Hyg. 1976;(1176):21.

⁷² Rentchnick P. Journal de la médecine 1964 - les médecins belges se mettent en grève. Déclaration d'Helsinki. Med et Hyg. 1968;(828):675.

⁷³ Rentchnick P. Journal de la médecine 1962 - le drame de la thalidomide. Lésions de l'embryon humain par le softenon. Med et Hyg. 1968;(828):673.

⁷⁴ Rentchnick P. Journal de la médecine 1965 - il y a cent ans Gregor Mendel. 7000 victimes de la thalidomide. Med et Hyg. 1968;(828):677.

⁷⁵ Rentchnick P. Journal de la médecine 1968 - un greffé du cœur vit depuis 5 mois. Thalidomide : Procès. Med et Hyg. 1968;(828):680.

⁷⁶ Rentchnick P. Journal de la médecine 1963 - les médecins suisses luttent pour leur indépendance. « Médecine et Hygiène » a 20 ans. Med et Hyg. 1968;(828):674.

⁷⁷ Rentchnick P. Journal de la médecine 1962 - le drame de la thalidomide. Danger : médecine étatisée en Suisse. Med et Hyg. 1968;(828):673.

totalitaires »⁷⁸. C'est donc une profession libérale unie qui, se sentant menacée par un tel projet de loi, se doit de « lutter pour (son) indépendance »⁷⁹. En parallèle, les médecins belges protestent également contre l'étatisation de la médecine et font les gros titres en 1964⁸⁰. La médecine anglaise, menacée elle aussi par des révoltes, est présentée comme un modèle de système étatisé dysfonctionnel ; le gouvernement doit faire des concessions pour ne pas perdre tous ses médecins à l'émigration⁸¹.

Il existe d'autres points qui font fortement réagir les médecins suisses dans cette réforme de la LAMA, et l'un d'eux est la volonté de faire rembourser les prestations des chiropracticiens par les caisses maladie, ce qui est accepté en 1964⁸². Cette réticence envers la chiropractie renvoie à un thème qui sera plus abondamment développé dans les années septante, celui des médecines parallèles, considérées alors comme du « charlatanisme », mettant en danger la vie des patients. C'est notamment la Chine qui intrigue beaucoup, comme on peut le constater par la publication d'un dossier sur la médecine chinoise entre les années 1972 et 1973, avec comme axe principal l'acupuncture. La « rencontre de la médecine occidentale et de la médecine chinoise » est exposée comme « l'événement de l'année 1972 »⁸³.

En 1966 est accepté en Angleterre un projet de loi autorisant l'avortement⁸⁴, tandis que la France refuse un projet de loi concernant l'avortement thérapeutique en 1967⁸⁵, qu'elle accepte finalement en 1974⁸⁶. Ces prises de position à l'étranger soulèvent évidemment le débat en Suisse, avec une population qui réclame la décriminalisation dès 1971⁸⁷. Ce débat fait les gros titres en 1973⁸⁸, et c'est finalement en 1975 que l'avortement n'est plus punissable par la loi⁸⁹.

Dans cette thématique du planning familial s'inscrit également un nombre important d'articles et de publicités sur le sujet des nouveautés anticonceptionnelles, notamment en évoquant en 1964 leurs effets pro-thrombotiques⁹⁰. *Médecine et Hygiène* met également en avant le fait que ce sujet intéresse beaucoup à l'international ; on y révèle que le pape Paul VI a pris

⁷⁸ Rentchnick P. Journal de la médecine 1963 - les médecins suisses luttent pour leur indépendance. L'académie suisse des sciences médicales contre M. Tschudi. Med et Hyg. 1968;(828):674.

⁷⁹ Rentchnick, op. cit.

⁸⁰ Rentchnick P. Journal de la médecine 1964 - les médecins belges se mettent en grève. Med et Hyg. 1968;(828):675.

⁸¹ Rentchnick P. Journal de la médecine 1963 - les médecins suisses luttent pour leur indépendance. Le salaire des médecins en Angleterre. Med et Hyg. 1968;(828):674.

⁸² Rentchnick P. Journal de la médecine 1964 - les médecins belges se mettent en grève. LAMA : vote définitif : 1 voix de majorité ! Med et Hyg. 1968;(828):675.

⁸³ Rentchnick P. Journal de la médecine 1972 - acupuncture et « anesthésie ». Med et Hyg. 1973;(1036):20.

⁸⁴ Rentchnick P. Journal de la médecine 1966 - une découverte suisse: le traitement de la bilharziose. Avortement libre en Angleterre. Med et Hyg. 1968;(828):678.

⁸⁵ Rentchnick P. Journal de la médecine 1967 - première greffe d'un cœur chez l'homme. L'avortement thérapeutique en France. Med et Hyg. 1968;(828):679.

⁸⁶ Rentchnick P. Journal de la médecine 1974 - manipulation génétiques. France : avortement. Med et Hyg. 1975;(1130):21.

⁸⁷ Rentchnick P. Journal de la médecine 1971 - les USA déclarent la guerre au cancer. Avortement : décriminalisation. Med et Hyg. 1972;(992):17.

⁸⁸ Rentchnick P. Journal de la médecine 1973 - avortement libéralisé. Med et Hyg. 1974;(1084):25.

⁸⁹ Rentchnick P. Journal de la médecine 1975 - l'antimédecine. Suisse : avortement. Med et Hyg. 1976;(1176):21.

⁹⁰ Rentchnick P. Journal de la médecine 1964 - les médecins belges se mettent en grève. Pilule : accidents vasculaires. Med et Hyg. 1968;(828):675.

publiquement la parole contre la pilule en 1968⁹¹, et on parle même en 1973 de la contraception en Chine⁹².

C'est en 1975 qu'apparaît finalement, en conclusion à toutes ces remises en question de la médecine telle qu'on la concevait dans les décennies précédentes, le terme d'antimédecine⁹³, et avec lui un courant de pensée et une littérature abondante, avec Illich en porte-parole désigné, dont la controversée *Némésis Médicale* fera l'objet du chapitre suivant.

⁹¹ Rentchnick P. Journal de la médecine 1968 (2) - 100 greffes cardiaques en 1968. Le Pape contre la pilule. Med et Hyg. 1969;(853):17.

⁹² Rentchnick P. Journal de la médecine 1973 - avortement libéralisé. Chine : contraception. Med et Hyg. 1974;(1084):25.

⁹³ Rentchnick P. Journal de la médecine 1975 - l'antimédecine. Med et Hyg. 1976;(1176):21.

4 MÉDECINE ET HYGIÈNE À LA RENCONTRE D'IVAN ILLICH

4.1 PREMIÈRES IMPRESSIONS

Dans la revue *Médecine et Hygiène*, on commence à parler d'Illich et de l'antimédecine en 1974. Dans un premier temps, ce sont uniquement des « Entre les lignes » signés par Rentchnick qui sont consacrés au sujet.

Cette première approche s'inscrit dans le contexte d'une littérature de plus en plus abondante concernant les guérisseurs et les médecines parallèles, dont le directeur général de l'OMS se fait « le défenseur »⁹⁴ même dans les pays industrialisés. Cette mise en valeur de ces médecines parallèles, que l'on ressent notamment par une augmentation croissante du nombre d'articles à ce sujet⁹⁵, et un voyage du rédacteur en chef lui-même en Chine, traduit une volonté du public de se tourner vers un autre genre de médecine.

Pour Rentchnick, cette attitude du directeur général de l'OMS n'est en effet pas isolée, et « est nettement apparue dans les milieux gauchistes après 1968 d'une part, et dans les milieux maoïstes après la découverte des médecins aux pieds nus en Chine rouge, d'autre part » ; ce mouvement antimédical « caractérise de nombreuses démarches officielles au cours des deux (années précédentes) ».⁹⁶

Et « le grand-prêtre » de ce mouvement, c'est Illich, avec son slogan « soigne-toi toi-même », et sa hantise du monopole médical sur le droit de soigner.⁹⁷

Dès cette première mention du « sociologue mexicain », on sent un scepticisme certain de la part de Rentchnick, tant à l'égard de l'idéologie qui va évidemment à l'encontre de cette médecine de pointe et de nouvelles découvertes sur laquelle se fonde la revue *Médecine et Hygiène*, qu'à l'égard du personnage. En effet, on constate d'emblée un sarcasme évident à l'encontre de ce « grand prêtre de l'antimédecine des milieux gauchistes » :

« *Ivan Illich [...] veut briser le monopole des médecins qui se sont arrogé le droit de soigner et de guérir leur prochain, ce qui est absolument intolérable, évidemment !* »

« *Contrairement à Ivan Illich, Molière avait au moins de l'humour quand il se moquait des médecins...* »⁹⁸

Jusqu'alors, cette antimédecine était donc l'apanage des agitateurs de gauche. Mais Illich commence à trouver des partisans parmi les médecins, avec l'exemple de Charles Dayant (1942 –), ancien médecin à la prison de la Santé à Paris, qui publie un ouvrage sur le sujet, *Plaidoyer pour une antimédecine*. Rentchnick s'essaie sans difficulté à l'exercice de l'antimédecine : « il n'y a qu'à mettre en évidence les faits négatifs de notre action

⁹⁴ Rentchnick P. Entre les lignes: Ivan Illich ou la médecine aux pieds nus. Med et Hyg. 1974;(1105):1024.

⁹⁵ Sur la thématique de la Chine, des médecines parallèles, des guérisseurs et du charlatanisme, on recense 49 articles dans 46 revues réparties sur 13 ans.

⁹⁶ Rentchnick P. Entre les lignes: ecneis et enicedem. Med et Hyg. 1974;(1128):2064.

⁹⁷ Rentchnick P. Entre les lignes: Ivan Illich ou la médecine aux pieds nus. Med et Hyg. 1974;(1105):1024.

⁹⁸ Ibid

thérapeutique, en oubliant systématiquement tous les faits positifs trop connus pour qu'on en reparle ». ⁹⁹

C'est pourquoi, en feuilletant l'ouvrage de Dayant, on est souvent d'accord avec lui, mais ce « bilan essentiellement négatif de la médecine ne correspond pas à une étude objective des problèmes médicaux » de l'époque. Rentchnick conclut sur les solutions qui y sont proposées : « le malade doit apprendre à vivre avec sa maladie » et « le médecin [...] doit apprendre à travailler en groupe pour prévenir la maladie » ; pour le rédacteur en chef de *Médecine et Hygiène*, « c'est un peu mince ». ¹⁰⁰

Ainsi, cette première approche du sujet permet de mettre en évidence plusieurs éléments intéressants.

D'abord, « le succès, même s'il est superficiel, des théories farfelues d'Illich », est un des éléments soulignant une perte de confiance du grand public, qui semble penser que « la médecine est une affaire trop sérieuse pour la laisser aux seuls médecins ». ¹⁰¹ Ensuite, on remarque d'emblée les dispositions de Rentchnick envers Illich et ses idées. Finalement, on ne peut que souligner le côté pragmatique de Rentchnick, qui souhaite des solutions concrètes à un problème exposé.

4.2 CONGRÈS DE DAVOS À PROPOS DES LIMITES DE LA MÉDECINE

Avant la publication de *Némésis médicale*, Rentchnick connaissait Illich au travers de quelques écrits critiquant les institutions traditionnelles. Dès la lecture de l'ouvrage, ainsi qu'en prenant connaissance des répercussions médiatiques de celui-ci, le rédacteur en chef de *Médecine et Hygiène* se fait l'opinion que l'on a exposée ci-dessus. Cependant, sa curiosité de journaliste et son envie d'aller jusqu'au fond des choses, celle-là même qui a motivé son voyage en Chine, lui fait se dire « curieux de connaître l'homme ». ¹⁰²

C'est au congrès de Davos sur « les limites de la médecine », qui aura lieu du 24 au 26 mars 1975, que cette rencontre aura lieu.

Ce congrès s'insère dans le contexte d'une remise en question de la croissance dans tous les domaines de la société ; en effet, c'est en 1972 que le club de Rome, un groupe de réflexion réunissant plusieurs spécialistes de 52 pays, publie son premier rapport *Halte à la croissance*, dans lequel les vertus de la croissance sont pour la première fois remises en cause par des chercheurs du MIT. ¹⁰³

La médecine n'échappe pas à ces considérations, car les dépenses dans le domaine de la prévoyance sociale et médicale sont très importantes, dépassant dans plusieurs pays les dépenses militaires. Déjà en 1975, « les hôpitaux sont bondés, le personnel soignant se fait de plus en plus rare, les médecins de famille sont surchargés, la consommation de médicaments s'accroît dans des proportions gigantesques. » Illich est une fois de plus placé en tête des critiques, dénonçant cette croissance qui produit des maladies, et il est un des conférenciers les plus attendus, si l'on en croit la légende qui accompagne sa photo en première page du numéro de *Médecine et Hygiène* consacré au symposium :

⁹⁹ Rentchnick P. Entre les lignes: antimédecine. Med et Hyg. 1974;(1121):1740.

¹⁰⁰ Ibid

¹⁰¹ Rentchnick P. Entre les lignes: 1974/1975. Med et Hyg. 1975;(1130):36.

¹⁰² Rentchnick P. Entre les lignes: Ivan Illich. Med et Hyg. 1975;(1144):624.

¹⁰³ https://fr.wikipedia.org/wiki/Club_de_Rome

« *Le chef de la mafia antimédicale, Ivan Illich, a fait des conférences en Suisse* »¹⁰⁴

C'est donc avec ce résumé de *Némésis médicale* déjà abordé en début de travail que s'ouvre le dossier consacré à l'antimédecine, et plus précisément à ce symposium de Davos. C'est une fois de plus Rentchnick qui se chargera de retranscrire et commenter le congrès. Pour lui, à une exception près, les conférenciers tombent tous dans la catégorie des « sous-produits d'Ivan Illich », ou dans celle des défenseurs communistes d'un modèle fondé sur le médecin chinois aux pieds-nus.¹⁰⁵

Jean-Pierre Dupuy (1941 –) et Serge Karsenty (1943 –), sociologues parisiens auteurs de *L'invasion pharmaceutique*, bien que donnant l'impression d'être « moins amateurs (et) [...] iconoclastes » qu'Illich, dénoncent l'inadéquation entre l'augmentation des coûts de la santé et les indicateurs globaux de mortalité et morbidité, et font également partie de cette « mafia » qui souhaite réformer complètement le système de santé. Rick Carlson (1940 – 2009), un avocat californien, bien qu'également « plus réaliste » qu'Illich, se fait tout de même son défenseur. Après eux, l'intervention de Henri Pradal (1931 – 1982), un médecin qui se veut « anti-pharmacien » avec son *Guide des médicaments les plus courants*, est très démagogue. Rentchnick décrit certaines de ces critiques comme valables, mais déjà émises par des médecins « sans recherche de scandale » ; on comprend bien ici le ton général de cette conférence, qui fera dire à Rentchnick que « la mafia antimédicale [...] se « vend » bien sur le marché du sensationnel ». D'autres conférenciers suivront encore, toujours dans cette même optique, avec John McKnight (1931 –), originaire d'Evanston (USA), qui critique une « politique médicalisée » qui « infantilise le citoyen », ou Hans Schaefer (1906 – 2000), physiologiste de l'Université de Heidelberg, « qui est venu apporter sa caution philosophico-physiologiste aux thèses exposées par Ivan Illich ».¹⁰⁶

C'est ensuite au tour de Joke de Jager-van der Kam, une infirmière hollandaise, et Albert Thiadens, homme d'Église qui travaille dans le même hôpital, de présenter leur concept d'« associations de soins actifs », où l'infirmière travaille avec et non pour le médecin, et où tous les deux ne résolvent pas les problèmes médicaux du patient, mais l'aident à les résoudre. Rentchnick la décrit elle comme une « aimable infirmière qui a dû lire le manuel du parfait « médecin aux pieds nus » chinois », et lui comme faisant « l'éloge du système médical de la République populaire de Chine ». Finalement, Michel Leyers (? – 1997), médecin belge cofondateur de l'organisation marxiste « Médecine pour le peuple », donnera une leçon de « catéchisme communiste », où c'est « le régime capitaliste qui rend les gens malades », et où il valorise le modèle du « médecin-ouvrier selon la recette de Mao Tsé Toung ».¹⁰⁷

L'exception, c'est M.I.J. Patcher, vice-président des recherches des laboratoires à Bristol, New York, qui défendra avec compétence l'industrie pharmaceutique remise en cause par de nombreux orateurs. Il expose un plan de 25 ans, dont l'objectif est d'encourager « la

¹⁰⁴ Rentchnick P. Symposium international « Les limites de la médecine », Davos, 24-26 mars 1975. *Med et Hyg.* 1975;(1131):68.

¹⁰⁵ Rentchnick P. Antimédecine: A propos du Congrès de Davos sur les limites de la médecine et de la Conférence d'Ivan Illich à l'OMS. Editorial : l'antimédecine avec ou sans Ivan Illich. *Med et Hyg.* 1975;(1144):610.

¹⁰⁶ Rentchnick P. Antimédecine: A propos du Congrès de Davos sur les limites de la médecine et de la Conférence d'Ivan Illich à l'OMS. *Med et Hyg.* 1975;(1144):612-614.

¹⁰⁷ Rentchnick P. Antimédecine: A propos du Congrès de Davos sur les limites de la médecine et de la Conférence d'Ivan Illich à l'OMS. *Med et Hyg.* 1975;(1144):614.

création des seuls produits nouveaux qui apporteraient un progrès en fonction des données épidémiologiques et socio-économiques ».¹⁰⁸

De manière générale, « les discussions furent souvent animées, mais trop passionnelles ». Pour le rédacteur en chef de *Médecine et Hygiène*, chacun campait sur ses positions, et aucun vrai dialogue n'a pu être engagé, avec un Illich qui ne se donne même pas la peine de se présenter aux conférences pour prendre connaissance d'autres opinions que les siennes. Et c'est bien dommage, car « dans une affaire aussi importante, il ne saurait y avoir de vainqueurs ni de vaincus ; nous sommes tous attachés, médecins et patients, comme le reste de la population à trouver des solutions nouvelles et efficaces ».¹⁰⁹

Quant à cet avis que Rentchnick voulait se faire sur Ivan Illich, le verdict est sans appel :

*« Confus, enthousiaste, illuminé, excentrique, névrosé, agité, pirouettant constamment, Illich joue les éléphants dans le magasin de porcelaine. Mais toute cette agitation veut cacher l'essentiel : Illich ne répond jamais aux questions précises qu'on lui pose et finalement il est moins intéressant que d'autres critiques de la médecine, car il est trop outrancier et oublie de proposer des solutions. »*¹¹⁰

On revient donc sur ce qui avait déjà posé problème avec Dayant ; Illich ne propose comme solution pour remplacer l'industrie pharmaceutique, que « la petite sacoche du « médecin aux pieds nus » chinois marquée du signe de la Croix-Rouge ». Une fois de plus, « c'est un peu mince ».¹¹¹

¹⁰⁸ Rentchnick P. Antimédecine: A propos du Congrès de Davos sur les limites de la médecine et de la Conférence d'Ivan Illich à l'OMS. *Med et Hyg.* 1975;(1144):615.

¹⁰⁹ Rentchnick P. Antimédecine: A propos du Congrès de Davos sur les limites de la médecine et de la Conférence d'Ivan Illich à l'OMS. *Med et Hyg.* 1975;(1144):615.

¹¹⁰ Rentchnick P. Antimédecine: A propos du Congrès de Davos sur les limites de la médecine et de la Conférence d'Ivan Illich à l'OMS. Editorial : l'antimédecine avec ou sans Ivan Illich. *Med et Hyg.* 1975;(1144):609.

¹¹¹ Rentchnick P. Antimédecine: A propos du Congrès de Davos sur les limites de la médecine et de la Conférence d'Ivan Illich à l'OMS. *Med et Hyg.* 1975;(1144):615.

4.3 TABLE RONDE DE 4 MÉDECINS GENEVOIS SUR *NÉMÉSIS MÉDICALE*

Cette table ronde sera publiée avec le numéro du premier octobre 1975, soit six mois après le congrès de Davos, et juste après la publication de l'édition française de *Némésis médicale*. A l'origine, Illich avait accepté de venir à Genève pour y participer, mais Rentchnick renonça finalement à l'inviter pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'avis exposé ci-dessus et la tendance d'Illich à monologuer sont évidemment contre-productifs dans le cadre d'une discussion. Ensuite, lors du congrès, Rentchnick avait demandé à Illich s'il n'avait jamais été malade, ce qui lui avait fait perdre son sourire, et il avait dès lors tâché d'éviter le rédacteur en chef.¹¹²

Les participants de cette table ronde sont donc finalement au nombre de quatre. Hormis Rentchnick sont présents S. Berthoud, chef de clinique à la policlinique médicale de Genève, R. Du Bois, médecin-praticien à Genève, et P. J. Buffle, chef de clinique et président de l'Association des médecins-assistants de Genève.

Les thèmes principaux qui ressortent de cette riche discussion sont avant tout Illich et son ouvrage, mais pas uniquement ; la discussion s'oriente aussi vers l'information médicale, l'éducation médicale et le système de santé, thématiques que l'on exposera plus en détail ci-dessous.¹¹³

4.3.1 ILLICH ET LA « *NÉMÉSIS MÉDICALE* »

C'est Berthoud qui ouvre la table ronde, en annonçant que la discussion va principalement s'axer sur les deux derniers chapitres du livre d'Illich, soit les iatrogénies sociale et structurelle. D'emblée, Rentchnick prend la parole pour affirmer que « le ton du livre est provocateur », bien que ces deux derniers chapitres ne l'aient « pas surpris désagréablement », avec mêmes quelques très beaux passages ; il affirme n'émettre « aucun jugement passionnel » à l'égard d'Illich.

Buffle appuie ses dires, et pense également qu'être choqué vis-à-vis d'un Illich aux attitudes outrancières est légitime. Cependant, on remarque que plus tard il semble souvent ramener la conversation aux propos d'Illich, pour montrer qu'ils illustrent bien les questions que se posent les autres médecins :

« *c'est exactement ce que dit Illich* »¹¹⁴

« *Cela revient à l'idée d'Illich* »¹¹⁵

« *montre bien l'actualité et la valeur du livre d'Illich.* »¹¹⁶

Ensuite, à plusieurs endroits de la discussion l'un ou l'autre conférencier fait allusion à la qualité des références de l'ouvrage, notamment de sa première partie sur la iatrogénie clinique. Pour Berthoud, elles sont de « qualité inégale ». Même Buffle, qui semble dans la

¹¹² Rentchnick P. Entre les lignes: Ivan Illich. Med et Hyg. 1975;(1144):624.

¹¹³ Rentchnick P, Berthoud S, Du Bois R, Buffle PJ. Table ronde sur « La Némésis Médicale » d'Ivan Illich avec 4 médecins genevois. Med et Hyg. 1975;(1163):1395-9.

¹¹⁴ Buffle PJ. Table ronde sur « La Némésis Médicale » d'Ivan Illich avec 4 médecins genevois. Med et Hyg. 1975;(1163):1397.

¹¹⁵ Ibid, p. 1398

¹¹⁶ Ibid, p. 1399

discussion le plus favorable aux théories d'Illich, avoue qu'« Illich n'a pas besoin de citer de fausses statistiques pour donner du poids à son livre ; au contraire, il l'affaiblit, car on se demande si tout ce premier chapitre n'est pas truffé d'inexactitudes qu'on ne peut vérifier. »

Berthoud insiste sur le fait que l'ouvrage, qu'il appelle « ouvrage de vulgarisation », ne soit pas destiné à un public de médecins, mais bel et bien à « n'importe qui ». Et c'est bien cela, selon lui, qui est réellement novateur dans l'entreprise d'Illich :

« Que l'augmentation des coûts de la médecine soit sans rapport avec la longévité ou la morbidité, on le savait déjà, mais le dévoiler comme cela, au grand public, c'est cela qui choque les médecins. »¹¹⁷

Il poursuit en concluant que l'ouvrage ne laisse personne indifférent ; pour Rentchnick, « c'est malheureux », parce qu'Illich ne saura qu'angoisser la société en ne citant que les aspects négatifs de la médecine. De plus, son côté journaliste pragmatique reproche une fois de plus à l'auteur d'être « incapable de proposer des solutions concrètes ».

4.3.2 SYSTÈME MÉDICAL

Si Buffle pense que le fait même de cette table ronde « montre bien l'actualité et la valeur du livre d'Illich » et prouve que « le rôle du médecin dans la société doit être revu dans un contexte global », Rentchnick affirme au contraire qu'il ne pense « pas nécessaire de changer le rôle des médecins ». Berthoud tempère leur avis en affirmant que ces deux derniers chapitres du livre d'Illich doivent amener les médecins à réfléchir au rôle qu'ils jouent dans la société « à la lumière d'une pensée à laquelle ils ne sont souvent pas préparés ». Du Bois renchérit à ce propos, en affirmant que chaque médecin participe inconsciemment à « un système de production », qui a des « aspects dangereux » ; il a lui-même souvent l'impression de n'être qu'un outil de ce système, et n'est « pas en accord avec (son) statut de médecin ». Pour lui, Illich ne fait qu'informer de cette dangerosité de la surmédicalisation :

« La médicalisation à outrance de la santé est une dépossession de chacun du droit à gérer sa santé. Illich informe de choses que nous n'avons pas osé dire. [...] Il y a donc des choses très graves qui sont liées à l'institution médicale, et si Illich peut paraître choquant quand il dit que la médecine peut faire du mal, bien souvent, mon expérience me fait adhérer totalement à cette critique. »¹¹⁸

Rentchnick intervient une fois de plus pour demander des solutions concrètes afin de sortir de ce système ; cette fois, il va plus loin en affirmant que « la Faculté de médecine ne prépare pas le praticien à ce genre d'exercice ».

Puis, la médecine chinoise est utilisée comme exemple à plusieurs endroits, avec Du Bois qui avoue ne pas connaître la situation sur place mais que l'exemple de ce pays « permet de réfléchir sur la déprofessionnalisation et la décentralisation », Rentchnick qui affirme qu'elle n'a qu'un seul but celui de « rattraper son retard en copiant notre système », et finalement Berthoud qui conclut que « la dépendance vis-à-vis du médecin est tout aussi grande dans une société communiste ». Selon lui, et il rejoint Rentchnick en cela :

¹¹⁷ Berthoud S. Table ronde sur « La Némésis Médicale » d'Ivan Illich avec 4 médecins genevois. Med et Hyg. 1975;(1163):1396.

¹¹⁸ Du Bois R. Table ronde sur « La Némésis Médicale » d'Ivan Illich avec 4 médecins genevois. Med et Hyg. 1975;(1163):1396.

« La discussion ne doit pas être à ce niveau-là, me semble-t-il, mais au niveau de l'éducation médicale et encore plus de l'éducation de la société toute entière. »¹¹⁹

L'avis des deux hommes introduit les deux chapitres suivants, ces solutions concrètes que seraient l'éducation médicale et l'information du grand public.

4.3.3 ÉDUCATION MÉDICALE

L'éducation médicale est donc, Rentchnick et Berthoud le disent clairement, une des solutions à ces problèmes dépeints dans les chapitres de *Némésis médicale* concernant les iatrogénies sociale et structurelle.

Par exemple, Du Bois affirme que les troubles fonctionnels, nouvelle « maladie endémique », représente 60% de sa consultation ; pour lui, c'est dans la « productivité » imposée par le système de production évoqué ci-dessus que « l'homme contracte son stress et sa maladie ». Les médecins n'y sont pas formés, et ne peuvent que répondre à ce genre de problématique de manière inadéquate, « en termes biologiques » appris dans les facultés ; ce sont des troubles qui nécessitent « une autre dimension, absente, celle de santé sociale ».

Rentchnick pense que cette constatation à propos de « malades qui sont le résultat d'un certain type de contraintes professionnelles ou sociales », tous les médecins l'ont faite. Une fois encore, il demande des solutions concrètes :

« Que pouvons-nous faire d'autre que d'alerter les gens qui ont mission de modifier les structures de la société ? »¹²⁰

Une des solutions proposées par Du Bois est celle de l'éducation, dans ce cas précis celle d'une formation dans le domaine psychologique qui fait défaut au médecin. Rentchnick est également de cet avis, et même si pour lui, comme nous l'avons déjà exposé, le rôle du médecin ne devrait pas changer, « rien n'empêche de former et de spécialiser des médecins pour un autre type de médecine ».

C'est l'exemple de la méthode Balint¹²¹, très populaire à l'époque et évoquée à de nombreuses reprises dans la revue *Médecine et Hygiène* par des publicités et des articles y étant consacrés¹²², qui permet d'explorer encore ce thème de la formation.

Buffle pratique cette méthode et affirme qu'elle démontre que « l'attitude des médecins est en train de changer » ; il avoue cependant, ce type de consultation durant au minimum 40 minutes et n'étant pas (comme justement souligné par Rentchnick) prévu par les assurances, que « même des médecins acquis à l'importance de ces problèmes ne peuvent pratiquer cette médecine vu notre structure économique ».

¹¹⁹ Berthoud S. Table ronde sur « La Némésis Médicale » d'Ivan Illich avec 4 médecins genevois. *Med et Hyg.* 1975;(1163):1397.

¹²⁰ Rentchnick P. Table ronde sur « La Némésis Médicale » d'Ivan Illich avec 4 médecins genevois. *Med et Hyg.* 1975;(1163):1398.

¹²¹ Michael Balint, célèbre psychanalyste hongrois, crée en 1950 les premiers groupes de discussion sur les problèmes psychologiques en médecine générale.

Garrone G. L'oeuvre du docteur Balint. *Med et Hyg.* 1971;(946):56.

¹²² Sur 6 ans, dès l'année 1971, on relève 21 articles ou publicités dans 14 revues.

Du Bois le contredit en disant que ce n'est qu'une question organisationnelle, car il lui arrive de pratiquer ce genre de consultations. Les considérations de Rentchnick sur la question sont, on l'a vu, très pragmatiques. Un médecin voulant pratiquer ce genre de consultations ne pourra simplement pas « tourner ».

4.3.4 INFORMATION MÉDICALE

Comme on l'a déjà annoncé, « l'éducation de la société toute entière » apparaît également comme une solution à ce problème.

Rentchnick le pose comme principe d'entrée, « il existe une bonne information et une très mauvaise ». C'est précisément cela qui le gêne chez Illich : il n'informe que sur les aspects négatifs de la médecine, et il réside dans cela « une part d'irresponsabilité ». Pour lui, contrairement à l'avis plusieurs fois répété de Buffle¹²³, « l'information n'angoisse pas forcément ». Cependant, il s'agit tout de même de la manier avec prudence :

« Informer le public ne me dérange pas, mais c'est souvent de la dynamite. »¹²⁴

Berthoud acquiesce ; en l'état actuel des choses, l'information peut effectivement être dangereuse. Il serait nécessaire que « les individus aient plus d'autonomie dans leur pensée, dans leur manière de vivre, qu'ils puissent devenir juges de l'information qui leur est servie », afin que cette information puisse être bénéfique. Du Bois affirme à ce sujet qu'« on a énormément pris aux gens leur sens critique à l'égard de l'environnement dans lequel ils vivent, à l'égard d'un monde dont ils subissent la violence, la répression et les restrictions de leur liberté. »

On en arrive donc au concept complexe d'autonomie, dont la définition semble poser problème :

« Si l'un ou l'autre a une définition de l'autonomie du patient vis-à-vis de la santé ou de la maladie, qui ne soit pas une redite de la médecine chinoise, des médecins aux pieds nus, je l'attends parce que je ne sais pas encore ce que cela veut dire. »¹²⁵

A cette sollicitation de Rentchnick, il n'y aura aucune réponse. Cependant, on se met d'accord sur le fait que cette autonomie vis-à-vis de la santé n'est pas présente de manière générale au niveau du grand public. Selon Rentchnick, « c'est le public qui veut une part de magie et de charlatanerie », et il n'est que peu intéressé à ce genre de discussion. Pour Buffle, la théorie d'Illich selon laquelle « les malades ne veulent plus guérir, mais être guéris » se vérifie tout-à-fait. Berthoud se dit effrayé de découvrir ce que seront à 40 ans ces enfants qui « (apprennent) à se décharger de (leurs) malaises sur le professionnel ».

Mais donner une information, comme on le suggère plus haut, n'autonomise pas nécessairement. C'est à nouveau Berthoud qui revient au public non préparé à recevoir

¹²³ Il dira en effet : « le problème de l'information médicale dont le grand risque est d'angoisser les malades plutôt que de les libérer » p. 1398 et « il y a des campagnes à tout bout de champ et on finit par angoisser un pourcentage de la population » p. 1399

¹²⁴ Rentchnick P. Table ronde sur « La Némésis Médicale » d'Ivan Illich avec 4 médecins genevois. Med et Hyg. 1975;(1163):1396.

¹²⁵ Rentchnick P. Table ronde sur « La Némésis Médicale » d'Ivan Illich avec 4 médecins genevois. Med et Hyg. 1975;(1163):1396.

n'importe quelle information. En parlant de Leyers qui leur disait à Davos qu'il « informait ses malades des épidémies éventuelles », il admet :

« Je pense que, dans l'état actuel des choses, c'est une surmédicalisation plutôt qu'une autonomie. »¹²⁶

Ce concept de surmédicalisation versus autonomie est également illustré par un exemple très concret, lors d'un échange entre lui et Rentchnick en début de discussion. Ce dernier pense que le tensiomètre à utiliser à domicile pour lequel on fait de la publicité à la radio est « un début d'autonomie de la part du public », tandis que Berthoud affirme que « ce genre de propagande ne rend pas plus autonome, mais plus dépendant ».

Finalement, une dernière notion importante est abordée sur le sujet de l'information. Selon Du Bois, elle fait en effet partie des éléments qui déséquilibrent la relation médecin-patient :

« Il me semble qu'il y a un rapport de force entre celui qui sait, qui est en bonne santé, qui est calme face à celui qui ne sait pas, qui est malade, qui est angoissé ou déprimé. »¹²⁷

Pour lui, c'est l'institutionnalisation de la médecine, que l'on a évoquée plus haut, qui est responsable de ce rapport de force. C'est en effet l'institution qui permet au médecin de posséder ce « pouvoir qui est la connaissance ». Il affirme consacrer beaucoup de temps pour autonomiser ses patients quant à leurs demandes ; car si

« cet abus de pouvoir conduit à une dépendance du malade, [...] c'est dans le dialogue qu'il faut le résoudre. »¹²⁸

4.3.5 CONCLUSIONS

Cette table ronde est intéressante en plusieurs points. Notamment, on voit que ces quatre médecins reconnaissent qu'il y a effectivement ce que l'on peut appeler une crise du système médical, bien que cette définition leur soit à chacun propre. Tous reconnaissent à leur façon que des modifications sont nécessaires. On peut à nouveau constater le caractère très pragmatique de Rentchnick, qui comme il l'a fait avec Illich, est à la recherche de solutions concrètes aux problèmes qui lui sont exposés.

Finalement, cette discussion est une introduction très intéressante à ce qui pourrait correspondre à ces solutions tant attendues ; il est évident que si l'on cherche à positionner le point de vue de Rentchnick sur la crise du système médical par rapport à celui d'Illich, on ne peut faire l'impasse sur ces solutions qui lui sont primordiales, et c'est pourquoi nous les aborderons à nouveau plus en détail dans un prochain chapitre.

¹²⁶ Berthoud S. Table ronde sur « La Némésis Médicale » d'Ivan Illich avec 4 médecins genevois. Med et Hyg. 1975;(1163):1398.

¹²⁷ Du Bois R. Table ronde sur « La Némésis Médicale » d'Ivan Illich avec 4 médecins genevois. Med et Hyg. 1975;(1163):1396.

¹²⁸ Ibid, p 1397

4.4 DERNIÈRES RÉFLEXIONS

Ce quatrième chapitre permet d'établir l'état d'esprit de Rentchnick à l'égard d'Illich, cette idole de « sociologues gauchisants », publié par « des éditeurs opportunistes », à la tête d'une véritable « mafia » à l' « attitude réactionnaire contre le progrès scientifique ».¹²⁹ Ce n'est donc pas à regret qu'il annoncera dans un « Entre les lignes » de mai 1976, un an et demi après la première mention d'Ivan Illich dans cette même chronique que ce dernier « semble abandonner ses plans visionnaires et hystéroïdes ».¹³⁰

« Agressif et destructeur, Illich n'aura fait que critiquer, étant incapable de prendre le temps nécessaire d'élaborer un système idéal de médecine, car il est évidemment plus facile de critiquer que de construire. »

« Après avoir joué les éléphants dans le magasin de porcelaine, Illich s'en va, préparant probablement de nouvelles pirouettes qui amuseront les uns, scandaliseront les autres, tandis que les vrais problèmes trouveront leur solution pratique en dehors des spéculations « illichiennes ». »¹³¹

Mais surtout, ce quatrième chapitre permet de réellement structurer mon travail. En premier lieu, si l'on a rapidement esquissé ce qu'Illich reproche au système de santé de l'époque, il est important de définir comment Rentchnick se situe par rapport à ce concept de « crise de la médecine ».

Ensuite, on constate qu'Illich comme Rentchnick font référence au médecin aux pieds nus chinois, et si le premier le considère comme un modèle à suivre, l'ambivalence du second à son égard sera intéressante à aborder dans un deuxième temps.

Finalement, nous présenterons d'une part les publications qui semblent aux yeux de Rentchnick plus sérieuses que celles d'Illich, et de l'autre les solutions à cette crise de la médecine, abordées cette fois au travers des articles de *Médecine et Hygiène* publiés dans la période d'intérêt.

¹²⁹ Rentchnick P. Entre les lignes: les dessous de l'antimédecine. Med et Hyg. 1975;(1161):1312.

¹³⁰ Rentchnick P. Entre les lignes: Illich, c'est fini? Med et Hyg. 1976;(1194):776.

¹³¹ Ibid

5 LE POINT DE VUE DE *MÉDECINE ET HYGIÈNE* SUR LA CRISE DE LA MÉDECINE

5.1 CRISE DE LA MÉDECINE, UNE DÉFINITION ?

« En repoussant toute cette antimédecine, il n'est pas question de nier la légitimité de certaines des critiques faites à la médecine. »¹³²

Cette affirmation de Rentchnick pose le contexte ; certes, il a son point de vue sur l'antimédecine et sur Illich en particulier, mais il ne nie pas l'existence de problèmes dans le système médical de l'époque. C'est dans l'éditorial qui ouvre l'année 1976 que le rédacteur en chef expose son point de vue sur ce qui a entraîné le développement des problèmes qu'il juge actuels et par extension de ce mouvement antimédical. C'est donc son point de vue au travers de cet article que nous exposerons dans ce premier sous-chapitre.¹³³

Comme nous l'avons déjà annoncé en posant le contexte historique de cette période de *Médecine et Hygiène*, c'est la découverte d'un « extraordinaire médicament extrait de moisissures, la pénicilline », qui lança en 1943 une « explosion » de nouveaux médicaments, à commencer par les spectaculaires antibiotiques, puis la cortisone, en 1950. C'est environ trois ans après cette dernière découverte que l'on commença à voir apparaître le « revers de la médaille » : c'est le nouveau chapitre des effets secondaires, qui atteindra son point culminant dans les années soixante avec le drame de la thalidomide.

C'est donc tout naturellement que le « public marque sa déception » dès le début des années septante ; les attentes qu'il avait placées dans cette nouvelle thérapeutique étaient en effet très grandes :

*« le médecin, transformé en Saint Georges, allait tuer le dragon de la mort ou du moins [...] prolonger la jeunesse et reculer l'apparition de la vieillesse ».*¹³⁴

Ces effets secondaires sont donc presque une trahison pour le public. C'est donc de là qu'émergent ces contestations qui aboutiront notamment à l'antimédecine, remettant en cause les médicaments, et donc par extension :

*« l'industrie pharmaceutique « faisant d'immenses profits sur le dos des malades », les pharmaciens « simples trafiquants de médicaments », les médecins qui « remplaçaient le dialogue par la prescription d'une pilule » ».*¹³⁵

Le public sort donc de cette naïveté presque infantile, et rejette cette médecine paternaliste qui semble arriver à ses limites. Il veut être une part intégrante de la décision médicale, « au moins être le plus largement informé ». Il a aussi envie de croire en cette nouvelle médecine, en ces guérisseurs qui « vendent du vent et des mirages ».

A ce stade, Rentchnick affirme donc qu'on ne peut pas nier l'apport positif du développement de l'industrie pharmaceutique, à savoir tous ces traitements qui ont permis de venir à bout de

¹³² Rentchnick P. Journal de la médecine 1975 - l'antimédecine. Med et Hyg. 1976;(1176):21.

¹³³ Rentchnick P. Editorial. Med et Hyg. 1976;(1176):1-2.

¹³⁴ Ibid, p. 2

¹³⁵ Rentchnick P. Editorial. Med et Hyg. 1976;(1176):2.

plusieurs maladies ravageuses, mais qu'« il n'est pas impossible » que ce développement soit à l'origine « des dépassements et de la surconsommation ».

Pour lui, cette remise en question est positive, parce qu'elle « oblige la médecine à reconsidérer ses positions face au malade, face à la société, face à l'industrie pharmaceutique ». Il est cependant très important que la médecine conserve sa position libérale et ne se laisse pas aller à « des formules socialisantes ou étatisantes qui ne donnent jamais satisfaction à personne », et qui semblent la menacer, si la solution n'est pas trouvée dans un avenir relativement proche.

Pour conclure cette première partie, on peut d'abord affirmer que Rentchnick ne rejette pas la remise en question du système de santé, et que pour lui Illich pourrait être « en même temps le reflet et le moteur » d'une « période de transition, de conflit, de divergence ».¹³⁶ Au final, on constate dans son point de vue sur l'émergence de cette crise de la médecine deux concepts intéressants : celui des effets secondaires, moteur principal de son émergence, et celui de l'étatisation de la médecine, une solution qui semble s'imposer au niveau sociétal mais qu'il condamne. Nous allons donc discuter de ces deux thématiques plus en détail dans les prochains chapitres.

5.1.1 LE SCANDALE DE LA THALIDOMIDE

Entre les années 1960 et 1976, on constate une littérature très abondante concernant la problématique des médicaments : 85 articles abordent le problème général de la iatrogénie, de la tératogénèse, de la toxicité ou des effets secondaires ; 20 articles sont consacrés au thème des abus médicamenteux ou de la surconsommation ; 20 articles concernent la non-efficacité de certains médicaments.

En plus de ces articles, on relève encore 40 articles sur le sujet particulier de la thalidomide (dont la moitié en 1962), « drame impressionnant des bébés-phocomèles » qui deviendra un emblème de ces effets secondaires.¹³⁷

C'est en 1962 qu'apparaît pour la première fois dans *Médecine et Hygiène* un article concernant la thalidomide¹³⁸. On apprendra plus tard que c'est lors de la réunion de la Société allemande de pédiatrie d'octobre 1960 que les premiers cas ont été rapportés¹³⁹. Ce premier article se fonde principalement sur la publication en 1962 de Osker Hepp (1910 – 1967), directeur de la clinique et de la policlinique orthopédique universitaire de Münster en Westphalie¹⁴⁰.

Celui-ci décrira une augmentation impressionnante du nombre de malformations congénitales aplasiques des membres durant les trois dernières années en République fédérale allemande ; plus particulièrement, la phocomélie, une absence ou réduction du segment proximal des membres, concerne dix patients entre 1948 et 1959, puis 27 en 1960,

¹³⁶ Rentchnick P. Antimédecine: A propos du Congrès de Davos sur les limites de la médecine et de la Conférence d'Ivan Illich à l'OMS. Editorial : l'antimédecine avec ou sans Ivan Illich. *Med et Hyg.* 1975;(1144):610.

¹³⁷ Rentchnick P. Editorial. *Med et Hyg.* 1976;(1176):2.

¹³⁸ K f. Importants problèmes posés par les intoxications au softenon en Allemagne. *Med et Hyg.* 1962;(550):431.

¹³⁹ Rentchnick P. Premier rapport du professeur Lenz sur les embryopathies provoquées par le Softenon en Allemagne. *Med et Hyg.* 1962;(555):560.

¹⁴⁰ K f. Importants problèmes posés par les intoxications au softenon en Allemagne. *Med et Hyg.* 1962;(550):431.

et 65 en 1961.¹⁴¹ On arrivera à près de 10'000 enfants concernés en Allemagne fédérale fin juillet 1962.¹⁴²

Au niveau international, on constate également une augmentation du même genre de malformations à Liverpool, avec une vague qui monte tout de même deux fois moins haut qu'en Allemagne ; il semblerait que ces chiffres puissent s'étendre à l'ensemble de l'Angleterre.¹⁴³

Il s'agit d'une malformation assez typique, évoquant l'effet d'une substance particulière, qui aurait durant les premiers mois de la grossesse un effet embryotoxique.¹⁴⁴

« Il y a eu donc incontestablement une prédilection pour un type de malformation, la phocomélie ; il fallait donc bien admettre un facteur intervenant toujours au même moment de l'horaire des formations des membres supérieurs et inférieurs. »¹⁴⁵

La verticalisation de cette courbe des malformations congénitales doit faire parler, selon les mots de Hepp, « d'une situation catastrophique », qui nécessite « des mesures d'urgence, comme on le fait pour un désastre national ». Ces mesures d'urgences sont premièrement d'éviter dans la période périconceptionnelle ainsi que durant les premiers mois de grossesses les expositions à tout élément pouvant potentiellement avoir un effet embryotoxique, comme les médicaments, les produits de lavage ou les examens radiologiques.¹⁴⁶

Ensuite, il s'agit d'entreprendre des mesures afin de former les parents et les enseignants à prendre en charge ces enfants à l'intelligence souvent normale, afin qu'ils puissent être intégrés dans la société.¹⁴⁷

Finalement et surtout, il s'agit d'identifier la substance incriminée :

« [...] la nécessité d'une collaboration étroite entre médecins, autorités, laboratoires de l'industrie pharmaceutique en vue de déceler le plus rapidement possible la substance qui est en cause. »¹⁴⁸

Widukind Lenz (1919 – 1995), professeur et directeur de l'Institut de Génétique humaine de l'université de Hambourg, proposera en novembre 1961 une explication, qui est celle de la responsabilité d'un médicament contenant de la thalidomide, utilisé alors comme somnifère léger chez la femme enceinte, commercialisé par une firme allemande, exporté notamment en Grande-Bretagne. Les cas qui seront annoncés par la suite, notamment en Australie, au Brésil et en Suède, pourront pour la plupart être mis en relation avec une absorption de

¹⁴¹ Ibid

¹⁴² K f. Malformations à la thalidomide: une étude tératologique. Med et Hyg. 1962;(563):730.

¹⁴³ K f. Enquête internationale: responsabilité du Softenon confirmée. Med et Hyg. 1962;(551):462.

¹⁴⁴ K f. Importants problèmes posés par les intoxications au softenon en Allemagne. Med et Hyg. 1962;(550):431.

¹⁴⁵ Rentchnick P. Premier rapport du professeur Lenz sur les embryopathies provoquées par le Softenon en Allemagne. Med et Hyg. 1962;(555):560.

¹⁴⁶ K f. Importants problèmes posés par les intoxications au softenon en Allemagne. Med et Hyg. 1962;(550):431.

¹⁴⁷ K f. Importants problèmes posés par les intoxications au softenon en Allemagne. Med et Hyg. 1962;(550):431.

¹⁴⁸ Ibid

médicament à base de thalidomide durant les premières six à huit semaines de la grossesse par la mère.¹⁴⁹

Le médicament sera donc retiré du commerce en Allemagne sept jours après l'hypothèse de Lenz, qui publiera avec K. Knapp un rapport de synthèse en juin 1962. Ils décrivent les différents types de malformations, qui ne sont pas uniquement des membres mais aussi des organes internes comme le cœur, les reins, les poumons et le tube digestif, et ils définissent le moment critique de la grossesse qui se situerait du 37^e au 50^e jours à partir du premier jour des dernières règles.¹⁵⁰

Pour Lenz, à partir du moment où il a tiré la sonnette d'alarme, « l'information des médecins et du public [...] a été conduite en partie insuffisamment, en partie sans données objectives ». De plus, il admet n'avoir reçu aucun soutien officiel pour ses travaux de recherche dans le domaine des embryopathies.¹⁵¹

Les recherches sur l'effet tératogène de la thalidomide se poursuivent donc, comme l'attestent les 13 articles (surtout dans les années 1962 et 1963) dans la rubrique « La médecine en marche », qui a pour but de tenir informé le médecin praticien des dernières actualités scientifiques. On y constate la volonté de *Médecine et Hygiène* de tenir le lecteur informé des dernières évolutions de ce sujet d'actualité.

On remarque dans un premier article que chez le rat, « animal généralement utilisé comme test pour la détection de l'activité tératogène », aucune malformation n'est observée. Chez certains lapins par contre, la substance semble s'avérer tératogène, suggérant « la nécessité de rechercher l'action tératogène possible des substances médicamenteuses au besoin sur plusieurs espèces. »¹⁵² Ce sera notamment le cas du poulet, dont l'embryon semble être lésé par la thalidomide.¹⁵³ Des recherches s'effectuent sur les spermatozoïdes¹⁵⁴, puis on démontre l'effet tératogène de la substance sur la culture de lymphocytes.¹⁵⁵

Les résultats peu spectaculaires que l'on obtient après de multiples expérimentations animales mènent à la conclusion suivante :

« Il faut donc dire que l'action tératogène de la thalidomide pour l'embryon humain ne pouvait être prévue dans l'état actuel de la recherche sur les malformations. Le mode d'action inattendu de cette substance nous amène à une frontière derrière laquelle nous tombons dans une effrayante incertitude [...]. Si la marée des nouveaux produits de synthèse ne cesse de monter [...], il faut s'attendre à de nouvelles catastrophes du genre de celle de la thalidomide. »¹⁵⁶

¹⁴⁹ K. f. Enquête internationale: responsabilité du Softenon confirmée. *Med et Hyg.* 1962;(551):462.

¹⁵⁰ Rentchnick P. Premier rapport du professeur Lenz sur les embryopathies provoquées par le Softenon en Allemagne. *Med et Hyg.* 1962;(555):560.

¹⁵¹ Lenz W. Thalidomide: interview du Dr W. Lenz. *Med et Hyg.* 1965;(684):408.

¹⁵² Rentchnick P. La médecine en marche : Softenon (Thalidomide): action tératogène chez l'animal. *Med et Hyg.* 1962;(551):466.

¹⁵³ Rentchnick P. La médecine en marche: la thalidomide lèse aussi l'embryon de poulet. *Med et Hyg.* 1962;(556):596.

¹⁵⁴ Rentchnick P. La médecine en marche: les effets de la thalidomide sur l'homme. *Med et Hyg.* 1962;(565):782.

¹⁵⁵ Rentchnick P. La médecine en marche: thalidomide: effets tératogènes sur cultures de lymphocytes. *Med et Hyg.* 1963;(579):64.

¹⁵⁶ K. f. Malformations à la thalidomide: une étude tératologique. *Med et Hyg.* 1962;(563):730.

Ainsi, dans ce climat d'incertitude et suite à cet épisode dramatique de l'histoire de la médecine, on peut comprendre une certaine inquiétude au niveau de la communauté, avec une perte de confiance en la médecine qui avoue elle-même ses limites, et également au niveau des autorités compétentes. On constate suite à cela, au niveau législatif, des lois durcissant le contrôle des médicaments dans plusieurs pays, notamment aux Etats-Unis¹⁵⁷, en Grande-Bretagne ou encore en France¹⁵⁸.

On peut également mettre en évidence une réaction au niveau de l'industrie pharmaceutique, notamment avec la fondation début 1963 d'une « société scientifique qui s'occupera avant tout de l'étude de la toxicité des médicaments », constituée de responsables de l'industrie pharmaceutique européenne, des représentants des laboratoires universitaires et des services officiels de contrôle.

« Cette première réunion de Paris a permis de constater que les dirigeants responsables de l'industrie pharmaceutique européenne sont très conscients des conséquences de l'affaire de la thalidomide et qu'ils veulent grouper leurs efforts en vue d'éviter une nouvelle catastrophe de ce genre. »¹⁵⁹

Dans un article du *Monde* retranscrit dans *Médecine et Hygiène*, on apprend que Carl-Hermann Schulte-Hillen (1929 – 2017), avocat et père d'un enfant phocomèle, regroupe les parents allemands des victimes dans une association afin de questionner en justice la responsabilité de la firme « Grünenthal », qui a mis le médicament sur le marché, et qui continue d'affirmer en 1963 que « s'ils ont accepté finalement de retirer le produit de la vente [...], c'est « librement » et « par mesure de précaution ». »¹⁶⁰ Lors du compte rendu qu'ils publient dans *Médecine et Hygiène* en 1962, ils affirment qu'il est possible que « la thalidomide constitue un facteur déclenchant partiel seulement ». ¹⁶¹

« Le nombre important de femmes, chez lesquelles une anamnèse approfondie n'a pu relever le moindre contact avec la thalidomide, permet de conclure à lui seul pourtant que la thalidomide ne peut être la cause uniquement pas plus que la cause déterminante. »¹⁶²

Le quotidien *Le Monde* divulgue en 1967 les nouveaux chefs d'accusation contre « tout l'état-major de la firme », ajoutés par le procureur en charge de l'affaire.

« jusqu'ici on admettait que la firme s'était surtout rendue coupable d'aveuglement, peut-être intéressé, en laissant trop longtemps le produit en circulation et en essayant ensuite d'étouffer le scandale au lieu d'assumer ses responsabilités. [...] A la négligence, plus ou moins encouragée par la cupidité, il (le procureur) ajoute l'intention [...] (et) reproche en effet d'être volontairement passés par-dessus les premiers cas d'affection qui se seraient déjà produits pendant les vérifications cliniques. »¹⁶³

¹⁵⁷ Rentchnick P. Informations étrangères: A la suite du drame de la thalidomide, la nouvelle loi américaine exige un contrôle sévère des médicaments. *Med et Hyg.* 1962;(568):852.

¹⁵⁸ V J, Hässig A. Toxicité des médicaments: contrôle. *Med et Hyg.* 1963;(593):400-403.

¹⁵⁹ Rentchnick P. La médecine en marche: éviter un nouveau drame de la thalidomide. *Med et Hyg.* 1963;(578):44.

¹⁶⁰ Correspondant du « Monde ». Thalidomide: où en est l'enquête menée par la justice allemande? *Med et Hyg.* 1963;(582):139.

¹⁶¹ Mückter, Sievers. Softenon: point de vue de la fabrique Grünenthal. *Med et Hyg.* 1962;(556):585.

¹⁶² Ibid

¹⁶³ Correspondant du « Monde ». Vers le procès de la thalidomide? *Med et Hyg.* 1967;(773):353.

C'est finalement en mai 1968 que débute le procès à Alsdorf, en Rhénanie-du-Nord-Westphalie. Selon G. Arnold, on possède enfin une preuve de la tératogénicité de la thalidomide, qui a été établie au travers d'une expérience de CS Delahunt et LJ Lassen sur des singes rhésus, qui ont mis au monde des petits avec des malformations identiques à celles des bébés humains.¹⁶⁴

C'est aussi l'avis de Rentchnick, qui nous informe en 1970 de l'achèvement de ce procès, après « deux ans et demi de débats », sur un compromis financier de cent millions de marks pour les enfants malformés.

*« Ainsi se termine cette lamentable affaire dans laquelle les juges n'ont pas eu le courage d'admettre la démonstration scientifique que constituent les phocomèles de la thalidomide. »*¹⁶⁵

Selon lui, ce n'est pas ce procès qui a marqué les esprits mais plutôt celui qui a jugé et acquitté en 1962 un médecin liégeois ; ce dernier aida la mère d'un bébé phocomèle à supprimer la vie de l'enfant. C'est lors de ce procès que « l'opinion publique a été sensibilisée » : il restera donc « le procès de la thalidomide ».¹⁶⁶

Plusieurs articles ont été consacrés à cette affaire liégeoise dans *Médecine et Hygiène*, la plupart rédigés par Philippe Wéry, un médecin belge correspondant sur place, qui affirme qu'à l'époque ce fut « pour le public le procès du Softenon (thalidomide) ».

*« Ce procès fut-il vraiment le procès du siècle ? L'avenir seul le dira. Le moins que l'on puisse dire, c'est qu'il fut à tous égards typique de notre époque, de ses progrès extraordinaires, de ses lacunes, de ses contradictions. »*¹⁶⁷

Une fois de plus, c'est Rentchnick qui conclut. Cette affaire de la thalidomide a donc ému public comme professionnels de la santé à travers le monde, et, plus que tous les autres effets secondaires médicamenteux qui furent également mis en évidence à cette époque, a sérieusement ébranlé cette confiance en la thérapeutique.

*« L'émotion soulevée dans le monde entier par l'annonce des terribles malformations congénitales provoquées par l'administration du Softenon ou Contergan (thalidomide) à des femmes enceintes a suscité de nombreux commentaires dans la presse médicale et la presse générale. Ils ont rappelé la puissance de la chimiothérapie dans son action bénéfique comme dans son action maléfique. »*¹⁶⁸

Cette méfiance nouvelle devra entraîner une prudence accrue, et une remise en question du fonctionnement de l'industrie pharmaceutique, et donc par extension de la recherche médicale et du système de santé.

« il semble que le moment est venu pour les représentants de l'industrie pharmaceutique et du corps médical de discuter en commun certains aspects de la thérapeutique moderne. Si nous devons faire confiance aux dirigeants de l'industrie, nous devons aussi leur rappeler que certaines nouveautés ne

¹⁶⁴ Arnold G. A propos du procès de la thalidomide. *Med et Hyg.* 1968;(844):1250.

¹⁶⁵ Rentchnick P. Fin du procès de la thalidomide en Allemagne. *Med et Hyg.* 1970;(944):1986.

¹⁶⁶ Ibid

¹⁶⁷ Wery P. Acquittement général au procès de Liège. *Med et Hyg.* 1962;(572):941.

¹⁶⁸ Rentchnick P. L'affaire du softenon: ses conséquences. *Med et Hyg.* 1962;(550):421-2.

correspondent pas à un progrès réel, chargent inutilement la mémoire des praticiens et peuvent être à l'origine de nouveaux effets secondaires. »¹⁶⁹

5.1.2 ÉTATISATION DE LA MÉDECINE

Ce sont particulièrement les années soixante qui seront, pour *Médecine et Hygiène*, emblématique d'une lutte contre l'étatisation de la médecine, c'est-à-dire contre l'immiscion de l'État (ou d'une autre instance tierce, les assurances-maladie) dans la relation médecin-malade. Cette thématique, la plus riche de ce travail (195 articles au total), sera abordée sous plusieurs angles. Premièrement, la grève des médecins belges illustre la révolte contre l'étatisation de la médecine à l'international. Ensuite, la démission des médecins anglais est un exemple d'échec de cette étatisation, de cette médecine gratuite que l'on fait miroiter. Finalement, on parlera de la révision de la loi fédérale sur l'assurance maladie et accidents en Suisse, ressentie comme une tentative d'étatisation.

L'exemple emblématique de la médecine belge

S'il y a un pays qui pour *Médecine et Hygiène* est l'emblème de la lutte contre l'étatisation de la médecine, c'est bien la Belgique. 32 articles sont en effet consacrés au sujet, dont la moitié en 1964. Afin d'avoir un aperçu de cette thématique, nous nous fonderons sur le premier article de cette année 1964, rédigé par Wéry, le médecin belge qui s'est également occupé de l'affaire liégeoise de la thalidomide¹⁷⁰.

C'est en effet le 1^{er} janvier 1964 qu'entre en vigueur la loi Leburton, qui « par le truchement de la législation en matière d'assurance maladie invalidité, [...] modifie de fond en comble l'exercice de la médecine tel qu'il a toujours été pratiqué ». L'objectif de cette loi ici retenu par les médecins belges est l'association du médecin à la gestion de cette assurance. Pour Wéry, le médecin a maintenant un nouveau rôle, celui de traiter en dépensant le moins possible.

« L'article 35 de la loi ne laisse pourtant subsister aucun doute sur le rôle primordial du médecin. Il devra soigner les malades dans les conditions les plus économiques, c'est-à-dire que le traitement institué de n'importe quelle maladie devra coûter le moins cher possible à l'AMI. »¹⁷¹

On instaure ainsi deux catégories de médecin : celui qui se soumettra aux exigences des organismes assureurs, au « pouvoir politico-syndicaliste qui opprime la Belgique », et qui verra ses prestations remboursées ; l'autre médecin, « le non-conventionné », qui voudra soigner ses malades selon sa science et sa conscience, bénéficiera d'un remboursement moindre.¹⁷²

Les médecins belges revendiquent le droit de pratiquer leur profession, l'« art de guérir », et de laisser la gestion de l'assurance aux assureurs. Ce qui pousse à choisir une carrière médicale, ce sont « la passion de connaître, l'enthousiasme et le dévouement », et non pas les « problèmes matériels », qui doivent rester secondaires.

¹⁶⁹ Rentchnick P. L'affaire du softenon: ses conséquences. *Med et Hyg.* 1962;(550):421-2.

¹⁷⁰ Wéry P. Fidèles au serment d'Hippocrate, les médecins belges tiennent le gouvernement en échec. *Med et Hyg.* 1964;(627):112-4.

¹⁷¹ Ibid p. 112

¹⁷² Ibid, p. 113

« Les médecins ne sont pas des assureurs et nous ne voyons pas quel avantage pourrait tirer l'AMI de l'incompétence des médecins dans le domaine des assurances. »¹⁷³

Les médecins, rassemblés pour la première fois au niveau national en syndicat, refusent de signer ces conventions, sachant que cette « clé de contact de la loi » qu'est leur signature est leur « arme décisive ». Ils sont prêts à « déclarer la guerre » au gouvernement, qui lui n'a pas hésité à prendre le patient en otage, ne lui remboursant pas les prestations médicales afin de faire moralement pression sur les médecins.¹⁷⁴

Dans un autre article de Wéry, on apprend que cette guerre a bien été déclarée. Après plusieurs mois de lutte, un accord du 25 juin 1964 entre le gouvernement et les médecins permettra à ces derniers d'obtenir satisfaction, au travers d'une suspension des articles litigieux, après une « grève acharnée de dix-huit jours (qui) aura été l'élément moteur décisif ».¹⁷⁵

Pour Wéry, cet exemple belge est celui de la lutte contre l'étatisation de la médecine qui existe à l'internationale.

« Tous les médecins d'Europe et du monde ont désormais les yeux fixés sur leurs confrères belges. Ce n'est pas seulement une épreuve de force nationale qui est engagée, mais un test de la lutte que mène dans tous les pays les médecins de toutes opinions philosophiques contre le totalitarisme d'État le plus abject et le plus arbitraire. »¹⁷⁶

Rentchnick, dans l'éditorial du premier article de Wéry, décrit le soutien de la Fédération des médecins suisses par l'envoi d'un « télégramme d'encouragement et de félicitation » aux confrères belges. Lui-même prend la parole pour *Médecine et Hygiène* :

« Nous souhaitons à nos confrères belges de réussir dans la défense des principes d'une médecine libérale et nous leur savons gré de nous démontrer comment il faut résister à l'État tentaculaire. »¹⁷⁷

Pour le rédacteur en chef, l'intérêt à propos de cette problématique est d'autant plus grand que le même danger semble se profiler en Suisse, où « la révision partielle de la LAMA nous a montré que les médecins suisses aussi seront tôt ou tard en butte à de nouvelles attaques concertées des caisses maladie et de l'Office fédéral des assurances sociales ».¹⁷⁸

Démission des médecins anglais : une médecine étatisée dysfonctionnelle

Si cette démission des généralistes anglais semble moins tonitruante que la grève des médecins belges (24 articles sont consacrés à la révolte des britanniques), l'illustration en

¹⁷³ Wéry P. Fidèles au serment d'Hippocrate, les médecins belges tiennent le gouvernement en échec. *Med et Hyg.* 1964;(627):114.

¹⁷⁴ Ibid, p. 114

¹⁷⁵ Wéry P. Belgique: une victoire historique de la profession médicale. *Med et Hyg.* 1964;(648):621-2.

¹⁷⁶ Wéry P. Fidèles au serment d'Hippocrate, les médecins belges tiennent le gouvernement en échec. *Med et Hyg.* 1964;(627):114.

¹⁷⁷ Rentchnick P. Editorial : fidèles au serment d'Hippocrate, les médecins belges tiennent le gouvernement en échec. *Med et Hyg.* 1964;(627):112.

¹⁷⁸ Rentchnick P. Editorial : fidèles au serment d'Hippocrate, les médecins belges tiennent le gouvernement en échec. *Med et Hyg.* 1964;(627):112.

est intéressante car elle est celle d'un système de médecine étatisée qui dysfonctionne. Dans le contexte de ces attaques que semblent être les révisions de la LAMA évoquées dans le sous-chapitre suivant, il est donc intéressant de mettre en évidence l'échec de ce genre de modèle dans un autre pays d'Europe.

On remarque des ébauches de réaction des médecins généralistes au Service national de santé NHS en 1963, avec des articles aux titres évocateurs, comme par exemple « Les médecins de famille prennent les armes en Angleterre »¹⁷⁹, ou « Les omnipraticiens anglais se plaignent : ils sont surchargés et se sentent isolés »¹⁸⁰, ou encore en 1964, « La médecine en Grande-Bretagne : révolution chez les omnipraticiens »¹⁸¹.

C'est un article du *Monde* de 1965 qui évoque une volonté de « démission » du NHS, mot d'ordre lancé par la « British Medical Association ». L'article, avant de poursuivre, esquisse rapidement le Système national de santé à ses lecteurs :

*« On peut dire que le système de la médecine sociale en Grande-Bretagne – institué par les lois de 1946, 1947, 1948 – fait du docteur un fonctionnaire rétribué par le gouvernement et assurant un service gratuit à ses patients. Le « salaire » versé au médecin est prélevé sur un fonds dont le montant global est déterminé à l'échelon national »*¹⁸²

Pour les médecins de famille anglais, il est hors de question de suivre l'exemple de la grève belge ; ils prônent un « boycottage général du Service national de santé ». Nombreux sont également les médecins qui décident de tenter leur chance à l'étranger, « où des conditions plus intéressantes leur sont offertes ».¹⁸³

Un article rédigé par J. A. Widmer, correspondant londonien d'un journal suisse d'information, détaille l'ampleur du problème. Du côté des médecins généralistes, les revendications sont principalement un salaire insuffisant et une surcharge de travail (2'000 patients en moyenne par praticien). Parmi ces 2'000 patients, nombreux ceux qui s'octroient une consultation hebdomadaire ; on rejoint ici le « grief essentiel » que Widmer fait à la gratuité des soins, soit l'abus du système par le patient. En effet, les salles d'attente sont surchargées de « bobologie », ce qui « empêche les véritables malades de recevoir assez d'attention nécessitée par leur état » ; les patients exigent évidemment plus de médicaments, et les plus chers, puisque c'est gratuit.¹⁸⁴

C'est également cette gratuité des soins qui permet au patient d'accepter sa situation, et elle est loin d'être idéale. Du matériel et des locaux vétustes, des conditions d'asepsie déplorables, une absence de place en hôpital pour les interventions non-urgentes, des médecins sous pression qui amputent un mauvais membre : chaque jour semble apporter un nouveau scandale dont s'empare les médias.

¹⁷⁹ Hyde A. Les médecins de famille prennent les armes en Angleterre (The Guardian). Med et Hyg. 1963;(617):1008.

¹⁸⁰ Widmer JA. Les omnipraticiens anglais se plaignent: ils sont surchargés et se sentent isolés. Med et Hyg. 1963;(617):1010.

¹⁸¹ Burdon J-F. La médecine en Grande-Bretagne : révolution chez les omnipraticiens. Med et Hyg. 1964;(652):696-7.

¹⁸² Le Monde. Echos et nouvelles: la révolte des médecins britanniques met en cause l'avenir de toute une profession. Med et Hyg. 1965;(676):298.

¹⁸³ Ibid

¹⁸⁴ Widmer JA. Faut-il envier la médecine gratuite des anglais? Med et Hyg. 1966;(726):298-9.

Les plus fortunés se tournent vers la médecine privée (100'000 en 1947, 1'250'000 en 1966), et l'écart qui se creuse entre cette dernière et la médecine nationalisée est flagrant.¹⁸⁵

C'est donc un tableau peu avantageux que nous dépeint le journaliste, avec des médecins généralistes qui sont au bout de leurs forces, des infrastructures publiques en mauvais état, faute d'argent, et des patients qui souhaitent profiter au maximum de la gratuité des soins.

« L'essentiel est le résultat. Que les partisans de la médecine « gratuite » des Anglais viennent voir sur place. »¹⁸⁶

Rentchnick, dans un « Entre les lignes » de 1971, explique qu'il était d'usage, en Suisse, de faire référence au NHS pour « démontrer que les médecins suisses étaient retardataires et conservateurs » ; cependant, au début de cette année 1971, c'est le ministre de la Santé anglais lui-même qui s'inquiète « de la mauvaise marche du Service national de santé, de son coût beaucoup trop élevé ». Pour le rédacteur en chef, cet exemple anglais aux résultats catastrophiques dessert les défenseurs d'une étatisation de la médecine en Suisse.

« Les promoteurs d'un service national de santé en Suisse viennent de perdre leur meilleure plate-forme politique et sociale. »¹⁸⁷

Révision de la LAMA : un coup porté au médecin libéral

Selon Rentchnick, cette révolte des médecins belges a créé une réelle syndicalisation de la profession. Les médecins s'unissent en effet contre ce slogan de « la médecine gratuite pour tous », car ils comprennent bien en voyant l'exemple de l'Angleterre, notamment, que ce concept est un leurre.

« Ainsi, le flux de nationalisation et de socialisation de la médecine consécutif à la Deuxième Guerre mondiale est suivi d'un certain reflux de libéralisation et de réflexion »¹⁸⁸

Rentchnick ne nie pas que cette médecine individuelle pratiquée dans la majeure partie de l'occident, et notamment en Suisse, est devenue trop coûteuse pour une partie de la population. La priorité est cependant de dispenser une médecine de qualité, et on a démontré ci-dessus que ce n'était pas le cas de la « médecine gratuite » anglaise ; la diminution des coûts par une meilleure organisation suivra dans un deuxième temps. Et l'État n'est pas le seul habilité à réorganiser les soins, contrairement à ce qu'affirment « les partisans d'une conception socialiste de la société ».

« Nous devons nous préparer à une coexistence progressive au sein de notre pays d'une médecine libérale et de services sociaux publics si l'on veut garantir une médecine de qualité, non pas gratuite, mais efficace. »¹⁸⁹

¹⁸⁵ Widmer JA. Faut-il envier la médecine gratuite des anglais? Med et Hyg. 1966;(726):298-9.

¹⁸⁶ Ibid

¹⁸⁷ Rentchnick P. Entre les lignes: le service national de santé est inefficace. Med et Hyg. 1971;(954):416.

¹⁸⁸ Rentchnick P. Echos et Nouvelles: la grève des médecins belges correspond à un temps d'arrêt et de réflexion devant la socialisation de la médecine. Med et Hyg. 1965;(676):198.

¹⁸⁹ Rentchnick P. Echos et Nouvelles: la grève des médecins belges correspond à un temps d'arrêt et de réflexion devant la socialisation de la médecine. Med et Hyg. 1965;(676):198.

La Suisse n'échappe pas à ces considérations. Les articles de *Médecine et Hygiène* concernant les assurances maladies forment la catégorie la plus fournie, avec 125 articles, dont 100 consacrés spécialement à l'assurance suisse.

Après plusieurs essais de révision de la loi fédérale sur l'assurance maladie et accidents LAMA, dont la première version de 1911 reste inchangée, on ébauche en 1961 une nouvelle proposition. Suite au dernier échec de 1954, où l'assurance obligatoire au niveau fédéral et le rapport entre le corps médical et les assureurs ont été les deux points litigieux, le Conseil fédéral souhaite cette fois réformer cette loi sans aborder ces problématiques. En effet, avec l'augmentation des nouvelles techniques, certains assurés se retrouvent dans des conditions précaires, et cette révision est devenue socialement nécessaire. Le but principal de cette révision serait donc une extension des prestations.¹⁹⁰

Cependant, la commission du Conseil des États chargée d'étudier le projet a estimé nécessaire de faire une nouvelle tentative en vue de régler les rapports entre les médecins et les caisses maladie, élaborant notamment les articles 22, 23 et 40 LAMA¹⁹¹. L'article 22, en substance, « fixe les conditions de travail pour les médecins si les caisses maladie et les médecins ne signent pas une convention », mettant « le médecin à la merci de l'Etat »¹⁹². Le 23 soumet le médecin à l'autorité des caisses, qui « seront ainsi autorisées à refuser le paiement des prestations qui ne sont « pas justifiées, ni économiques » ». L'article 40 prévoit, en cas de contravention à cette loi, une peine de prison jusqu'à 6 mois ou pécuniaire jusqu'à 10'000 francs.¹⁹³

Cette révision de la LAMA, et en particulier ces articles concernant le « droit médical », véritable « code de coercition des médecins »¹⁹⁴, suscitera une réaction très virulente de *Médecine et Hygiène*, notamment au travers de plusieurs éditoriaux de 1962 et 1963 étalant « DANGER » en grosses lettres à la une, incitant les médecins à se soulever.

*« Il faut que les médecins sortent de leur tour d'ivoire pour engager la lutte sur le plan politique. »*¹⁹⁵

On constate également, au travers de publication dans la rubrique « Echos et Nouvelles », le soutien à cette protestation de plusieurs autres organismes, notamment l'Académie suisse des sciences médicales¹⁹⁶, plusieurs médecins à titre individuel¹⁹⁷ ou encore les étudiants en médecine lausannois. Ces derniers ont collectivement envoyé une lettre « aux députés au Conseil des États » pour dénoncer un article 22 qui « modifie profondément le sens de l'activité professionnelle » choisie « dans un idéal de service du prochain ». Cet article imposerait selon eux « d'autres impératifs que le seul bien du malade », ce qui les amènerait « à remettre en question le choix de cette profession ». ¹⁹⁸

¹⁹⁰ Rochat P. Révision de la loi fédérale sur l'assurance maladie (I). *Med et Hyg.* 1961;(524):885.

¹⁹¹ Rentchnick P. Editorial: danger moindre: revirement de Tschudi. *Med et Hyg.* 1962;(540):199.

¹⁹² Rentchnick P. Editorial: danger: le conseil des états pour ou contre? *Med et Hyg.* 1962;(539):171.

¹⁹³ Groupement intercantonal pour la lutte contre le nouveau projet de « droit médical ». M. Tschudi avec les caisses contre les médecins et les malades. *Med et Hyg.* 1962;(571):922.

¹⁹⁴ Groupement intercantonal pour la lutte contre le nouveau projet de « droit médical ». M. Tschudi avec les caisses contre les médecins et les malades. *Med et Hyg.* 1962;(571):922.

¹⁹⁵ Ibid

¹⁹⁶ Löffler W, Nicod JL, Gigon A. Echos et Nouvelles: Révision de la LAMA: l'Académie suisse des sciences médicales prend nettement position. *Med et Hyg.* 1962;(541):242.

¹⁹⁷ Rentchnick P. Réaction à notre éditorial « Danger: Médecine étatisée en Suisse ». *Med et Hyg.* 1962;(539):197.

¹⁹⁸ Etudiants en médecine. Echos et Nouvelles: Protestation des étudiants en médecine de Lausanne. *Med et Hyg.* 1962;(541):242.

La Fédération des médecins suisses, au travers de F. König, son président, défendra une position plus modérée, trouvant qu'il est exagéré de dissocier les débats à propos du « Droit médical », préconisant de « poursuivre les efforts entrepris en vue d'une entente, sur la base du projet actuel et moyennant les réserves faites à son égard », notamment au sujet du punitif article 40.¹⁹⁹ Pour *Médecine et Hygiène*, le Comité central de la FMH ne représente donc pas l'avis de la majorité des médecins et s'avère décevant.

« Nous avons la conviction, pour notre part, que ce nouveau projet de révision était surtout caractérisé par des concessions extrêmes du Comité central, concessions que la majorité des médecins se refusent à admettre. »²⁰⁰

La plupart de ces articles revendicateurs de *Médecine et Hygiène* s'attaquent directement à Hans Peter Tschudi (1913 – 2002), conseiller fédéral, dont Rentchnick pense avoir percé les vraies motivations à jour : le but ultime de son projet est la nationalisation de la médecine, mais il se rend bien compte qu'au niveau politique et financier, cela n'est pas possible à réaliser d'un bloc. Il veut donc procéder par étapes, et la première est de « régler le compte des médecins, et le plus vite possible ».

« M. Tschudi semble vouer une haine farouche au corps médical suisse. Comment expliquer autrement que par la haine cette violence de ton que manifeste son projet de « Droit médical » [...] ? Ce soi-disant « Droit médical » n'est qu'une énumération d'entraves à la pratique normale de la médecine »²⁰¹

On comprend donc que le véritable « danger » ressenti est celui vis-à-vis de la place du médecin dans le système de santé. Avec l'acceptation d'un tel projet de révision de la LAMA, la profession « gravement discréditée » perd « son sens principal, celui de carrière libérale ». S'ensuit évidemment toutes les conséquences que l'on peut imaginer, notamment une dévalorisation de la profession diminuant fortement l'attrait des études, ou encore un médecin qui ne peut plus juger lui-même quels sont les traitements ou les examens utiles et qui perd donc la confiance de ses patients. Le médecin libéral suisse romand, avec Rentchnick en porte-parole, se sent attaqué de front.

« Le médecin suisse mérite-t-il le rôle d'« ennemi public No 1 » que plusieurs articles du projet de loi de la nouvelle LAMA veulent lui faire jouer ? »²⁰²

Ces articles de « Droit médical » posent donc réellement problème ; *Médecine et Hygiène*, tout comme le « groupement intercantonal pour la lutte contre le nouveau projet de « Droit médical » », sont d'avis qu'il faut abandonner cette problématique, afin de pouvoir réviser la LAMA de manière à augmenter les prestations et obtenir les subsides fédéraux, but premier de la révision.²⁰³ C'est une position que rejoindront plus tard les caisses maladie.²⁰⁴

La discussion est longue. C'est en mars 1962 puis en mars 1963 que le conseil des Etats se prononce ; le Conseil national délibère en septembre 1963. Les articles incriminés sont

¹⁹⁹ König F. Editorial. Med et Hyg. 1962;(573):960.

²⁰⁰ Rentchnick P. LAMA: faisons le point. Med et Hyg. 1963;(584):189.

²⁰¹ Groupement intercantonal pour la lutte contre le nouveau projet de « droit médical ». M. Tschudi avec les caisses contre les médecins et les malades. Med et Hyg. 1962;(571):922.

²⁰² Ibid

²⁰³ Rentchnick P. LAMA: faisons le point. Med et Hyg. 1963;(584):189.

²⁰⁴ Rentchnick P. LAMA: avant la réunion du Conseil national, les caisses-maladie abandonnent brusquement le droit médical. Med et Hyg. 1963;(595):456.

remaniés, pour le 22, et rejeté, pour le 40²⁰⁵, et c'est finalement en mars 1964 que s'achève le débat²⁰⁶. On constate en effet que les années où le sujet particulier de la LAMA est abordé le plus fréquemment sont 1962 et 1963, totalisant 45 articles sur les 100 que l'on retrouve sur toute la période d'intérêt.

Déjà en 1964, les articles se font plus rares, et entre 1965 et 1968, on ne peut lire que quelques articles consacrés au sujet, comme celui en 1966 de Gustave Riotton (1916 – 2002), directeur du Centre de cytologie et de dépistage du cancer des polycliniques universitaires de Genève, qui exprime son mécontentement à l'égard de la « Fédération des médecins suisses »²⁰⁷, l'exposition d'un conflit entre les médecins genevois et leur gouvernement à propos de la fixation d'un nouveau tarif cadre en 1967²⁰⁸, et finalement en 1968 un article se fondant sur un ouvrage de science politique de Gerhard Kocher (1939 –), un politologue suisse, qui illustre son propos avec cette révision de la LAMA²⁰⁹.

Dans ce dernier article, on a un point de vue politique intéressant, qui expose un corps médical s'opposant à la « Fédération des médecins suisses », opposition « d'autant plus efficace que *Médecine et Hygiène* se faisait son porte-parole ».

« La révision de la LAMA en 1964 est, de l'avis unanime des observateurs, l'une des plus longues, des plus difficiles et, à bien des égards, des plus décevantes que l'on ait connues depuis des dizaines d'années. »²¹⁰

C'est finalement en mars 1969 que le Conseil fédéral désigne une commission d'experts pour étudier une nouvelle révision de la LAMA, car celle de 1964, depuis son application « ne donne pas satisfaction à tout le monde pour des motifs divers ». Avec ce dossier, *Médecine et Hygiène* souhaite inciter son lectorat à la prudence et à suivre « attentivement les travaux de cette commission fédérale ».²¹¹

Peter Tschopp (1940 – 2009), secrétaire général du « Centre de recherches sur la sécurité médico-sociale », a déjà résumé l'ouvrage de science politique évoqué juste au-dessus, et répondra à la question « où en est la révision de la LAMA ? » :

« La réponse à cette question est helvétique : nous sommes au seuil d'un compromis. »²¹²

Ce compromis, c'est celui du « modèle Flims », contreprojet de la commission d'experts mandatée par le Conseil fédéral à l'initiative socialiste « visant à l'institution d'une assurance maladie obligatoire ». Rentchnick résumera ce « modèle Flims », présenté officiellement par le conseiller fédéral Tschudi le 18 avril 1972, de la manière suivante :

²⁰⁵ Rentchnick P. LAMA: la situation avant le prochain débat devant le conseil des états. Med et Hyg. 1963;(618):1045.

²⁰⁶ Rentchnick P. LAMA: cédant au chantage de la menace de référendum, le conseil des Etats accorde le droit de pratique pour les caisses-maladie aux chiropraticiens. Med et Hyg. 1964;(633):258.

²⁰⁷ Riotton, G. LAMA: un projet d'ordonnance qui devrait encore être revu! Med et Hyg. 1966;(724):247.

²⁰⁸ Rentchnick P. Admettant un recours des médecins genevois, le conseil fédéral désavoue le Gouvernement genevois. Med et Hyg. 1967;(761):13.

²⁰⁹ Tschopp P. Informations suisses: la révision de la LAMA à la lumière de la science politique. Med et Hyg. 1968;(814):233.

²¹⁰ Ibid

²¹¹ Rentchnick P. Menace sur l'assurance maladie: éditorial. Med et Hyg. 1969;(865):397.

²¹² Tschopp P. Où en est la révision de la LAMA? Med et Hyg. 1971;(984):1758-9.

« Assurance obligatoire pour les frais hospitaliers, assurance d'une indemnité journalière généralisée à tous les salariés et à certaines catégories d'indépendants, octroi de subventions fédérales en faveur de la construction d'établissements hospitaliers, institution, à titre facultatif, d'une assurance de soins dentaires, organisation d'un régime d'examen prophylactiques périodiques à la charge des caisses maladie dont l'assurance pour les frais des soins ambulatoires reste facultative. »²¹³

Ce « modèle Flims » s'est largement inspiré « des propositions communes des médecins et des caisses-maladie ». A l'approche des votations populaires du 7 et 8 décembre 1974 à ce propos, Rentchnick oppose le projet socialiste et son contreprojet.

« D'une part, un texte démagogique qui ne tient pas compte des expériences malheureuses à l'étranger, d'autre part un texte responsable qui tient compte des réalités sociales et économiques. »²¹⁴

C'est finalement un double « non » qui l'emportera. Rentchnick félicite le peuple suisse d'avoir appris de l'exemple anglais et d'avoir dit non à la médecine gratuite. Il s'agira donc pour les partisans du « 2xNON » de proposer un projet partant de la LAMA actuelle, que Rentchnick veut inspiré des éléments essentiels de ce « projet Films intéressant, original, bien structuré ».²¹⁵

Ainsi, au travers du véritable combat mené par *Médecine et Hygiène* dans les années 1962 et 1963, on peut constater un très fort attachement à la position libérale du médecin, qui serait une condition nécessaire à la bonne pratique de la profession. Cette médecine étatisée est exposée comme une réelle menace au bon fonctionnement du système de santé et, plus encore, aux soins de qualité à disposition des patients.

En 1971, Jean Bergier (1910 – 1996), nouveau président de la FMH, essaiera de tempérer cet avis.²¹⁶ Pour lui, les deux « slogans » de médecine libérale, avec son médecin indépendant et rétribué uniquement par son patient, et de médecine étatisée, avec son médecin rétribué par l'État et donc principalement au service de la collectivité, ne sont plus aussi précis dans leur définition qu'ils l'étaient 30 ans auparavant. Il s'agit en 1971 de déterminer jusqu'où il faut étatiser la médecine, et dans quelle mesure elle peut rester libérale.

« Dans les choix que nous avons à faire, on se rappellera que c'est le bien inestimable du patient de trouver dans son médecin un homme de confiance dans le plein sens du terme et que ce bien, intimement lié à la médecine libérale, s'édulcore et s'altère quand on s'écarte de cette médecine ; mais on n'oubliera pas non plus que la population modeste n'accède qu'exceptionnellement à cette médecine libérale et que l'intervention des pouvoirs publics permet seule à chacun de bénéficier normalement de soins médicaux convenables. »²¹⁷

Bergier affirme que les médecins suisses sont majoritairement libéraux. Cependant, cette attitude n'est pas uniquement révélatrice de conservatisme. En effet, c'est « l'engagement

²¹³ Rentchnick P. Entre les lignes: vers la révision de la LAMA. Med et Hyg. 1972;(1008):672.

²¹⁴ Rentchnick P. Entre les lignes: 7/8 décembre. Med et Hyg. 1974;(1116):1476.

²¹⁵ Rentchnick P. Entre les lignes: 2x NON. Med et Hyg. 1974;(1127):2032.

²¹⁶ Bergier J. Considération sur la révision de la LAMA. Med et Hyg. 1971;(984):1756-7.

²¹⁷ Bergier J. Considération sur la révision de la LAMA. Med et Hyg. 1971;(984):1756-7.

personnel dans la démarche du médecin et dans celle du malade » qui est essentiel dans une prise en charge ; et évidemment, cet engagement diminue lorsqu'une « instance tierce – assurance, État – prend une place croissante dans la dispensation des soins ». Le médecin est donc le garant des valeurs humaines de la médecine, et ne peut que « tendre à maintenir libérale autant que possible la médecine et à ne l'étatiser que dans la mesure nécessaire ». ²¹⁸

Cet avis plus modéré de Bergier donne une explication à l'acharnement de *Médecine et Hygiène* à s'ériger en défenseur d'une médecine libérale. ²¹⁹ Et on comprend pourquoi Rentchnick est soulagé à l'idée que « le peuple suisse n'(ait) pas mis le doigt dans l'engrenage de la médecine étatisée ». ²²⁰

²¹⁸ Ibid

²¹⁹ Ibid

²²⁰ Rentchnick P. Entre les lignes: 2x NON. Med et Hyg. 1974;(1127):2032.

5.2 LE MANDARIN AUX PIEDS NUS

5.2.1 UNE MÉDECINE CHINOISE AMBIVALENTE

C'est au travers d'un ouvrage de Rentchnick intitulé *Esculape chez Mao Tsé TOUNG*, publié en 1974 sous forme de livre²²¹ et en entier dans la revue *Médecine et Hygiène* entre 1972 et 1973, que l'on va dépeindre le contexte d'émergence de ce médecin aux pieds nus chinois qui intrigue tant.

Rentchnick décrit tout d'abord son intérêt pour la Chine comme antérieur à ce voyage ; un échange entre *Médecine et Hygiène* et l'Académie des sciences médicales à Pékin avait été déjà concrétisé par l'envoi régulier entre 1951 et 1968 du *Chinese Medical Journal*. C'est une dualité entre les rapides progrès dans le domaine de la science occidentale et la persévérance dans celui de la médecine traditionnelle, potentielle « autre forme de l'art de guérir »²²², qui l'interpelle. Il profite donc d'une visite du gouvernement chinois en Suisse pour obtenir, pour une délégation de quatre médecins suisses, une invitation formelle du Ministère de la santé à séjourner trois semaines en Chine durant le mois de novembre 1972. Outre Rentchnick, cette délégation est composée de deux chirurgiens respectivement lausannois et bernois, Frédéric Saegesser (déjà cité dans la biographie de Rentchnick, exprimant un avis nuancé à son égard) et Leo Eckmann (1923 – 2011), ainsi que d'un anesthésiste genevois, Marcel Gemperle (1930 –).²²³

Cette Chine de 1972, c'est en premier lieu celle de son président Mao Tsé TOUNG (1893 – 1976) et de sa révolution aboutissant le premier octobre 1949 à la fondation de la République populaire de Chine, dont l'idéologie communiste a pour objectif principal est « d'améliorer immédiatement le sort de cette immense population ».²²⁴

Une propagande redoutablement efficace, permettant de « réformer l'âme des Chinois, de leur inspirer une conscience socialiste élevée, avant de leur donner des consignes », sera la clé d'une évolution médicale remarquable, de laquelle l'instruction du peuple et sa participation active seront les piliers.²²⁵ La médecine, comme tous les autres domaines de la société, est politisée ; les patients psychiatriques étudient Mao²²⁶, les chefs révolutionnaires sont les administrateurs des instituts médicaux²²⁷, et le critère le plus important pour accéder aux études de médecine étant d'être « un bon communiste » qui a « étudié les œuvres de Mao Tsé TOUNG »²²⁸.

La science médicale est avant tout, entre 1949 et 1959, organisée selon le modèle soviétique. C'est en effet à l'époque un système déjà fonctionnel, correspondant au niveau idéologique, qui permet l'évolution rapide qui était nécessaire. Un plan de 12 ans est

²²¹ Rentchnick P. *Esculape chez Mao Tsé TOUNG*. Paris: Berger-Levrault; 1974. (Aujourd'hui demain).

²²² Rentchnick P. Prémices et motivations. In: *Esculape chez Mao Tsé TOUNG*. Paris: Berger-Levrault; 1974. p. 21. (Aujourd'hui demain).

²²³ Ibid, p. 15-21

²²⁴ Rentchnick P. Médecine chinoise et révolution scientifique. In: *Esculape chez Mao Tsé TOUNG*. Paris: Berger-Levrault; 1974. p. 39. (Aujourd'hui demain).

²²⁵ Rentchnick P. Conclusions. In: *Esculape chez Mao Tsé TOUNG*. Paris: Berger-Levrault; 1974. p. 250. (Aujourd'hui demain).

²²⁶ Rentchnick P. La psychiatrie chinoise. In: *Esculape chez Mao Tsé TOUNG*. Paris: Berger-Levrault; 1974. p. 135. (Aujourd'hui demain).

²²⁷ Rentchnick P. Sciences, études et pratique. In: *Esculape chez Mao Tsé TOUNG*. Paris: Berger-Levrault; 1974. p. 186. (Aujourd'hui demain).

²²⁸ Ibid, p 190

immédiatement mis en place, et c'est déjà en 1956 que le gouvernement chinois se rend compte que « le modèle moscovite ne correspondait pas aux besoins chinois ». ²²⁹ Dès 1960, l'Académie des sciences médicales réajuste donc les priorités, et plusieurs lignes directrices émergent ; il s'agit notamment de valoriser les sciences et la technologie, qui doivent être orientées vers la solution de problèmes pratiques du peuple chinois. C'est en insistant sur les « caractéristiques nationales » que l'on pourra créer une tradition unique, et donc éventuellement supérieure, en matière de recherche scientifique. Cette création doit impliquer toute la masse des travailleurs, et ne pas être l'apanage d'une élite professionnelle. ²³⁰

La nécessité de résoudre des problèmes propres à la population chinoise entraîne un « hypernationalisme », qui sera encore accentué avec la Révolution culturelle entre 1966 et 1970. Cela aboutira donc à la revalorisation de la médecine traditionnelle. Les médecins de formation occidentale doivent se former en médecine traditionnelle, et vice-versa. ²³¹

« Il est visible que, depuis la Révolution culturelle, la recherche est totalement dirigée en vue de satisfaire les besoins médicaux des travailleurs ruraux et de combiner la médecine chinoise et la médecine occidentale. » ²³²

On a donc une volonté de concilier les deux médecines et de porter cette médecine traditionnelle « à un niveau supérieur » ²³³ (un des trois points du plan sanitaire de 1973-1974 comprend l'obtention de preuves scientifiques concernant l'efficacité de l'acupuncture ²³⁴). La tentative d'association de ces deux médecines est parfaitement illustrée par le concept d'anesthésie par acupuncture, constituant pour Rentchnick la cristallisation de l'ambivalence de cette médecine chinoise. Un chapitre entier est consacré à cette thématique, avec un rapport d'un anesthésiste suisse faisant partie de la délégation, qui s'est lui-même prêté à l'exercice, et qui conclut sur une décevante potentielle augmentation du seuil de tolérance à la douleur. ²³⁵

L'ouvrage de Rentchnick est majoritairement constitué d'une énumération des différentes spécialités de la médecine occidentale, et pour chacune des chiffres très précis et des techniques de traitement détaillées sont donnés. De manière générale, on constate, malgré un retard dans certains domaines, une très bonne application de la médecine occidentale depuis la Révolution ; les progrès au niveau sanitaire sont particulièrement impressionnants, avec notamment une lutte contre les maladies infectieuses extrêmement efficace. ²³⁶ On peut donner également l'exemple de la syphilis, maladie emblématique de l'ancienne société, dont l'incidence a diminué de manière spectaculaire. ²³⁷

²²⁹ Rentchnick P. Sciences, études et pratique. In: Esculape chez Mao Tsé Toung. Paris: Berger-Levrault; 1974. p. 176-7. (Aujourd'hui demain).

²³⁰ Ibid, p. 175-6

²³¹ Rentchnick P. Sciences, études et pratique. In: Esculape chez Mao Tsé Toung. Paris: Berger-Levrault; 1974. p. 177-8. (Aujourd'hui demain).

²³² Ibid, p. 184

²³³ Rentchnick P. Interview du ministre de la santé. In: Esculape chez Mao Tsé Toung. Paris: Berger-Levrault; 1974. p. 44. (Aujourd'hui demain).

²³⁴ Rentchnick P. Le chef de l'administration sanitaire de Changhaï. In: Esculape chez Mao Tsé Toung. Paris: Berger-Levrault; 1974. p. 15-21. (Aujourd'hui demain).

²³⁵ Rentchnick P. L'anesthésie par acupuncture. In: Esculape chez Mao Tsé Toung. Paris: Berger-Levrault; 1974. p. 81-102. (Aujourd'hui demain).

²³⁶ Rentchnick P. Conclusions. In: Esculape chez Mao Tsé Toung. Paris: Berger-Levrault; 1974. p. 249-256. (Aujourd'hui demain).

²³⁷ Rentchnick P. L'éradication des maladies vénériennes. In: Esculape chez Mao Tsé Toung. Paris: Berger-Levrault; 1974. p. 103-114. (Aujourd'hui demain).

« En quelques années, l'hygiène chinoise a regagné un retard de 4 siècles »²³⁸

Il existe même quelques domaines dans lesquels la Chine a su se distinguer et a permis à la médecine occidentale de progresser, grâce à l'apport de notions d'une grande originalité.²³⁹ On peut citer la synthèse de l'insuline²⁴⁰, ou encore la réimplantation des membres²⁴¹.

Rentchnick conclut en saluant l'incroyable prouesse sanitaire de la Chine, soulignant au passage « l'état moyenâgeux » de l'hygiène chinoise avant la prise de pouvoir de Mao.

Si la Chine n'a pas su encore tout à fait faire face aux problèmes de la médecine contemporaine, c'est selon lui parce qu'elle « n'a pas voulu couper le cordon ombilical du passé ». Il s'agit donc, à son avis, d'abandonner cette médecine traditionnelle, son herboristerie et son acupuncture que l'on essaie d'intégrer à tout prix, en n'obtenant qu'une juxtaposition et jamais une synthèse des deux médecines. Les Chinois sont à fait capables de prouesses techniques, s'ils ne sont pas gênés par cette tradition.²⁴²

« Chaque fois que les Chinois ont réalisé des performances remarquables sur le plan sanitaire [...] c'est en abandonnant la médecine magique et l'acupuncture et en utilisant franchement et intelligemment les méthodes modernes de la société occidentale. »

5.2.2 LE MÉDECIN AUX PIEDS NUS

Portrait dressé par « Esculape chez Mao Tsé toung »

En 1965, Chang Kai, vice-ministre de la Santé, fait le bilan des 15 premières années médicales de la République populaire de Chine, et il constate « l'insuffisance des services de santé à la campagne ».²⁴³ Durant l'interview du ministre de la santé, il est en effet relevé que 80% du peuple chinois vit à la campagne, et ces paysans « constituent le fer de lance de la révolution et de l'armée », ce qui en fait évidemment une priorité.²⁴⁴

Sur ordre du président Mao, on envoie donc des médecins à la campagne afin de former un personnel soignant rural. Ces paysans à qui l'on donne une instruction médicale de base seront appelés « médecins aux pieds nus », nom qui rappelle leur travail dans les rizières et qui souligne leur origine prolétaire. A l'époque de la visite de Rentchnick en Chine, en 1972, ils sont 1'200'000, soit un pour 750 habitants.

²³⁸ Rentchnick P. Conclusions. In: Esculape chez Mao Tsé Toung. Paris: Berger-Levrault; 1974. p. 249. (Aujourd'hui demain).

²³⁹ Rentchnick P. Conclusions. In: Esculape chez Mao Tsé Toung. Paris: Berger-Levrault; 1974. p. 255. (Aujourd'hui demain).

²⁴⁰ Rentchnick P. L'industrie pharmaceutique. In: Esculape chez Mao Tsé Toung. Paris: Berger-Levrault; 1974. p. 206. (Aujourd'hui demain).

²⁴¹ Rentchnick P. Quelques réalisations médicales et chirurgicales. In: Esculape chez Mao Tsé Toung. Paris: Berger-Levrault; 1974. p. 240. (Aujourd'hui demain).

²⁴² Rentchnick P. Conclusions. In: Esculape chez Mao Tsé Toung. Paris: Berger-Levrault; 1974. p. 248-256. (Aujourd'hui demain).

²⁴³ Rentchnick P. Sciences, études et pratique. In: Esculape chez Mao Tsé Toung. Paris: Berger-Levrault; 1974. p. 180. (Aujourd'hui demain).

²⁴⁴ Ibid, p. 186

Après une formation de trois mois à l'hôpital, le médecin aux pieds nus retourne d'où il vient, et consacre la moitié de son temps au travail de la ferme. Parmi ses tâches médicales vient en premier lieu l'éducation et le contrôle de l'hygiène²⁴⁵ ; notamment, le médecin aux pieds nus joue un rôle central dans le planning familial, ayant toujours dans sa sacoche des préservatifs et des pilules, et pouvant poser un stérilet dans certains cas.²⁴⁶ Ensuite, il s'occupe des vaccinations, des premiers soins, et de la surveillance des convalescents. Il peut prescrire certains médicaments, comme certaines plantes traditionnelles ou des médicaments en vente libre chez nous, mais également certains autres plus actifs comme la pénicilline. Il pratique également l'acupuncture.²⁴⁷

Pour Rentchnick, il y a un déséquilibre entre la formation et les responsabilités du médecin aux pieds nus. Pour Mao, les médecins doivent étudier la pratique avant la théorie, et c'est exactement cela qui est appliqué dans ce contexte ; on a pris le parti de dispenser des soins avec un risque plus élevé d'erreurs diagnostiques et d'effets secondaires, plutôt qu'aucun soin.²⁴⁸

« Entre une médecine scientifique et académique choyée par un mandarinat qui avait tendance à s'embourgeoiser en pratiquant un art médical de qualité pour des happy few, et une médecine moins académique, plus pratique, plus secouriste, plus simple, facile à mettre à la portée de centaines de millions d'hommes et de femmes travaillant dans les contrées rurales, le gouvernement chinois a choisi la médecine quantitative et éliminé la médecine qualitative. »²⁴⁹

Dans le contexte de la Chine, « l'option provisoire des médecins aux pieds nus se justifie »²⁵⁰.

« Lorsque cet aspect quantitatif de la médecine sera réglé, il est certain que, à l'exemple de l'URSS, on prolongera la durée des études et l'on envisagera alors une médecine qualitative et scientifique. »²⁵¹

Dans Médecine et Hygiène

On l'a mis en évidence à plusieurs reprises au cours du chapitre 5, le médecin aux pieds nus chinois est un modèle qui est valorisé par les partisans de l'antimédecine, et par Illich en particulier. Dans le portrait que l'on vient de dresser de ce paysan aux connaissances médicales de base, on retrouve l'individu autonome et qui se soigne lui-même fantasmé par Illich.

²⁴⁵ Rentchnick P. Sciences, études et pratique. In: Esculape chez Mao Tsé Toung. Paris: Berger-Levrault; 1974. p. 194-5. (Aujourd'hui demain).

²⁴⁶ Rentchnick P. Planning familial. In: Esculape chez Mao Tsé Toung. Paris: Berger-Levrault; 1974. p. 171. (Aujourd'hui demain).

²⁴⁷ Rentchnick P. Sciences, études et pratique. In: Esculape chez Mao Tsé Toung. Paris: Berger-Levrault; 1974. p. 194-5. (Aujourd'hui demain).

²⁴⁸ Ibid, p. 196-7

²⁴⁹ Ibid, p. 198

²⁵⁰ Rentchnick P. Conclusions. In: Esculape chez Mao Tsé Toung. Paris: Berger-Levrault; 1974. p. 252. (Aujourd'hui demain).

²⁵¹

Rentchnick lui-même donne pour titre à son premier « Entre les lignes » consacré à Illich que nous avons déjà évoqué « Ivan Illich ou la médecine aux pieds nus ». Il y compare le médecin aux pieds nus à la volonté d'Illich de laisser les décisions médicales aux patients :

« Cela nous rappelle beaucoup les médecins aux pieds nus chinois qui jouent un rôle très important dans cet immense continent asiatique où règne une sous-médicalisation évidente. Il me semble qu'on confond un peu la médecine de première urgence qu'il faut enseigner à chacun, notamment dans les pays en voie de développement pour éviter les morts inutiles, avec la médecine moderne bien structurée et à laquelle chacun peut avoir recours s'il a un minimum d'informations. »²⁵²

Cette notion de responsabilisation du patient, on la retrouve dans un article traduit de Lewis McLeod, un journaliste anglais, en 1971. Elle se manifeste d'abord par la volonté de Mao de redonner le pouvoir aux paysans représentant la grande majorité du peuple, en les faisant participer activement notamment aux campagnes d'éducatives sanitaires.

De plus, McLeod cite un exemple intéressant, où lors de sa visite d'un hôpital chinois, discutant avec un médecin et son patient, il voit ce dernier s'approcher pour lui montrer les radiographies de sa jambe cassée avant et après son opération. Pour le journaliste, cette connaissance qu'avait le patient de sa maladie était remarquable, et en rien comparable avec celle des patients anglais.

« En Angleterre, d'après mon expérience, il est quasi impossible à un patient hospitalisé d'apprendre ce dont il souffre et comment on va le traiter. Les internes et même les médecins consultants s'imaginent qu'eux seuls ont le droit de le savoir. Au contraire, en Chine, on attend des patients qu'ils prennent une part active à leur guérison. »²⁵³

Dans l'éditorial de cet article, Rentchnick, qui à cette époque n'est pas encore allé en Chine, déplore l'idéalisation de la médecine chinoise par l'occident, qualifiant notamment les reportages sur l'acupuncture de « délirants ».

« Un jour peut-être, il sera possible à la rédaction de Médecine et Hygiène de participer à un voyage d'information médicale en Chine. Il sera alors intéressant de faire la part de la réalité et du rêve dans ces informations quelque peu dirigées que nous lisons actuellement dans la presse occidentale. »²⁵⁴

Pour le rédacteur en chef de *Médecine et Hygiène*, si la solution des médecins aux pieds nus est acceptable pour la Chine, qui a dû en quelques années récupérer un retard considérable, elle n'est pas extrapolable à autres contextes. En effet, suite à un article descriptif de la fonction et de la formation du médecin aux pieds nus, publié dans le *Lancet* en 1974 et traduit dans *Médecine et Hygiène*, Rentchnick s'étonne, dans une note de la rédaction en fin d'article, d'un tel « article de propagande ».

²⁵² Rentchnick P. Entre les lignes: Ivan Illich ou la médecine aux pieds nus. *Med et Hyg.* 1974;(1105):1024.

²⁵³ McLeod L. Informations étrangères: Chine: la santé pour tous. *Med et Hyg.* 1971;(980):1570-1.

²⁵⁴ Rentchnick P. Informations étrangères: Editorial : Chine: la santé pour tous. *Med et Hyg.* 1971;(980):1570-1.

En effet, il cite une publication du *New England Journal of Medicine* de la même année, qui tout en reconnaissant les notions d'hygiène que le médecin aux pieds nus a contribué à disséminer, met en évidence ses « pauvres qualifications médicales ».

« Connaissant mal leurs limites, ils s'engagent dans des interventions sans le contrôle de médecins qualifiés. Les médecins aux pieds nus sont avant tout des paysans très motivés politiquement ; il n'est pas certain que leur exemple mérite d'être suivi dans d'autres pays »²⁵⁵

5.2.3 UN CONCEPT INTÉRESSANT : LES OFFICIERS DE SANTÉ

Pour Rentchnick, le modèle chinois du « médecin aux pieds nus » n'est donc pas extrapolable à une société « développée », et n'est acceptable que comme solution transitoire dans les débuts de la médicalisation de la Chine.

Cependant, ce concept d'aide au médecin n'est pas exclusivement chinois, bien au contraire. Le médecin aux pieds nus chinois en est même l'exemple dont les critères de formation et de sélection sont « les moins bons et les moins sûrs ». Rentchnick, dans un « Entre les lignes » qui valorise la position de cet « assistant médical », parle également des États-Unis et de la Russie.

Pour lui, ces assistants médicaux ont un rôle à jouer, notamment dans le contexte la pénurie de médecin qui semble être un problème récurrent, et il est nécessaire que les autorités sanitaires se rendent compte de ce besoin.

« Il est certain qu'une grande partie des travaux généralement effectués par des médecins pourrait être effectuée aussi bien par du personnel sanitaire d'un niveau de formation moins élevé. »²⁵⁶

Il parle de plusieurs critères de formation possibles, ceux des « medex » américains étant bien supérieurs à ceux des médecins aux pieds nus chinois. Comme exemple, il parle du « personnel infirmier », où pourrait s'opérer une sélection parmi les « éléments les plus dynamiques et les plus responsables ». ²⁵⁷

Cette proposition enthousiasme beaucoup Michel Vouilloz (1939 –), médecin généraliste valaisan qui deviendra médecin cantonal puis bifurquera vers la médecine chinoise, dont on retrouve l'article paru dans le quotidien valaisan *Le Nouvelliste* quelques numéros plus tard. Il y affirme que « le grand public doit prendre conscience de la valeur de celles-ci (les infirmières), cesser de ne voir en elles que des exécutantes techniques manuelles, leur accorder sa confiance et admettre qu'elles sont capables d'une activité médicale autonome ». Malheureusement, il écrit à Rentchnick que cet article n'a séduit que très peu de médecins. ²⁵⁸

On comprend bien effet la nécessité pour certains pays n'ayant pas formé assez de médecins, comme la Chine ou l'URSS, de valoriser ce genre d'auxiliaires de santé.

²⁵⁵ Rentchnick P. Note de la rédaction ; Chine: médecins aux pieds nus. *Med et Hyg.* 1976;(1191):590.

²⁵⁶ Rentchnick P. Entre les lignes: Aussi important que le médecin: l'assistant médical. *Med et Hyg.* 1975;(1175):1916.

²⁵⁷ Ibid

²⁵⁸ Vouilloz M. Dans notre courrier: réflexion à propos des médecins aux pieds nus. *Med et Hyg.* 1976;(1190):590.

Cependant, ce sont les États-Unis qui commencent à l'époque à former des « medex » destinés à jouer ce rôle. Ce protagoniste sera analysé dans un dossier de 1972 consacré au sujet, dont les articles sont principalement empruntés à l'OMS.²⁵⁹

Dans une première partie, on décrit l'histoire de ce que l'OMS appelle, et nous allons dorénavant nous référer à ce terme, « les officiers de santé ». Selon Neville Rex Edwards Fendall (1917 – 2014), professeur à l'école de médecine tropicale de Liverpool, le chirurgien barbier, « qui accompagnait les armées aux siècles passés », formé par un simple apprentissage, est le précurseur de l'officier de santé. Vint ensuite dans les armées d'Europe le semi-professionnel de la chirurgie, le « feldscher », avec une formation plus poussée, et qui fut introduit dans l'armée russe au XVII^e siècle ; ces « feldschers » jouèrent en Russie un rôle très important, moins dans les autres pays où on eut les moyens de les remplacer par du personnel qualifié.²⁶⁰

Dans le reste de l'article, on élabore sur le développement du rôle de ces officiers de santé dans les colonies, surtout sur les continents africain et asiatique. Dans la plupart des cas, on constate le même schéma ; leur formation d'abord rudimentaire se prolonge ensuite, puis on constate l'apparition d'écoles dédiées. On peut citer, parmi tant d'autres, le « presque-docteur » en Inde, l'assistant médical aux îles Fidji, au Nigeria, en Tanzanie, le médecin africain au Sénégal ou encore l'officier de santé en Éthiopie. Tous sont « des semi-professionnels médicaux plutôt que des auxiliaires ». On constate donc une longue histoire de cet officier de santé, notion qui regagne de l'intérêt dans le contexte de la pénurie de médecins.

« La nécessité d'augmenter la quantité aussi bien que la qualité des services médicaux dans le monde a suscité un renouveau d'intérêt pour le rôle que pourrait jouer les assistants médicaux dans les pays évolués comme dans les pays les moins favorisés. »²⁶¹

C'est D. Flahault, médecin-chef chargé de la formation du personnel auxiliaire à l'OMS, qui s'attachera ensuite à mettre en évidence l'importance de l'officier de santé dans la population actuelle.

Lorsque l'on considère le métier de médecin, on constate plusieurs problèmes. Il y a certes une pénurie généralisée, mais de plus une concentration en ville (alors que 71% de la population mondiale se trouve en zones rurales), ainsi qu'une spécialisation menant à une diminution des médecins de premier recours. Il s'agit donc de former des officiers de santé avec deux fonctions : une « fonction d'assistance », pour améliorer le rendement des médecins surchargés d'un « travail qui pourrait leur être évité », et une « fonction de substitution », pour étendre les services de santé à des populations jusque-là inaccessibles.

Pour cela, il faudra d'une part réfléchir à une formation appropriée à chaque pays, centrée sur la pratique, de deux ou trois ans, « délibérément simple ». Ce personnel sera plus facile à recruter, car aura une formation moins longue et plus accessible. De plus, il s'agira d'adapter la formation du médecin en prenant en compte ce nouvel élément. Évidemment, il ne faut pas en parallèle ménager les efforts pour pallier la pénurie de médecins.

²⁵⁹ Rentchnick P. Les officiers de santé ou assistants médicaux. Med et Hyg. 1972;(1032):1738.

²⁶⁰ Fendall NRE. Les officiers de santé ou assistants médicaux : leurs prédécesseurs. Med et Hyg. 1972;(1032):1739.

²⁶¹ Ibid, p. 1739-40

Bien entendu, ce concept soulève des objections, dont la principale est celle du risque encouru par la population. Cette décision de privilégier une médecine touchant le plus grand nombre vis-à-vis d'une médecine d'excellence doit selon Flahault être politique, comme elle l'a été pour Mao avec ses « médecins aux pieds nus ». Parfois, la vraie raison sous-jacente au rejet de ce concept n'est qu'un « égoïsme corporatif ».²⁶²

Le dossier se poursuit par l'examen d'exemples plus concrets, notamment en Algérie, en Afrique, en Chine, en URSS et aux Etats-Unis. Ce dernier, « Mecque de la médecine moderne »²⁶³, sort du lot de ces pays dits « en voie de développement », et c'est donc à partir de cet exemple que nous allons élaborer.

En 1962, l'Agency for International Development étudie la question des assistants médicaux, et conclut à l'efficacité de ce genre d'aide. A partir de là, ce sont de multiples modèles qui se développent dans beaucoup d'États, allant de l'adjonction d'un programme d'instruction de trois mois aux soldats sanitaires dans l'État de Washington à un programme ambitieux de quatre ans en Virginie occidentale, en passant par un cursus de deux ans en Caroline du Nord. Et ce ne sont que les formations pour assistants en médecine générale, car il existe même des formations spécialisées.

Cette grande hétérogénéité inquiète les organisations et les sociétés médicales, inquiétude qui encouragera une association de ces assistants dans la publication d'une revue, *The Physician's Associate*, en 1971. L'OMS répondra à ce besoin d'unité en publiant en 1968 un rapport technique contenant « d'excellentes suggestions pour l'élaboration des futurs programmes d'enseignement », ce qui permettra d'assurer une qualité de l'enseignement et de définir un cahier des charges. Ces assistants ne peuvent que travailler sous la supervision ou en collaboration avec un médecin.

Les autres professionnels de la santé ne sont pas favorables à la création de cette nouvelle profession.

*« Pour bien des médecins, ils ne sont ni indispensables ni mêmes désirables ; nombre d'infirmières voient en eux une menace qui leur ferait perdre les rapports directs qu'elles ont avec les médecins. »*²⁶⁴

L'opinion publique n'est pas non plus convaincue. Surtout s'il s'agit de la création de nouvelles formations qui drainerait l'argent consacré à la formation des médecins. Les autorités sanitaires avaient compris que l'on touchait là un sujet sensible.

*« Elles ont abordé le problème avec beaucoup de prudence, l'idée seule de toucher à la hiérarchie médicale par l'introduction d'une nouvelle catégorie professionnelle ayant d'emblée suscité une vive émotion. »*²⁶⁵

Dans ce chapitre, on peut donc constater que ce concept d'officier de santé qui aide le médecin est très présent au niveau de la société, et ce dans plusieurs pays. Ce n'est plus uniquement à cette époque une solution provisoire de société en voie de développement, mais bel et bien une réelle solution au problème de la pénurie de médecins. On remarque également que l'on se heurte à un certain corporatisme médical, à une difficile remise en

²⁶² Flahault D. Les officiers de santé ou assistants médicaux. *Med et Hyg.* 1972;(1032):1741-3.

²⁶³ Rentchnick P. Les officiers de santé ou assistants médicaux. *Med et Hyg.* 1972;(1032):1738.

²⁶⁴ Rosinki EF. Les officiers de santé ou assistants médicaux : Etats-Unis : l'idée fait son chemin. *Med et Hyg.* 1972;(1032):1749.

²⁶⁵ Ibid

question du monopole médical, qui nous renvoie en un sens à Illich. C'est Rentchnick qui aura une fois de plus le mot de la fin :

« La médecine n'appartient plus aux médecins seuls ; il y a là un élément nouveau qui doit nous faire réfléchir. »²⁶⁶

²⁶⁶ Rentchnick P. Les officiers de santé ou assistants médicaux. Med et Hyg. 1972;(1032):1738.

5.3 DE LA LITTÉRATURE PLUS « SÉRIEUSE »

Rentchnick est d'avis qu'Illich ne représente pas le mouvement antimédical tout entier, et qu'il n'est en somme que « la pointe visible de l'iceberg ». Il exhorte même les médecins à dialoguer avec les critiques de la médecine, « dans la mesure où ceux-ci sont sincères et ne se comportent pas seulement comme des sous-produits d'Ivan Illich ».²⁶⁷

« En fin de compte, ces critiques ne sont pas toutes abusives, elles contiennent des éléments qu'il faut reprendre calmement, sans passion et surtout étudier, non seulement entre nous, c'est-à-dire seulement entre médecins, mais en petits comités avec des sociologues, des économistes et des politiciens. »²⁶⁸

Parmi ces critiques sincères et constructives, Rentchnick cite deux auteurs dont on va exposer les idées principales.

5.3.1 ATUHIRO SIBATANI : ECNEICS

Premièrement, Atuhiro Sibatani (1920 – 2011), spécialiste japonais auteur du livre *Anti-Science* publié en 1974, est d'avis que le terme d'« antisience » comporte « une charge émotionnelle trop forte pour de nombreux scientifiques [...] qui (y) vouent toute leur vie active » ; il invente donc le mot « ecneics », correspondant simplement au mot science épelée à l'envers. Rentchnick, dans sa lancée, propose de parler d'« enicedem » plutôt que d'utiliser ce terme d'antimédecine qui a de la peine à être accepté.²⁶⁹

Pour Sibatani, qui a travaillé huit ans à Sydney au Commonwealth Scientific and Industrial Research Organisation, cette vue postérieure sur la science permettra de mieux mettre en évidence ses défauts ; en effet, le terme d'« ecneics » n'est pas antagoniste à celui de « science », mais complémentaire ; c'est simplement un point de vue critique sur les conséquences de la science, qui doit en soit être une entreprise scientifique.²⁷⁰

Sibatani donne l'exemple suivant d'ecneics, qui est repris par Rentchnick :

« Avant que l'Ouest ne colonialise l'Extrême-Orient, la malaria était parfaitement tolérable et tolérée. Mais avec le développement du commerce, des échanges et de la colonisation, la malaria est devenue une grande « tueuse ». Le DDT a transformé la situation avec, pour conséquence, une formidable surpopulation dans l'Extrême-Orient. Les population affaiblies meurent de faim plutôt que de malaria. En outre, des souches de plasmodium sont devenues résistantes au traitement. Ces interrelations entre la malaria, la médecine moderne et la surpopulation constituent un modèle analytique d'« ecneics ». »²⁷¹

Rentchnick conclut en affirmant qu'il est nécessaire de commencer à penser sous ce nouvel angle, parce qu'il est nécessaire de freiner l'expansion scientifique, qui ne doit pas constituer

²⁶⁷ Rentchnick P. Antimédecine: A propos du Congrès de Davos sur les limites de la médecine et de la Conférence d'Ivan Illich à l'OMS. Editorial : l'antimédecine avec ou sans Ivan Illich. *Med et Hyg.* 1975;(1144):610.

²⁶⁸ Ibid

²⁶⁹ Rentchnick P. Entre les lignes: ecneis et enicedem. *Med et Hyg.* 1974;(1128):2064.

²⁷⁰ Cohen D. The philosopher of ecneics. *New Scientist.* 1974;64(920):263-4.

²⁷¹ Rentchnick P. Entre les lignes: ecneis et enicedem. *Med et Hyg.* 1974;(1128):2064.

une fin en soi. Dans cet exemple, on peut en effet remarquer qu'il a manqué à l'OMS une conception globale du problème lorsqu'elle a lancé ses campagnes d'éradication.²⁷²

5.3.2 A. L. COCHRANE

C'est dans l'éditorial du dossier consacré au congrès de Davos que Rentchnick aborde l'ouvrage d'Archibald Lemman Cochrane (1909 – 1988) : *Effectiveness and Efficiency : Random Reflections on Health Services*, publié en 1972. Pour lui, les critiques y sont « plus sérieuses » que celles d'Illich, et des solutions concrètes qu'il a plusieurs fois réclamées sont proposées. Il conseille la lecture de cet ouvrage aux étudiants et aux jeunes internes qui y trouveront plus facilement les réponses à leurs questions.²⁷³

Dans la partie posant le contexte historique de son ouvrage²⁷⁴, Cochrane parle de l'avènement du Système National de Santé NHS en Grande-Bretagne, dans un contexte où il est publiquement reconnu que chaque symptôme a son traitement ; à sa connaissance, plusieurs facteurs ont joué un rôle dans le développement de cette croyance en la capacité de guérison possédée par la profession médicale, comme la possibilité qu'avaient les médecins de réduire la douleur, l'effet placebo et la tendance de plusieurs maladies à disparaître spontanément ou à s'améliorer.

Il n'est ainsi pas surprenant qu'en abaissant les barrières économiques, donc en promulguant ce Système National de Santé, on constate entre 1951 et 1968 une augmentation des prescriptions, notamment, entraînant cette inflation dans le secteur de la santé qui inquiète.

« Le patient attendait que le médecin fasse quelque chose pour l'aider : le plus, le mieux. Le médecin voulait aider, et pouvait habituellement penser à quelque nouveau médicament qu'il n'avait pas essayé (rendu complice avec compétence par les compagnies pharmaceutiques) ou à quelque nouveau test diagnostic (assisté avec compétence par la recherche médicale) qu'il n'avait pas encore essayé. Ce qui fut vraiment surprenant est que l'explosion ne fut pas plus grande qu'elle ne l'a été. »²⁷⁵

C'est également dans ce chapitre du livre que l'on apprend qu'il existe une très forte tradition en Grande-Bretagne concernant la division de la recherche médicale en deux parties distinctes ; d'un côté, la recherche fondamentale (« purish research ») et de l'autre la recherche appliquée (« applied research »). L'auteur se souvient de ses études à Cambridge, où on lui avait dit que « la meilleure recherche devait être complètement

²⁷² Rentchnick P. Entre les lignes: ecneis et enicedem. Med et Hyg. 1974;(1128):2064.

²⁷³ Rentchnick P. Antimédecine: A propos du Congrès de Davos sur les limites de la médecine et de la Conférence d'Ivan Illich à l'OMS. Editorial : l'antimédecine avec ou sans Ivan Illich. Med et Hyg. 1975;(1144):610.

²⁷⁴ Cochrane AL. Historical sketch. In: Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services. The nuffield provincial hospitals trust; 1972. p. 8-12.

²⁷⁵ *“The patient expected the doctor to do something to help him: the more the better. The doctor wanted to help and could usually think of some new drug he had not tried (ably abetted by the pharmaceutical companies) or of some new diagnostic test (ably assisted by medical research) he had not tried out. The really surprising thing was that the explosion was not greater than it was.”* [Trad. personnelle]

ibid, p. 9

inutile »²⁷⁶. En effet, le « Medical Research Council », qui représentait à l'époque en Grande-Bretagne la recherche médicale, était fondée sur le principe selon lequel il était nécessaire d'avoir

« la liberté la plus large possible de faire de nouvelles découvertes sans être entravé par des pressions de donner la priorité à ces problèmes qui apparaissent en ce moment être de la plus pressante importance pratique. »²⁷⁷

Par conséquent, les médecins voulant faire de la recherche appliquée à l'époque étaient rares ; Cochrane l'avoue volontiers, si on l'avait approché pour lui proposer ce genre de recherche au début des années cinquante, il aurait sûrement refusé.

Son étude, dans laquelle il n'est pas sujet d'entrer dans les détails, sera raisonnablement concluante, et sera au fondement de l'Evidence Based Medicine que l'on connaît aujourd'hui :

« Il est suggéré que l'inflation puisse être contrôlée par la science, en particulier par le large usage d'essais randomisés contrôlés. »²⁷⁸

En effet, pour lui la recherche fondamentale peut être faite, et est d'ailleurs faite, partout dans le monde. En revanche, la recherche appliquée, qui est par définition applicable à une problématique dans un environnement donné, ne peut être pratiquée que dans le pays dont il est question.²⁷⁹

Si cette inflation peut être contrôlée, il y a bonne espoir que l'argent puisse être investi ailleurs, dans les autres points faibles du Système National de Santé, notamment le contrôle de la population, qui est selon lui le problème le plus important de notre temps.²⁸⁰

²⁷⁶ *“the best research should be useless”* [Trad. personnelle]

Ibid, p. 9

²⁷⁷ *“the widest possible freedom to make new discoveries unhampered by pressures to give precedence to those problems which appeared at the moment to be of the most pressing practical importance”* [Trad. personnelle]

Ibid, p. 10

²⁷⁸ *“It suggested that the inflation could be controlled by science, in particular by the wide use of randomized controlled trials.”* [Trad. personnelle]

Cochrane AL. Summary. In: Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services. The nuffield provincial hospitals trust; 1972. p. 86.

²⁷⁹ Cochrane AL. Conclusions. In: Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services. The nuffield provincial hospitals trust; 1972. p. 80.

²⁸⁰ Cochrane AL. Summary. In: Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services. The nuffield provincial hospitals trust; 1972. p. 86.

5.4 SOLUTIONS CONCRÈTES DANS LES PAGES DE *MÉDECINE ET HYGIÈNE*

On a pu constater au travers du chapitre 6.1 que dans *Médecine et Hygiène*, on ne nie pas l'existence de ce que l'on peut appeler une « crise » du système de santé. Comme nous l'avons déjà souligné au chapitre 5, ce que reproche principalement Rentchnick aux protagonistes de l'anti-médecine et à Illich en particulier, c'est l'absence de solution proposée.

« Dans une affaire aussi importante il ne saurait y avoir de vainqueurs ni de vaincus ; nous sommes tous attachés, médecins et patients, à trouver des solutions nouvelles et efficaces. [...] Mais nous ne voyons pas l'intérêt à propos du thème « la médecine qui rend malade » de se livrer à un pilonnage en règle des médicaments, de l'industrie qui les fabrique, de ceux qui les découvrent, de ceux qui les prescrivent et de ceux qui les utilisent. »²⁸¹

Alors, si l'étatisation de la médecine n'est pas une solution, qu'est-ce qui l'est ?

5.4.1 INFORMATION

S'il y a bien un point sur lequel Rentchnick et Illich tombent d'accord, c'est sur ce concept de l'information comme solution importante aux problèmes du système de santé. Illich expose dans sa *Némésis médicale* l'information comme une étape clé dans l'autonomisation du patient qui lui est si chère ; il va sans dire que si le public veut se soigner lui-même, des connaissances lui sont nécessaires, qui devront être acquises au travers des professionnels de santé.

Rentchnick, dans la table ronde sur la *Némésis médicale* (chapitre 5.3), pense qu'en opposition à une mauvaise information, il existe une bonne information, qui peut s'avérer « rentable ». Il donne un exemple :

« Prenons le cancer du sein, il y aura toujours 10% de personnes angoissées, quoi que vous fassiez. Mais les autres viendront très décontractées se faire examiner et apprendre à s'examiner. Si vous faites une conférence et ne parlez que du cancer du sein, personne n'ira consulter le médecin le lendemain. En revanche, si vous parlez des différentes maladies du sein et qu'à la fin vous dites : « Et puis il y a aussi le cancer », 70% des femmes iront voir leur médecin dans les jours suivants ».²⁸²

Cet exemple nous amène au sujet de ce sous-chapitre. On a constaté dans l'introduction contextuelle (chapitre 4.2) que le cancer est une thématique très importante dans *Médecine et Hygiène* ; il se passe rarement une année sans que le « journal de la médecine » aborde telle ou telle nouveauté dans la physiopathologie, le diagnostic ou le traitement des pathologies oncologiques.

Or, cette tendance se retrouve au niveau de l'information du patient. En effet, en explorant cette thématique à travers la période d'intérêt, on constate que l'information du public qui est la plus abordée est celle qui concerne le cancer : l'information du patient en général ou dans

²⁸¹ Rentchnick P. Antimédecine: A propos du Congrès de Davos sur les limites de la médecine et de la Conférence d'Ivan Illich à l'OMS. *Med et Hyg.* 1975;(1144):615.

²⁸² Rentchnick P. Table ronde sur « La Némésis Médicale » d'Ivan Illich avec 4 médecins genevois. *Med et Hyg.* 1975;(1163):1396.

d'autres situations particulières est abordée dans 43 articles, tandis que 46 sont consacrés uniquement au thème spécifique de l'information du patient oncologique. C'est donc au travers de ce thème très actuel à l'époque que nous allons aborder cette solution que semble représenter l'information.

Contexte : une Suisse qui veut « regagner le terrain perdu »

Dans ces articles, on peut tout d'abord constater l'importance croissante de la thématique du cancer et de la « lutte contre cette maladie »²⁸³. On remarque effectivement en Suisse une volonté de valoriser cette lutte, comme elle l'est dans d'autres pays, notamment aux États-Unis²⁸⁴, en Argentine²⁸⁵, en URSS²⁸⁶ et en Australie²⁸⁷.

« Ces dernières années, en Suisse également, les milieux responsables de la santé publique orientent de plus en plus leur intérêt vers le combat du cancer. »²⁸⁸

Il est intéressant de noter au passage que les responsables de cette lutte contre le cancer en Suisse, notamment Silvio Barandun (1920 – 2014), professeur à l'université de Berne et directeur de la Centrale suisse d'oncologie clinique, et Martin Allgöwer (1917 – 2007), président de la Ligue suisse pour la lutte contre le cancer, constatent un certain retard de notre pays à ce sujet. Malgré que « de très grands efforts dans la recherche expérimentale et clinique sur le cancer soient faits dans tout le monde civilisé »²⁸⁹, les Suisses sont « en voie d'être éclipsés et de ne plus pouvoir prétendre à des performances de pointe » dans le domaine de la recherche scientifique²⁹⁰.

« Malheureusement notre pays a manqué jusqu'ici de cette organisation et de cette coordination qui sont indispensables à l'utilisation statistique convenable des données cliniques et à l'appréciation des cytostatiques mis au point en laboratoire. »²⁹¹

Et ce n'est pas seulement un retard au niveau de la recherche scientifique, mais également au niveau de la médecine préventive et sociale, qui est souligné par Riotton :

« Ce n'est qu'en prenant rapidement conscience de notre retard en médecine préventive et sociale, sans parler des autres domaines de la médecine, que nous éviterons d'être définitivement « lâchés » de la queue du peloton médical des pays dits « développés » où nous nous maintenons péniblement. »²⁹²

²⁸³ Barandun S. Organisation et tâche de la centrale suisse d'oncologie clinique à Berne. Med et Hyg. 1964;(663):1005.

²⁸⁴ Heller JR. Informations étrangères: la lutte anticancéreuse. Med et Hyg. 1963;(610):818.

²⁸⁵ De Sustaita Seeber AB. Les idées du public sur le cancer en Argentine. Med et Hyg. 1964;(663):1013.

²⁸⁶ Rentchnick P. L'organisation de la lutte contre le cancer en URSS. Med et Hyg. 1962;(561):687.

²⁸⁷ Seiler. Informations étrangères: éducation de la population pour un meilleur dépistage du cancer dans l'Etat de Victoria. Med et Hyg. 1964;(651):683.

²⁸⁸ Allgöwer M, Burckhardt F. Ligue nationale suisse contre le cancer. Med et Hyg. 1964;(634):286.

²⁸⁹ Barandun S. Organisation et tâche de la centrale suisse d'oncologie clinique à Berne. Med et Hyg. 1964;(663):1005.

²⁹⁰ Allgöwer M. CANCER: l'information est une tâche essentielle. Med et Hyg. 1964;(663):1014-5.

²⁹¹ Barandun S. Organisation et tâche de la centrale suisse d'oncologie clinique à Berne. Med et Hyg. 1964;(663):1005.

²⁹² Riotton G. Introduction à la prévention, au dépistage au diagnostic précoce du cancer. Med et Hyg. 1967;(764):84.

On constate donc une volonté de rattraper ce retard afin de ne pas se faire distancier, ce qui permet d'expliquer l'abondance de littérature à ce sujet au sein d'une revue adressée aux praticiens suisses. Comme l'espère Rentchnick, les moyens investis au niveau national permettront peut-être à « la cancérologie suisse (d') enfin sortir de l'ornière et regagner le terrain perdu »²⁹³.

Un exemple australien

Dans un premier article en 1963, qui est une retranscription d'une communication effectuée au huitième congrès international du cancer à Moscou en juillet 1962, on aborde les méthodes utilisées en Australie, dans l'État de Victoria, afin d'obtenir le soutien public au cours de la campagne contre le cancer de 1958.²⁹⁴

Cette « collecte d'argent » fut également l'occasion d'une « campagne d'éducation », afin que « les moyens permettant de dépister le cancer (soient) mis à la disposition du public. » Il était prévu que cet argent récolté soit investi comme suit : « 75% pour la recherche, 12.5% pour l'éducation du public et 12.5% pour l'aide aux victimes du cancer, diagnostic et traitement inclus ». On constate donc que cette information du grand public est un point important sur l'agenda de la lutte contre le cancer.²⁹⁵

Plus tard, en 1964, sera publié dans *Médecine et Hygiène* un second article à ce propos, consacré plus en détail aux moyens d'informer la population afin de lui « faire adopter une attitude plus rationnelle vis-à-vis du cancer »²⁹⁶.

Il est bien connu que plus le cancer est traité précocement, plus le patient a de chances de survie ; c'est donc dans ce sens que vont tous les efforts effectués dans l'État de Victoria. Il s'agit donc d'apprendre à la population « à reconnaître les signes avertisseurs de la maladie en insistant sur le fait qu'ils ne traduisent pas toujours un cancer mais qu'ils indiquent une altération de l'état de santé et qu'il est alors bon de consulter un médecin. »

Mais selon les responsables de cette organisation australienne, ce n'est pas seulement « l'ignorance des symptômes » qui empêche la consultation précoce, mais également la peur, qui est « profondément enracinée dans toutes les classes de la société ». L'information de la population est également nécessaire pour faire comprendre qu'il s'agit d'une « maladie très grave certes, mais pas sans espoir de guérison ». ²⁹⁷

« On s'efforce d'exposer simplement ce qu'est la maladie pour permettre à l'audience d'en comprendre et reconnaître les symptômes et faire disparaître toutes les idées fausses courantes à son sujet. » ²⁹⁸

Il faut donc se débarrasser de cette peur généralisée, qui de plus est « le plus mauvais agent de propagande ». Comme on peut le constater dans la citation ci-dessus, on a opté pour la

²⁹³ Rentchnick P. Assemblée générale de la ligue suisse pour la lutte contre le cancer, Saint-Gall, 6-7 novembre 1964. *Med et Hyg.* 1964;(663):1014.

²⁹⁴ Kilpatrick MWJ. Organiser la lutte contre le cancer: participation du public à la lutte contre le cancer. *Med et Hyg.* 1963;(590):324.

²⁹⁵ Ibid

²⁹⁶ Seiler. Informations étrangères: éducation de la population pour un meilleur dépistage du cancer dans l'Etat de Victoria. *Med et Hyg.* 1964;(651):683.

²⁹⁷ Seiler. Informations étrangères: éducation de la population pour un meilleur dépistage du cancer dans l'Etat de Victoria. *Med et Hyg.* 1964;(651):683.

²⁹⁸ Ibid

« communication directe », notamment dans ce cas par des conférences avec des orateurs tels que « des chercheurs, des officiers du service de santé, des membres du Conseil anticancéreux, des médecins et des cancéreux guéris ». L'article poursuit en exposant les différentes méthodes d'information employée, notamment des films, des expositions, ou encore de la littérature distribuée au meeting et disponible sur demande. Puis on élargit encore le public cible par l'intermédiaire de la presse, de la télévision et de la radio ; la propagande se fait également au niveau professionnel pour le milieu du commerce et de l'industrie, et même à l'école. Les résultats, difficiles à quantifier de manière exacte, semblent positifs :

« C'est un fait reconnu que la campagne a incité beaucoup de patients présentant des signes possibles de cancer à consulter leur médecin, et les spécialistes rapportent plusieurs cas de cancer diagnostiqués tôt parce que le malade était informé. »²⁹⁹

On évoque rapidement en conclusion la « cancérophobie » que pourrait induire un tel programme. Dans cet exemple-ci, on affirme que les organisateurs ont « toujours su doser l'information de sorte que ce risque soit minime pour un individu normal ».³⁰⁰

Pour terminer sur cette illustration australienne de la problématique, on peut constater l'émergence de plusieurs thèmes intéressants.

On remarque premièrement que l'information semble un point important dans la lutte contre le cancer. Ensuite, la peur est également un thème qu'il est intéressant de souligner : en effet, d'un côté, on a cette peur profondément ancrée au niveau de la population fondée sur une image de la maladie qui n'est plus d'actualité. Cette angoisse entraîne un déni, qui va empêcher une prise en charge précoce. De l'autre côté, on a cette peur que l'on craint d'induire chez un patient trop informé, qui fait douter certains quant à la nécessité d'informer un malade.

C'est donc selon ces trois thématiques, celle de la légitimité de l'information comme moyen de lutte, celle de la légitimité d'annoncer ou non un diagnostic et celle de l'angoisse prétendument présente au niveau sociétal, que va s'articuler la suite de ce sous-chapitre.

L'information du grand public comme moyen de lutte

Allgöwer affirme en 1964 l'importance de l'information.

« L'information de notre peuple constitue une des tâches principales de notre ligue. »³⁰¹

Le premier article concernant l'information dans le cadre du cancer publié dans *Médecine et Hygiène* sur la période d'intérêt est un article de 1960, publié dans les suites du huitième congrès de l'union internationale contre le cancer à Moscou du 22 au 28 juillet de la même année. John Roderick Heller (1905 – 1989), directeur du National Cancer Institute (USA), est convaincu de l'importance de l'éducation du public et des médecins dans la mobilisation contre le cancer :

²⁹⁹ Seiler. Informations étrangères: éducation de la population pour un meilleur dépistage du cancer dans l'Etat de Victoria. *Med et Hyg.* 1964;(651):683.

³⁰⁰ Ibid

³⁰¹ Allgöwer M. CANCER: l'information est une tâche essentielle. *Med et Hyg.* 1964;(663):1014-5.

« Il faut surtout informer, toujours informer, et davantage informer encore plus que nous le faisons aussi bien le corps médical que le public. »³⁰²

Trois ans plus tard, dans un article publié originellement dans le troisième *Bulletin de l'Union internationale contre le cancer*, il expose les résultats d'un questionnaire auquel ont participé 109 responsables d'association du cancer et ministères de la santé de 106 pays. Cette enquête vient confirmer son propos et aboutit à la même conclusion. :

« il semble que la principale activité des institutions de lutte anticancéreuse soit l'information du corps médical et du grand public. »³⁰³

Il poursuit en plaçant la formation des médecins et l'information du grand public juste après les préoccupations financières dans les besoins non-satisfaits. On remarque donc que l'information du grand public est importante, mais que celle des professionnels n'est pas à négliger.³⁰⁴

A l'occasion d'une table ronde de *Médecine et Hygiène* du 17 novembre 1966 sur le sujet des « méthodes d'informations des médecins et du public concernant le dépistage précoce et le diagnostic du cancer », Hubert de Watteville (1907 – 1984), professeur à la faculté de médecine de Genève, va plus loin en affirmant qu'il faut commencer par l'information des professionnels.

« dans toute notre lutte contre le cancer, on doit tout d'abord s'adresser en premier lieu au praticien, au médecin, beaucoup plus qu'au public. »³⁰⁵

Il est question à plusieurs reprises, dans un ou l'autre article publié dans *Médecine et Hygiène*, de la formation des médecins, qui est évidemment nécessaire dans cette lutte. Chez certains, la peur du cancer que l'on évoquera tout à l'heure est également ancrée et l'information donnée peut s'avérer contre-productive. Rentchnick l'exprime dans un « Entre les lignes » de 1972 :

« On a souvent reproché, à juste titre, à de nombreux médecins de projeter leur angoisse devant le cancer et la mort sur leurs patients, contribuant ainsi à propager l'association cancer et mort dans le public. »³⁰⁶

Lors de cette même table ronde, un des participants de l'auditoire, Emile Musso, président de la Ligue genevoise contre le cancer, affirmera que certes, les médecins sont « les premiers à intervenir dans la lutte contre le cancer » et que leur éducation est importante, mais que ce sont des choses qui ont déjà été comprises et mises en place, dans ce cas précis au niveau de la Ligue genevoise.

³⁰² Rentchnick P. Echos et Nouvelles : le contrôle du cancer. Med et Hyg. 1962;(560):666.

³⁰³ Heller JR. Informations étrangères: la lutte anticancéreuse. Med et Hyg. 1963;(610):818.

³⁰⁴ Ibid

³⁰⁵ De Watteville H. Cours de perfectionnement sur le cancer: les méthodes d'information des médecins et du public concernant le dépistage précoce et le diagnostic du cancer. Med et Hyg. 1967;(765):125.

³⁰⁶ Rentchnick P. Entre les lignes: télévision et psychologie des cancéreux. Med et Hyg. 1972;(996):184.

« Donc, en même temps que nous enseignons les médecins, nous pouvons, je crois, aller de l'avant déjà dans des groupes structurés (dans la population) et nous ne risquons pas grand-chose dans ce domaine. »³⁰⁷

Pour conclure, c'est Rentchnick qui prend la parole en éditorial de cette table ronde de 1966. Plus qu'une option, un moyen de lutte parmi les autres, l'information du public est devenue une nécessité. Qu'on le veuille ou non, le public souhaite s'informer ; il ne tient qu'au médecin de savoir donner la bonne information.

« L'information médicale du public est devenue une nécessité sociale et un phénomène irréversible. Le corps médical doit comprendre qu'il peut orienter cette information dans la voie la meilleure en prenant une attitude positive. »³⁰⁸

Ainsi donc, nous pouvons déduire que la formation des professionnels est sans conteste importante dans la lutte contre le cancer, mais qu'elle peut se faire en parallèle de l'information du public, qui a également un rôle à jouer dans le dépistage précoce et le traitement du cancer.

Communication du diagnostic : l'information augmente-t-elle l'angoisse ?

« Il y a quarante ans, la tâche du médecin livré à ses propres forces en face d'un malade cancéreux se limitait à administrer de la morphine pour lutter contre la douleur et à cacher au patient la nature de son mal. »

Médecine et Hygiène affirme donc, dans son rapport à propos des journées médico-sociales romandes de 1964 sur le sujet du cancer, que l'oncologie moderne a évolué par rapport à celle des années vingt à bien des égards. Et cette lutte contre le cancer s'est organisée, permettant notamment, en tête de liste une fois de plus, de « comprendre la prévention par l'information et l'éducation du public ».

Plus loin dans l'article, on évoque un forum intéressant, organisé et dirigé par Charles Durand (1910 – 2001), directeur de la clinique psychiatrique des « Rives de Prangins », qui a pour objectif principal de « savoir dans quelle mesure il faut dire la vérité au malade cancéreux ».

« Les opinions que nous avons entendues montrent bien qu'il y a encore beaucoup de réticence du côté des médecins à dévoiler la nature du diagnostic au cancéreux [...]. Il faut abandonner définitivement cette attitude rigide consistant à considérer le malade cancéreux comme un enfant dénué de jugement et à qui on peut cacher la vérité. »³⁰⁹

Il est intéressant de remarquer lors de cette discussion que les infirmières, les assistantes sociales et les prêtres, considérés plus proches du malade, ont moins de réticence à « discuter franchement les problèmes psychologiques soulevés par l'annonce d'un

³⁰⁷ Musso E. Cours de perfectionnement sur le cancer: les méthodes d'information des médecins et du public concernant le dépistage précoce et le diagnostic du cancer. *Med et Hyg.* 1967;(765):127.

³⁰⁸ Rentchnick P. Editorial: cours de perfectionnement sur le cancer: les méthodes d'information des médecins et du public concernant le dépistage précoce et le diagnostic du cancer. *Med et Hyg.* 1967;(765):121.

³⁰⁹ *Médecine et Hygiène.* Journée médico-sociales romandes: la lutte contre le cancer. *Med et Hyg.* 1964;(635):308.

diagnostic aussi important ». Cependant, on remarque donc que cette hésitation de la part des médecins quand il s'agit de communiquer au patient des informations diagnostiques le concernant est répandue.³¹⁰

Cette thématique fera l'objet en 1965 d'un interview de Pierre-Bernard Schneider (1916 – 2005), professeur et directeur de la Polyclinique universitaire de psychiatrie de Lausanne. S'il est bien vrai que tous les médecins n'hésitent pas à annoncer ce diagnostic difficile, cela est souvent le cas, car le cancer est considéré à l'époque comme la « maladie mythique » qui a remplacé la tuberculose et pris son rôle de « grande tueuse ».

*« Le médecin a tendance à s'identifier à ses patients, donc à vivre ce que vit le patient dans sa souffrance. [...] Pour se défendre contre des situations affectives pénibles, le médecin, aussi, peut être tenté de nier la vérité, ce qu'il fait en ne parlant pas à son patient de la maladie dont il est atteint ».*³¹¹

Il est donc important, d'un côté, de démythifier cette maladie. De l'autre, il faut comprendre que le médecin n'est pas obligé de communiquer une vérité « scientifique », celle des courbes de mortalité, celle qui met en lumière ce qu'on ignore encore ; ce qu'il faut communiquer, c'est la vérité « psychologique », qui regroupe « tout ce qui peut aider le malade à supporter et à surmonter sa maladie ».

*« Ce que le médecin dira à son patient sur sa maladie dépendra donc de la personnalité globale de celui-ci, de ce qu'il peut supporter et de l'utilité que ces révélations auront pour le traitement ou l'adaptation à la maladie. »*³¹²

Rentchnick, dans une table ronde de 1968 « Doit-on dire la vérité aux cancéreux ? »³¹³, affirme que cette volonté de ne pas donner un diagnostic est une tendance européenne ; en effet, dans d'autres pays comme les États-Unis, le Canada et la Grande-Bretagne, on aurait su démythifier la maladie par une bonne information de la population.

*« En fait, les enquêtes réalisées aux États-Unis, au Canada et en Grande-Bretagne, démontrent que, dans la très grande majorité, les malades cancéreux veulent connaître le diagnostic exact de leur mal. Pourquoi dans les pays anglo-saxons seulement ? Parce que, c'est précisément dans ces pays que les ligues nationales contre le cancer ont fait un magnifique travail d'information du public »*³¹⁴

Il est assez intéressant de constater que huit ans plus tard, en 1976, dans un article consacré à la relation thérapeutique entre le médecin et le malade cancéreux, A. Gunn-Séchehaye, de la polyclinique universitaire de psychiatrie à Genève, considère « qu'actuellement les médecins européens tendent à suivre les Américains sur le chemin de la démythification et de la vérité donnée au malade. » Il est partisan de la vérité, mais d'une vérité qui s'adapte, et il cite Schneider pour illustrer son propos :

³¹⁰ Médecine et Hygiène. Journée médico-sociales romandes: la lutte contre le cancer. Med et Hyg. 1964;(635):308.

³¹¹ Schneider PB. Comment le psychiatre voit les relation entre le cancéreux et son médecin: Interview du professeur P. B. Schneider. Med et Hyg. 1965;(701):840.

³¹² Ibid

³¹³ Rentchnick P, Mach RS, Musso E, Durand C, Mauris, Babel H, et al. Table ronde: doit-on dire la vérité au cancéreux? Med et Hyg. 1968;(808):54-6.

³¹⁴ Rentchnick P. Table ronde: doit-on dire la vérité au cancéreux? Med et Hyg. 1968;(808):54-6.

« Comme l'écrit P. B. Schneider, il est préférable de tâter le terrain, avant de donner trop d'informations, des renseignements trop précis, le diagnostic exact. »³¹⁵

Dans cette table ronde citée plus haut, on remarque notamment l'avis de René Sigmund Mach (1904 – 1994), professeur et directeur de la clinique médicale thérapeutique universitaire de Genève. Il reconnaît, comme dans les deux autres avis exposés ci-dessous, que cette notion de communiquer ou non le diagnostic est un problème. Cependant, pour lui, cela doit rester un « problème douloureux », et chaque cas a une solution individuelle.

Il croit qu'il est nécessaire d'informer le patient, si l'on veut garder sa confiance sur laquelle est fondée la relation, mais que cette vérité peut être différée, en fonction des cas.

« Je pense que si on veut garder la confiance du malade, il faut l'informer ; j'ajouterai même qu'il y a des silences coupables. Mais cette information peut être différée. »³¹⁶

Pour Durand, la relation thérapeutique entre le malade et le médecin est déterminante dans l'annonce du diagnostic, car « c'est dans le cadre de cette relation que peut émerger une vérité qui sera la vérité de la relation entre le médecin et son malade ». On rejoint ici le professeur Schneider, qui parlait d'une pluralité de vérités, qui ne sont pas toutes bonnes à dire. La manière d'aborder les choses et d'annoncer le diagnostic est donc primordiale :

« Le vrai médecin est celui qui engage un dialogue avec son patient pour savoir ce que celui-ci est en mesure d'assumer de la vérité. Quand on cerne ce problème, on s'aperçoit qu'il n'y a pas une seule réponse, mais des cas particuliers qui doivent être traités dans une atmosphère de confiance. »³¹⁷

Les conclusions de Rentchnick vont clore ce sous-chapitre. Les avis exposés ci-dessus, et donc dans *Médecine et Hygiène*, vont tous dans la même direction. Il s'agit d'informer le patient de son diagnostic, mais de la bonne manière (vérité psychologique), et au bon moment (vérité différée), en prenant en compte la personnalité du patient pour s'assurer qu'il puisse supporter cette vérité. Cependant, Rentchnick est certain que parmi ses confrères, il en existe encore qui « refusent systématiquement la vérité à leurs malades cancéreux. » Mais au lieu de redouter l'angoisse ou la dépression que cela pourrait déclencher, ne feraient-ils pas mieux de saisir cette opportunité de se placer aux côtés du malade, pour l'aider dans cette étape difficile ?

« Ne doit-on pas révéler le diagnostic de vérité en sympathie avec le malade, et lui faire comprendre que nous allons supporter une part du fardeau ? »³¹⁸

Rentchnick, suivant l'exemple des pays anglo-saxons, est persuadé que c'est une bonne information du public, et donc une démythification de la maladie, qui va permettre d'amorcer le dialogue avec le patient cancéreux. Ce sera donc le sujet du prochain sous-chapitre.

³¹⁵ Gunn-Séchehayé A. Le médecin face au malade cancéreux: quelques aspects psychologiques de leur rencontre. *Med et Hyg.* 1976;(1214):1663-6.

³¹⁶ Mach RS. Table ronde: doit-on dire la vérité au cancéreux? *Med et Hyg.* 1968;(808):55-6.

³¹⁷ Durand C. Table ronde: doit-on dire la vérité au cancéreux? *Med et Hyg.* 1968;(808):55.

³¹⁸ Rentchnick P. Table ronde: doit-on dire la vérité au cancéreux? *Med et Hyg.* 1968;(808):56.

Information du grand public : l'information diminue-t-elle l'angoisse ?

Allgöwer - comme cela a déjà été affirmé pour l'Etat de Victoria en Australie - est d'avis qu'il existe deux raisons qui « amènent encore aujourd'hui trop de patients à consulter trop tard ». La première, c'est évidemment le manque de connaissances des « signes d'alarme ». L'autre, c'est une sorte de « politique de l'autruche », qui consiste à ne pas prendre des symptômes alarmants en compte, « dans l'espoir fallacieux qu'ils s'amenderont d'eux-mêmes ». ³¹⁹ Rentchnick, dans le dossier « Information du public et cancer », confirme que c'est bien cette peur qui est le frein principal à la consultation :

« Des psychiatres ont essayé de nous expliquer cette attitude incompréhensible du public : c'est la grande peur, la peur profonde accompagnant ou engendrant l'ignorance ou la volonté d'ignorer les symptômes précoces du cancer qui sont la cause essentielle du retard que le public accepte avant de consulter le médecin » ³²⁰

J. Wakefield, docteur en médecine sociale et préventive à l'université de Manchester, confirme ces dires dans une rubrique du dossier « Information du public et cancer ». Il évoque des enquêtes d'opinion de plusieurs pays qui affirment que la crainte est souvent à l'origine du retard de consultation.

Les malades invoquent plusieurs justifications, comme la perte potentielle d'un emploi ou la nécessité d'abandonner une famille, mais Wakefield avance que ce n'est là qu'un « « habillage relationnel » d'une peur plus profonde en face d'une maladie que l'on croit inévitablement mortelle ». ³²¹ Dans un article publié plus tard la même année, Wakefield cite en effet une enquête entreprise en 1963 parmi 1'200 femmes de la région de Manchester, qui conclut que 64% des interrogées croyaient le cancer incurable, proportion encore plus élevée parmi les groupes socio-économiques inférieurs (76%). ³²²

On a là un concept aussi logique qu'intéressant ; les groupes socio-économiques inférieurs semblent avoir une vision plus négative de la maladie, ce que corrobore un sondage argentin auprès de 450 personnes, ayant pour but de découvrir les idées du public sur le cancer à Buenos Aires. Elle prouve qu'un effort d'éducation sanitaire plus important doit être fait auprès des personnes peu instruites :

« Celles-ci craignaient davantage le cancer que les autres, attendaient moins du traitement ou en ignorait complètement les possibilités et avaient davantage d'idées fausses sur la maladie. » ³²³

Ce sont donc les moins instruits, ceux qui par ailleurs « connaissent le moins l'existence de la propagande éducative », qui ont le plus peur du cancer. ³²⁴

³¹⁹ Allgöwer M. CANCER: l'information est une tâche essentielle. Med et Hyg. 1964;(663):1014-5.

³²⁰ Rentchnick P. Education du public et cancer: l'information du public à propos du cancer. Med et Hyg. 1965;(678):248.

³²¹ Ibid

³²² Wakefield J. Les progrès de la lutte contre le cancer en Angleterre. Med et Hyg. 1965;(705bis):972.

³²³ De Sustaita Seeber AB. Les idées du public sur le cancer en Argentine. Med et Hyg. 1964;(663):1013.

³²⁴ Ibid

L. Baric, dans une autre rubrique du dossier « Information du public et cancer », fait mention du rapport « Health Education », récemment publié en Grande-Bretagne. Dans ce rapport, on affirme que cette angoisse sociétale découlerait de l'ignorance :

« Nous n'ignorons pas que les avis sont actuellement partagés sur ce sujet. Nous sommes néanmoins convaincus qu'une action éducative visant à faire mieux connaître le cancer et les moyens de le détecter rapidement ne peut faire que du bien. C'est l'ignorance et non le savoir qui provoque la peur déraisonnable du cancer. »³²⁵

C'est donc ce mythe du cancer que l'on évoquait tout à l'heure qui semble angoisser. Pour Marcel Dargent (1908 – 1972), professeur à la Faculté de médecine de Lyon, le mot « cancer » est lui-même gravement connoté et contient « sa charge d'horreur ».³²⁶

Pour Rentchnick, toujours dans ce dossier « Information du public et cancer », le cancer est ancré dans les esprits depuis toujours comme une maladie contre laquelle même les plus érudits ne peuvent rien ; autrement dit, « le diagnostic de cancer constitue un arrêt de mort ». Il s'agit donc, non seulement d'informer sur les signes précoces du cancer, mais également sur les modalités de traitement.³²⁷ Dans une table ronde de *Médecine et Hygiène* sur l'information dans le cadre du cancer, Gaston Garrone (1924 – 1991), directeur du département de psychiatrie de la faculté de médecine de Genève, ajoutera qu'une distinction entre les types de cancer est également nécessaire à sa démythification, car pour le public il existe « un cancer, maladie irrémédiable, angoissante. »³²⁸

Pour reprendre l'avis de Rentchnick exposé dans le dossier « Information du public et cancer »³²⁹, on peut dire que la communication avec le public est la clé pour surmonter son « blocage psychologique », et « un seul moyen de communication n'est pas suffisant ». Cette communication doit se faire en deux étapes : la première, la communication « impersonnelle », comprenant la télévision, la radio, les journaux, doit s'utiliser de manière aussi large que possible afin d'obtenir un public réceptif. Ensuite, dans un deuxième temps, on peut appliquer des méthodes plus « personnelles », où les informateurs vont à la rencontre de la population dans le cadre de petits groupes sociaux, où chacun se connaît, pour amorcer le dialogue. Voici un bon exemple de communication impersonnelle, qui crée un climat de confiance :

« On sait, par exemple, que certaines femmes sont allées consulter un médecin dès qu'elles ont appris qu'une tumeur du sein pouvait être provoquée par autre chose que le cancer. Dans une conférence ou dans un article de vulgarisation, tout l'art du spécialiste consistera à faire comprendre à l'auditoire que telle ou telle manifestation n'est pas obligatoirement liée au cancer : on libère ainsi le public de cette anxiété du cancer et on lui permet de

³²⁵ Baric L. Education du public et cancer: informer plus pour soigner moins. Med et Hyg. 1965;(678):245-6.

³²⁶ Dargent M. Propos concernant l'éducation sanitaire du public à propos du cancer. Med et Hyg. 1970;(929):1279-83.

³²⁷ Ibid

³²⁸ Garrone G. Cours de perfectionnement sur le cancer: les méthodes d'information des médecins et du public concernant le dépistage précoce et le diagnostic du cancer. Med et Hyg. 1967;(765):123.

³²⁹ Rentchnick P. Education du public et cancer: l'information du public à propos du cancer. Med et Hyg. 1965;(678):248.

se rendre à la consultation médicale puisque le verdict « cancer » n'est pas obligatoire. »³³⁰

Cette notion de cancer comme devant faire partie de la liste de toutes les pathologies et ne plus être mise à part est reprise en 1969 par Dargent.

« Dans un rapport qui m'avait été demandé par notre Ministère de la Santé Publique sur l'éducation sanitaire en 1963, j'avais attiré l'attention sur une tendance que je voudrais voir de plus en plus répandue, c'est celle qui consisterait à ne plus isoler le cancer des autres maladies et de ce fait, ne plus renforcer la conception d'un fléau exceptionnel. »³³¹

Et cela est également valable au niveau des campagnes d'information, notamment anti-tabac, ou pour l'hygiène de la peau, dont les conséquences mises en avant ne devraient pas être uniquement tumorales.³³²

Reprenons l'avis de Rentchnick exposé dans ce dossier. Ce qui est sûr, c'est « qu'un programme d'éducation du public en matière de cancer ne saurait plus s'improviser comme il l'est régulièrement à l'heure actuelle dans notre pays ». C'est une activité qui nécessite des personnalités ayant « un contact professionnel avec le public ». Il est donc d'une importance capitale d'organiser méthodiquement ces campagnes d'information, et de la confier à des experts.³³³ Comme il le défendra plus tard, c'est seulement « une information bien conduite (qui) peut mener à une démythification du cancer, condition préalable et nécessaire à toute campagne de dépistage et de diagnostic précoce ».³³⁴

On retrouve également cette nécessité de professionnalisation de l'éducation sanitaire chez Baric, qui citait plus haut le rapport « Health Education ». Pour lui, « nous sommes très mal renseignés sur ce qu'il faut faire en matière d'éducation sanitaire ». Ce rapport prévoit également de consacrer une partie du financement à des « enquêtes sociales sur les méthodes qui correspondent le mieux à chaque problème ».³³⁵

Wakefield cite lui carrément le Comité d'experts de l'OMS, qui décrit de « vastes lacunes de nos connaissances sur les facteurs sociaux, psychologiques et éducatifs, lacunes qui empêchent d'utiliser les connaissances que nous possédons sur les moyens de prévenir le cancer ».³³⁶

C'est dans cette volonté de professionnalisation que la question de l'information du public a été posée à Schneider lors de son interview pour le *Bulletin de l'Union internationale contre le cancer*. Pour lui, il ne faut qu'informer le public lorsque l'on possède « suffisamment de données positives et favorables », ne parler que des guérisons et non pas des décès, et évoquer les découvertes thérapeutiques et diagnostiques seulement lorsque « leur valeur est prouvée ».

³³⁰ Rentchnick P. Education du public et cancer: l'information du public à propos du cancer. Med et Hyg. 1965;(678):248.

³³¹ Dargent M. L'importance de l'enseignement oncologique. Med et Hyg. 1969;(882):943-4.

³³² Dargent M. L'importance de l'enseignement oncologique. Med et Hyg. 1969;(882):943-4.

³³³ Ibid

³³⁴ Rentchnick P. Editorial: cours de perfectionnement sur le cancer: les méthodes d'information des médecins et du public concernant le dépistage précoce et le diagnostic du cancer. Med et Hyg. 1967;(765):121.

³³⁵ Baric L. Education du public et cancer: informer plus pour soigner moins. Med et Hyg. 1965;(678):245-6.

³³⁶ Wakefield J. Les progrès de la lutte contre le cancer en Angleterre. Med et Hyg. 1965;(705bis):972.

« Les opinions médicales divergentes, contradictoires, inquiètent le public. [...] Il ne nous appartient pas de donner en pâture au public le dernier médicament ou la dernière opération si on en est encore à la période de la recherche. La presse dite à scandale suffit. En même temps, le monde médical doit se tenir à disposition de ceux qui désirent une information et ne pas craindre de prendre position. »³³⁷

Cette presse à scandale dont il est question amène une autre dimension : celle de l'information mauvaise dont parlait Rentchnick dans la table ronde sur *Némésis médicale*. Dans un éditorial de 1973, Pierre Maurice (1924 –), professeur à la faculté de médecine de Genève, met en garde contre ce type d'information, avec lequel le patient vient parfois à la consultation. Cela ne fait donc que souligner l'importance d'une information orientée vers les résultats positifs certes, mais juste, ne donnant pas de faux espoir.

« Nous devons admettre que pour le moment le problème évoqué est encore trop compliqué pour se prêter à une vulgarisation ainsi qu'à une conclusion facile et que l'éducation du public en matière de cancer exigerait plutôt le choix de sujets susceptibles d'être saisis intégralement par le profane. »³³⁸

Pour terminer ce chapitre, on remarque donc qu'il existe bel et bien une angoisse au niveau de la population, et qu'elle est une des raisons empêchant parfois la consultation précoce, et donc dans certains cas un meilleur pronostic.

Pour parvenir à briser cette peur qui semble paralyser la population, il s'agit d'informer de la bonne manière, afin de transmettre simplement au public les signes d'appel, les possibilités de traitement, et le fait qu'il existe plusieurs types de cancer avec des pronostics différents. Pour la plupart, les auteurs proscrivent l'utilisation de la peur comme outil de communication, mais encouragent une communication fondée sur les nombreux outils à disposition, menée par des professionnels sur la base d'enquêtes dans la population et qui ne doit pas être focalisée uniquement sur la notion de cancer.

Conclusion

Fin 1971, la Ligue suisse contre le cancer crée une commission d'information dont elle confie la présidence à Rentchnick. Lors de la séance constitutive, il donne les lignes principales de son programme, et reprend des notions qui sont celles exposées ci-dessus, et qui nous serviront de fil rouge pour conclure sur ce sujet de l'information du public.³³⁹

Premièrement, le but de ces campagnes d'information du public est de « démythifier le cancer », qui n'est pas, contrairement à la croyance répandue dans la population « une maladie mortelle à coup sûr » :

« Il y a donc une obligation évidente pour le corps médical [...] et surtout pour les chercheurs scientifiques des grands instituts, de sortir de leur tour d'ivoire pour compléter l'information insuffisante du public et lui montrer les efforts

³³⁷ Schneider PB. Comment le psychiatre voit les relation entre le cancéreux et son médecin: Interview du professeur P. B. Schneider. Med et Hyg. 1965;(701):840.

³³⁸ Maurice P. Editorial: information médicale du public en cancérologie. Med et Hyg. 1973;(1080):1825-6.

³³⁹ Rentchnick P. L'information du public et des médecins dans le domaine du CANCER. Med et Hyg. 1971;(987):1916-21.

considérables sur le plan scientifique et financier faits dans le monde entier »³⁴⁰

En montrant au public une présence scientifique, on gagne ainsi sa confiance. Et cette confiance est nécessaire pour pousser l'individu à consulter ; la peur est en effet, selon plusieurs auteurs dont l'avis est exprimé plus haut, un des facteurs qui empêche le patient de se présenter précocement.

Afin de connaître les limites de cette information, il faut procéder à des enquêtes de population, ce qui a déjà été fait dans plusieurs pays. Cela permettra d'orienter l'« information afin de la rendre efficace ». L'information transmise doit donc être positive (sans être mensongère ou trop optimiste), et peut être résumée en trois thèmes :

« Le cancer peut être évitable ; le moyen le plus sûr de guérir d'un cancer est de le dépister et de le traiter précocement ; la recherche progresse et chaque année de nouveaux succès thérapeutiques sont enregistrés. »³⁴¹

Cette information est distribuée en deux phases, la première avec des méthodes impersonnelles (TV, radio, cinéma, journaux), qu'il s'agit de manier habilement de sorte à obtenir un climat propice à la deuxième. Cette deuxième étape consiste à aller vers la population lorsqu'elle est assemblée en petits groupes sociaux d'individus se connaissant entre eux (l'école en est un exemple particulier, constituant un « futur public ») ; c'est cette deuxième partie qui pourrait vaincre le blocage psychologique du public. Donc, informer, oui, mais pas n'importe comment ; cela nécessite une centralisation, et l'intervention de professionnels qui se fonderont sur ces enquêtes d'opinion.

Évidemment, comme justement soulevé dans plusieurs articles, le public n'est pas le seul groupe visé par cette éducation sanitaire concernant le cancer ; les éducateurs de profession et les médecins sont également des groupes cibles.

« Le médecin praticien est la cheville ouvrière de l'éducation sanitaire. »³⁴²

Dans ce riche thème de l'information du public en matière de cancer, on peut donc mettre en évidence que l'éducation de la population est un paramètre important dans la prise en charge, ayant un impact sur le pronostic. Cependant, il est bien clair que le rôle du public informé n'est pas de poser le diagnostic, mais bel et bien d'identifier certains signes d'alarme qui l'amèneraient à consulter un médecin, la responsabilité diagnostique étant bien entendue l'apanage de ce dernier.

En cela, Rentchnick, grand promoteur de l'éducation sanitaire du public en matière de cancer, se distingue très bien d'un Illich qui promeut l'autodiagnostic et le « soigne-toi toi-même ».

³⁴⁰ Ibid, p. 1916

³⁴¹ Ibid, p. 1917

³⁴² Rentchnick P. L'information du public et des médecins dans le domaine du CANCER. Med et Hyg. 1971;(987):1921.

5.4.2 FORMATION

« Les programmes des facultés de médecine, vus sous cet angle, peuvent paraître parfois anachroniques. »³⁴³

C'est sur cette affirmation de Rentchnick dans l'éditorial du numéro consacré au congrès de Davos que l'on ouvre ce chapitre de la formation. On l'a souligné à plusieurs reprises, il considère l'éducation des médecins comme une solution à cette « crise médicale ».

La revue *Médecine et Hygiène*, se définissant comme une revue adressée au médecin généraliste afin de le tenir au courant des dernières découvertes, est par essence remplie d'articles concernant indirectement ce sujet. De plus, on remarque de nombreux articles parlant de la formation en elle-même, en Suisse ou ailleurs, ainsi que de la pénurie ou de la pléthore de médecin (58).

Il faut donc dégager une thématique particulière, et c'est le sous-chapitre précédent sur le sujet de l'information qui nous le suggère. Ainsi, c'est sous l'angle du médecin de premier recours, plus fréquemment appelé « omnipraticien » dans la revue, celui qui est, rappelons-le, « la cheville ouvrière de l'éducation sanitaire »³⁴⁴, que nous allons aborder cette problématique.

L'omnipraticien : quelle place dans le système de santé ?

Deux articles de 1963 défendant des positions très similaires vont définir la place particulière de l'omnipraticien dans le système de santé : celui de Paul Milliez (1912 – 1994), professeur à l'université de Paris, très intéressé au problème d'organisation de la profession médicale, et celui d'un comité d'experts de l'OMS.

« Dans les pays les plus avancés, le praticien de médecine générale – l'omnipraticien – semble être à la croisée des chemins : une voie peut conduire à sa disparition totale, l'autre à l'épanouissement d'une forme entièrement nouvelle de médecine familiale. »³⁴⁵

Si l'OMS a mandaté un comité d'experts, c'est parce que les autorités des différents pays ne sont pas toutes d'accord sur le chemin à prendre ; en effet, si pour certains il est clair que l'omnipraticien représente le premier expert à consulter en cas de maladie, pour d'autres, aux États-Unis et en Grande-Bretagne par exemple, il est « une survivance du passé », pouvant être avantageusement remplacé par des spécialistes comme l'interniste ou le pédiatre. La position de l'OMS est claire :

« non seulement le praticien de médecine générale reste un combattant indispensable dans la lutte contre la maladie et pour la santé, mais il importe de l'aider à prendre des responsabilités accrues dans une société dont les besoins évoluent. »³⁴⁶

³⁴³ Rentchnick P. Antimédecine: A propos du Congrès de Davos sur les limites de la médecine et de la Conférence d'Ivan Illich à l'OMS. Editorial : l'antimédecine avec ou sans Ivan Illich. *Med et Hyg.* 1975;(1144):610.

³⁴⁴ Rentchnick P. L'information du public et des médecins dans le domaine du CANCER. *Med et Hyg.* 1971;(987):1921.

³⁴⁵ experts de l'OMS. L'omnipraticien et son avenir. *Med et Hyg.* 1963;(612):877-8.

³⁴⁶ Ibid

Ainsi c'est une évolution de la société, donc un changement de contexte de la pratique médicale, qui est responsable de cette modification de l'exercice médical. Pour Milliez, les raisons en sont « techniques, financières et sociales ».³⁴⁷

Premièrement, comme écrit de nombreuses fois au cours de ce travail, il est incontestable que la profession se modernise, et que le nombre de nouvelles découvertes ou technologies explosent ; le remède semble être la spécialisation, « car il est de plus en plus difficile de posséder une connaissance suffisante et tenue à jour de chaque spécialité ». Dans ce contexte, l'omnipraticien peut se sentir réduit à « une médecine symptomatique à la chaîne », ou alors à une fonction ingrate de trieur.

L'augmentation des coûts de la santé en lien avec ce développement technologique introduit dans la relation thérapeutique un tiers payant, puisque le patient ne peut plus assumer seul cette importante charge financière. Ce tiers payant obtient ainsi « un droit de regard sur la marche de l'hôpital », et imposera une médecine la plus économique possible.

Finalement, baignant dans un contexte social de miracles scientifiques et de grandes découvertes, le patient exige avoir accès à toutes ces technologies.

« Le côté humain de la médecine, sans être indifférent au malade, devient à ses yeux moins important que la valeur technique. »³⁴⁸

Il s'agit donc de trouver la place de l'omnipraticien dans ce nouvel environnement. Il est évidemment impossible pour un seul homme d'emmagasiner toutes les connaissances médicales à disposition ; mais cependant son appui moral est fondamental. L'omnipraticien peut « montrer la voie dans le labyrinthe des diagnostics et des thérapeutiques », empêcher des hospitalisations inutiles, coordonner les différents spécialistes, et rappeler à ces derniers que « l'homme n'est pas un problème médical abstrait ».³⁴⁹

Sur ce dernier point particulièrement, Milliez rejoint les experts de l'OMS :

« Il faut donc préserver la médecine de cabinet, car c'est là seulement que le malade peut s'épancher et trouver un médecin totalement disponible, apportant à la fois remèdes et consolations. C'est donc à nous, médecins, d'essayer de trouver les formules qui nous permettront de maintenir cette médecine personnelle. »³⁵⁰

Il existe également une place pour l'omnipraticien dans la recherche médicale, notamment en ce qui concerne les pathologies courantes, et il peut également contribuer aux essais de nouveaux médicaments ; les experts de l'OMS soulignent en effet que c'est un omnipraticien qui a le premier signalé les effets de la thalidomide.³⁵¹

Pour préserver cette médecine de cabinet qui a un rôle à jouer dans le système de santé, il s'agit, comme déjà mis en évidence, de donner « des possibilités de perfectionnement », donc une formation post-graduée appropriée. On a constaté notamment dans certains pays la « création spontanée des collèges et des académies de médecine générale », que l'OMS encourage.

³⁴⁷ Milliez P. La médecine de cabinet a-t-elle encore un rôle à jouer? Med et Hyg. 1963;(599):551-2.

³⁴⁸ Ibid

³⁴⁹ Op cit, experts de l'OMS

³⁵⁰ op cit, Milliez

³⁵¹ op cit, experts de l'OMS

Dans les deux articles, on parle également de la solution du cabinet de groupe, qui « donne de meilleures conditions de travail, puisqu'il est plus facile d'organiser les permanences et de mettre les ressources en commun pour diminuer les frais et améliorer l'efficacité des soins. »³⁵²

Cette nécessité de la formation sera également soulevée par les étudiants en médecine lors d'un congrès européen en 1968, réunis dans le but audacieux « d'orienter dans un même sens les décisions qui seraient prises ». Le domaine qui a fait l'unanimité est celui de la formation en médecine générale.

« L'omnipraticien, disent-ils, ne doit pas être considéré comme un parent pauvre et sa formation doit être aussi poussée que celle des spécialistes. [...] Cette formation serait alors non seulement scientifique, mais aborderait des domaines tels que la sociologie et l'étude des lieux de vie. »³⁵³

Cette formation qui va au-delà du purement scientifique, on se rappelle qu'elle avait été abordée lors de la table ronde sur *Némésis médicale* ; le Dr Du Bois, omnipraticien genevois, proposait une formation dans le domaine psychologique, qui fait défaut au médecin, car il avait constaté une très grande proportion de cas « psychosomatiques » dans sa clientèle.³⁵⁴

Cela se retrouve dans les pages de *Médecine et Hygiène* ; entre les années 1964 et 1967, hormis l'article d' « Echos et Nouvelles » annonçant la création du titre FMH que l'on abordera plus loin, on ne dénombre que deux articles concernant l'omnipraticien, qui sont tous deux en rapport avec cette médecine psychosomatique : un article de 1964 s'intitulant « problèmes psychologiques en médecine générale », et un autre de 1965, « omnipraticien et médecine psychosomatique ».

« Le médecin malhabile [...] du point de vue psychologique, va au-devant d'échecs professionnels dus au refus du malade de se soumettre à telle ou telle investigation. Dans cet ordre d'idées, un médecin mauvais psychologue est un mauvais médecin, même si, d'autre part, il est brillant, compétent et techniquement habile. »³⁵⁵

« L'aggravation des diverses formes de « stress » augmentera le nombre des problèmes dits psychosomatiques. C'est un vrai défi pour le médecin de famille de reconnaître comment prendre et manier ces problèmes complexes lorsqu'ils se posent et encore mieux, les prévenir. »³⁵⁶

Michael Balint (1896 – 1970) est psychiatre, psychanalyste, directeur de groupe de Séminaires pour post-gradués du Département de médecine psychologique au « University College Hospital » de Londres, et nous l'avons déjà évoqué dans le contexte de cette table ronde sur *Némésis médicale*. Il fera l'allocution d'ouverture du huitième Congrès international

³⁵² experts de l'OMS. L'omnipraticien et son avenir. Med et Hyg. 1963;(612):877-8.

³⁵³ Bros B. Echos et Nouvelles: le Congrès européen des étudiants en médecine se préoccupe de la formation de l'omnipraticien. Med et Hyg. 1968;(819):414.

³⁵⁴ Rentchnick P, Berthoud S, Du Bois R, Buffle PJ. Table ronde sur « La Némésis Médicale » d'Ivan Illich avec 4 médecins genevois. Med et Hyg. 1975;(1163):1395-9.

³⁵⁵ Selvini A. Problèmes psychologiques en médecine générale. Med et Hyg. 1964;(633):241-2.

³⁵⁶ Greco RS. Omnipraticien et médecine psychosomatique. Med et Hyg. 1965;(693):637-8.

de médecine générale à Salzbourg en 1966, allocution qui sera retranscrite dans *Médecine et Hygiène* en 1968.³⁵⁷

Pour lui, il est difficile de définir ce qu'est exactement la médecine générale. Si l'on prend en considération le contexte social et la valorisation générale de la spécialisation, à un point tel que seuls les spécialistes enseignent la médecine depuis deux siècles, on peut faire à propos de la médecine générale la constatation suivante :

*« La pratique générale ne vaut pas vraiment la peine d'être enseignée comme telle en raison du fait qu'elle n'est qu'une version condensée des spécialités appliquées. C'est pourquoi ce qui doit être enseigné aux futurs praticiens de médecine générale est un résumé de l'ensemble des spécialités. »*³⁵⁸

Pour Balint, cette conception n'est pas très éloignée de la représentation de la pratique générale de l'époque ; la médecine hospitalière représentant « la façon dont la médecine devrait être pratiquée », il n'est pas surprenant que l'on considère que l'omnipraticien ne pratique qu'une « spécialité appliquée, d'un niveau quelque peu inférieur ». Dans cette optique où le cabinet n'est qu'un « centre de triage », il est légitime de « mettre en question la raison d'être du maintien de la pratique générale ».

Cependant, il a été reconnu finalement que la médecine générale diffère de la médecine hospitalière en plusieurs points : le malade est à prendre dans un contexte familial, les pathologies sont rarement « sérieuses » ou « scientifiquement intéressantes », les moyens d'investigations sont très limités. Mais surtout, le médecin connaît son patient :

*« Pour le médecin de médecine générale, l'affection n'est qu'un épisode – peut-être critique et très marquant – dans une longue histoire qui remonte sur plusieurs années. »*³⁵⁹

Depuis le début des années cinquante, Balint a dirigé des séminaires pour praticiens de médecine générale « qui s'intéressaient à l'étude plus approfondie de leurs cas difficiles. » Il développe deux concepts : le « diagnostic traditionnel », qui s'attache à la compréhension de la maladie, et le « diagnostic total », visant la compréhension du patient dans sa globalité. Et c'est ce « diagnostic total » qui pourrait être mieux pratiqué par l'omnipraticien que par n'importe quel autre spécialiste. En effet, de par sa relation particulière avec le patient, il acquiert « la connaissance directe des gens qui dérive seulement du contact avec les familles pendant des années, et lors des maladies et en dehors d'elles ».

*« Elle (la médecine générale) devrait essayer de se libérer des limitations qui lui sont imposées par les diverses spécialités et d'utiliser les possibilités particulières inhérentes aux relations du praticien général avec ses patients pour aller au-delà du diagnostic traditionnel et arriver à un diagnostic total digne de confiance. Sur cette base, le praticien général pourrait établir une sorte d'approche thérapeutique toute différente, une sorte de médecine différente. »*³⁶⁰

³⁵⁷ Balint M. Qu'est-ce que la médecine générale et que pourrait-elle être? *Med et Hyg.* 1968;(811):124-7.

³⁵⁸ Ibid, p. 124

³⁵⁹ Ibid, p. 124

³⁶⁰ Balint M. Qu'est-ce que la médecine générale et que pourrait-elle être? *Med et Hyg.* 1968;(811):125.

Bien que surchargés, avec une formation essentiellement scientifique, les omnipraticiens sont le mieux placés pour le faire, parce qu'ils « ont en leur possession un trésor d'observations hautement importantes – si toutefois ils osent s'en servir ».

En effet, Balint constate que ces informations appartenant au domaine de la vie personnelle, si utiles à la compréhension du patient dans sa globalité, ne sont que rarement incluses dans le dossier médical. L'argument du « strictement privé », que l'on n'applique pourtant pas à d'autres interventions médicales « envahissantes » comme un examen gynécologique, est souvent avancé, mais Balint rétorque :

« Pourquoi ne nous soucions-nous pas, dans certains domaines, de violer l'intimité si nous le jugeons nécessaire, alors que dans d'autres, nous nous sentons inhibés et usons d'un argument que nous choisissons d'écarter autrement ? »³⁶¹

La réponse est simple : la formation des médecins, dont « l'examen des sentiments intimes, des émotions et des affections du patient n'était pas partie intégrante ». On peut donc facilement comprendre que les médecins se sentent gênés d'aborder ce genre de problématique.

« D'un autre côté, une fois que l'on a reconnu que les sentiments, les émotions et les réactions humaines – tels que l'espoir et le désespoir, le plaisir et la cruauté, la confiance et l'assurance, etc. – sont des objets dignes d'une observation scientifique correcte, et que leur étude fournit des données importantes pour la compréhension et le traitement de nombreuses petites maladies de tous les jours qui remplissent les cabinets de consultation en médecine générale – alors naîtra une nouvelle médecine. »³⁶²

Cette nouvelle médecine, il l'appelle « Médecine de toute la personne », et c'est elle qui selon lui est l'avenir de la pratique générale.

« De par la nature de son travail et de ses relations avec toute la famille, le praticien de médecine générale se trouve dans une position beaucoup plus favorable que n'importe lequel de ses collègues pour développer cette nouvelle médecine. »³⁶³

Dans ce premier sous-chapitre, on a pu constater que le métier de médecin généraliste se doit d'évoluer, comme l'a fait la société, notamment avec les découvertes scientifiques majeures dès les années quarante. L'omnipraticien est plus qu'une version condensée et médiocre de plusieurs spécialistes ; il est un protagoniste important du système de santé, notamment dans son rôle de coordinateur et d'expert du patient dans sa globalité, avec ses contextes familial et social.

Pour permettre cette évolution, une formation appropriée est nécessaire, notamment dans le domaine psychologique, vu l'importante prévalence des maladies psychosomatiques. Cette formation permettra à l'omnipraticien de faire de la « médecine de toute la personne », car grâce à sa longue relation avec le patient il est celui qui a les connaissances les plus appropriées à ce type d'exercice.

³⁶¹ Ibid, p. 127

³⁶² Ibid, p. 127

³⁶³ Ibid, p. 127

« Perspective 2000 » : quelle place occupera l'omnipraticien dans la médecine de demain ?

« Perspective 2000 », c'est quatre dîners-débats organisés par *Médecine et Hygiène* à Genève et par *ACTUA Médecine et Hygiène* à Paris en janvier et février 1970, sur le thème de l'avenir de la pratique générale. Sous la même appellation sont également rassemblés trois articles à propos du rôle des ordinateurs dans la médecine de demain, que l'on va laisser de côté pour le présent chapitre ; de même pour la dernière table ronde, dont le titre « La médecine malade sera-t-elle guérie par les ordinateurs ? » ne rejoint pas notre thématique.

L'idée de ce dossier est lancée par un groupe de travail sur les perspectives du système de santé, constitué par le Ministère des Affaires sociales et le Commissariat général au Plan, à Paris. Il publie en effet un rapport formulant une politique de santé pour les 20 prochaines années dans lequel on évoque le rôle du médecin généraliste.³⁶⁴

Rentchnick introduit ces discussions en soulignant l'ambivalence de l'omnipraticien, tantôt un médecin supérieur aux autres par sa vision globale du patient, tantôt simple agent de triage sous-qualifié ; c'est justement de ce rôle dans le système de santé que vont traiter les trois dîners-débats dont nous allons relever quelques points intéressants ici.³⁶⁵

Ces dîners-débats auront lieu successivement à Genève, pour « Quel sera le rôle de l'omnipraticien dans la médecine de demain ? », et à Paris, pour « Nécessité d'une formation psychologique de l'omnipraticien pour assurer une meilleure relation médecin-malade à l'ère des ordinateurs » et « L'omnipraticien – formé selon de nouvelles méthodes – a un rôle important à jouer dans l'avenir ».

Une profession dévaluée et une pénurie toute relative

Chacun des trois dîners-débats est débuté par le même constat d'un Rentchnick modérateur : il existe, si ce n'est une pénurie de médecins, tout de même une pénurie d'omnipraticiens, ces derniers semblant dévalués par rapport aux spécialistes.^{366,367,368}

Parmi les différents intervenants, la pénurie de médecins en général fait débat ; en effet, dans le troisième dîner-débat, Jean Lenègre (1904 – 1972), professeur de clinique cardiologique à la Faculté de médecine de Paris, affirme qu'il est difficile de prévoir l'évolution de la médecine durant les 20 années qui suivront, notamment avec l'entrée des ordinateurs dans la médecine. On ne peut donc pas connaître à l'avance le nombre de médecins nécessaire.³⁶⁹

³⁶⁴ Rentchnick P. Perspective 2000: I. Quel sera le rôle de l'omnipraticien dans la médecine de demain? *Med et Hyg.* 1970;(904):201-4.

³⁶⁵ Rentchnick P. Perspective 2000: éditorial. *Med et Hyg.* 1970;(903):161.

³⁶⁶ Rentchnick P. Perspective 2000: I. Quel sera le rôle de l'omnipraticien dans la médecine de demain? *Med et Hyg.* 1970;(904):202.

³⁶⁷ Rentchnick P. Perspective 2000: II. Nécessité d'une formation psychologique de l'omnipraticien pour assurer une meilleure relation médecin-malade à l'ère des ordinateurs. *Med et Hyg.* 1970;(915):698.

³⁶⁸ Rentchnick P. Perspective 2000: l'omnipraticien formé selon de nouvelles méthodes a un rôle important à jouer dans l'avenir. *Med et Hyg.* 1970;(916):754.

³⁶⁹ Amiel J-L, Dreyfus B, Geisendorf W, Lenègre J, Mathé G, Milhaud G, et al. Perspective 2000: l'omnipraticien formé selon de nouvelles méthodes a un rôle important à jouer dans l'avenir. *Med et Hyg.* 1970;(916):753-67.

Tout le monde s'accorde cependant sur la pénurie relative d'omnipraticiens ; dans ce troisième dîner-débat, Jacques Monier (1917 – 2001), président de la Confédération des syndicats médicaux français et président de l'Association médicale mondiale, pense notamment que le problème est plutôt la mauvaise répartition des médecins.³⁷⁰

Les jeunes médecins s'orientent donc plus facilement vers la spécialisation, et il existe, selon les intervenants, plusieurs facteurs responsables de cette dévalorisation.

Elle est premièrement financière. Dans le premier dîner-débat, William Geisendorf (1906 – 1981), doyen de la Faculté de médecine de Genève, déplore la différence salariale entre les deux professions.

« C'est, à mon avis, une grande erreur d'avoir admis des honoraires plus élevés et d'avoir octroyé le FMH aux spécialistes, point de départ de cette « différence ». »³⁷¹

Ensuite, on évoque plusieurs fois la complexité de la discipline ; les connaissances médicales augmentant de manière exponentielle, il devient difficile de tout maîtriser. Selon L. Schwartz, omnipraticien et chroniqueur médical français, dans le deuxième dîner-débat, la profession de spécialiste est devenue nécessaire, « pour connaître mieux une partie de la médecine, plutôt que pas grand-chose dans son ensemble ». ³⁷²

Jacques Bernheim (1924 – 2008), professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Genève, souligne durant le premier débat la mauvaise reconnaissance de ce savoir plus général :

« Ce qui donne puissance et prestige, c'est la qualité des connaissances. L'omnipraticien, avec ses connaissances largement ouvertes mais moins spécifiques et moins neuves, jouit d'un prestige moindre. »³⁷³

Ce prestige diminué de l'omnipraticien, il est à la fois sociétal, facultaire et hospitalier. Selon Léon Chertok (1911 – 1991), médecin-chef du département de médecine psychosomatique de l'Institut de psychiatrie La Rochefoucauld, présent lors du deuxième débat, un travail d'éducation du public et particulièrement des étudiants s'engageant dans la profession est fondamental : l'image du médecin la plus répandue au niveau sociétal est en effet celle du « technicien ».

Durant la première soirée, P. Extermann, étudiant en médecine, affirme lui-aussi que les études de médecine sont trop techniques, et stimulent surtout l'intérêt scientifique. Il déplore l'absence de personnalités évoquant le rôle des praticiens dans la médecine future, qui permettrait de « choisir son avenir en pleine connaissance de cause ». ³⁷⁴

³⁷⁰ Ibid

³⁷¹ Geisendorf W. Perspective 2000: I. Quel sera le rôle de l'omnipraticien dans la médecine de demain? Med et Hyg. 1970;(904):206.

³⁷² Chertok L, Degos C, Denoix P, Dreyfus B, Kourilsky R, Hermann P, et al. Perspective 2000: II. Nécessité d'une formation psychologique de l'omnipraticien pour assurer une meilleure relation médecin-malade à l'ère des ordinateurs. Med et Hyg. 1970;(915):697-713.

³⁷³ Bernheim J. Perspective 2000: I. Quel sera le rôle de l'omnipraticien dans la médecine de demain? Med et Hyg. 1970;(904):209.

³⁷⁴ Geisendorf W, Bernheim J, Starobinski J, Durand C, Bergier J, Chavaz P, et al. Perspective 2000: I. Quel sera le rôle de l'omnipraticien dans la médecine de demain? Med et Hyg. 1970;(904):201-13.

Cette atmosphère qui pousse à la spécialisation n'est pas uniquement présente durant les études, mais également au cours de la formation post-graduée. C'est l'avis de C. Degos, président du Syndicat autonome des internes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris et président de l'Intersyndicat national des internes des hôpitaux des villes de faculté, durant le deuxième dîner-débat. Il affirme que la majorité des internes en début de parcours souhaite faire de la médecine générale ; cependant, l'intérêt soulevé par telle ou telle discipline durant leur formation post-graduée les retient souvent en milieu hospitalier.

« Seulement il est évident qu'au fur et à mesure des années de leur internat, ils passent dans des services plus ou moins spécialisés qui attirent leur attention. Ils découvrent un point intéressant, un travail à faire, et se spécialisent progressivement »³⁷⁵

Les 25% restants aspirant toujours à devenir omnipraticien reculent devant la complexité de la médecine générale. Cette médecine demande en effet « une somme de connaissances de base importante ».

Un enseignement peu adapté

Puisque l'on a établi la dévalorisation de la profession, il s'agit de trouver des solutions pour la mettre en valeur, et les différents acteurs s'entendent sur une formation plus adaptée aux besoins de l'omnipraticien.

Lors du premier dîner-débat, Bernheim souligne qu'en médecine, il n'existe qu'une seule formation universitaire, alors qu'« être au front de la recherche et des nouveautés et, en même temps, préparer des praticiens qui utiliseront des notions acquises en se mettant au service de l'ensemble de la population » sont deux choses bien différentes.

« Il y a là une ambiguïté qui encombre les services et qui freine la recherche authentique comme la formation des générations de praticiens. »³⁷⁶

Dans chacun des dîners-débats, Rentchnick interpelle donc les différents intervenants au sujet d'une formation différente pour l'omnipraticien et pour le spécialiste. Différentes formules sont proposées.

Raoul Kourilsky (1899 – 1977), professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris et chef de service à l'Hôpital Saint-Antoine, durant le deuxième débat, rejoint cette idée d'une formation après un tronc commun, qui est de la même longueur que celle des spécialistes, mais « organisée sur d'autres bases ». La « gymnastique du diagnostic » ne peut que s'apprendre dans une occupation continue.

« Pourquoi les praticiens ne sont-ils pas bien formés ? S'ils n'ont pas un enseignement avant tout basé sur la pratique, le diagnostic et la thérapeutique, s'ils n'ont pas fait les stages successifs qui leur sont indispensables pour bien connaître ce qu'ils auront à faire, ils seront toujours minimisés ; ils n'auront pas cette sensation profonde de posséder vraiment ce

³⁷⁵ Degos C. Perspective 2000: II. Nécessité d'une formation psychologique de l'omnipraticien pour assurer une meilleure relation médecin-malade à l'ère des ordinateurs. Med et Hyg. 1970;(915):701.

³⁷⁶ Bernheim J. Perspective 2000: I. Quel sera le rôle de l'omnipraticien dans la médecine de demain? Med et Hyg. 1970;(904):209.

métier, avant de commencer à l'exercer. Il faut donc une école spécialisée pour la pratique. »³⁷⁷

Pierre Denoix (1912 – 1990), professeur de clinique carcinologique et directeur de l'Institut Gustave-Roussy, Villejuif, précise cette idée lors de cette deuxième soirée. Pour lui, les études doivent être divisées en trois cycles ; le premier est un collège technique, le deuxième un tronc commun à tous, afin de distribuer « une culture générale médicale indispensable ». Le troisième cycle est la « véritable école de spécialisation », pour les omnipraticiens comme pour les spécialistes. Le tronc commun ne fait donc pas le médecin.

« Chacun a besoin de son ticket supplémentaire, y compris le généraliste. »³⁷⁸

Durant le troisième dîner-débat, d'autres variantes émergent. Georges Mathé (1922 – 2010), chef du service d'hématologie de l'Institut Gustave-Roussy et directeur de l'Institut de cancérologie et d'immunogénétique, propose tout un système d'options ordinaires et fortes à adapter en fonction de la profession voulue, et conclut en affirmant qu'il ne croit pas les études « tellement importantes ».

« Si je faisais le bilan de ce que j'ai appris durant mes études de médecine et de ce qui me sert aujourd'hui, il serait nul. »³⁷⁹

Il s'agit également de mettre les étudiants en contact avec les omnipraticiens. Encore lors du troisième débat, François Morel (1923 – 2007), professeur au collège de France, propose pour cela d'envoyer des externes auprès des omnipraticiens, pour les sortir de l'hôpital et apporter également à ces derniers les auxiliaires dont ils ont besoin. Geisendorf complète en exposant la solution du « recyclage » des omnipraticiens, qui pourraient venir quelques mois se perfectionner dans un hôpital, permettant ainsi aux étudiants de bénéficier de leur présence.³⁸⁰

Finalement, Lenègre, toujours durant le dernier débat, pense que « la médecine en effet ne peut plus actuellement déboucher sur un seul diplôme ». Les connaissances sont trop vastes. Le médecin praticien devrait plus être orienté sur la médecine d'urgence, la prophylaxie, les connaissances générales des maladies et la psychologie.³⁸¹

C'est ainsi que l'on aborde l'élément central de la formation de l'omnipraticien, selon l'avis de tous les intervenants, à quelques rares exceptions près³⁸². Rentchnick, dès le premier dîner-débat, affirme qu'une « meilleure formation sur le plan psychologique » est un moyen de choix pour revaloriser l'omnipraticien.³⁸³

³⁷⁷ Kourilsky R. Perspective 2000: II. Nécessité d'une formation psychologique de l'omnipraticien pour assurer une meilleure relation médecin-malade à l'ère des ordinateurs. Med et Hyg. 1970;(915):704.

³⁷⁸ Denoix P. Perspective 2000: II. Nécessité d'une formation psychologique de l'omnipraticien pour assurer une meilleure relation médecin-malade à l'ère des ordinateurs. Med et Hyg. 1970;(915):707.

³⁷⁹ Mathé G. Perspective 2000: l'omnipraticien formé selon de nouvelles méthodes a un rôle important à jouer dans l'avenir. Med et Hyg. 1970;(916):762.

³⁸⁰ Amiel J-L, Dreyfus B, Geisendorf W, Lenègre J, Mathé G, Milhaud G, et al. Perspective 2000: l'omnipraticien formé selon de nouvelles méthodes a un rôle important à jouer dans l'avenir. Med et Hyg. 1970;(916):753-67.

³⁸¹ Ibid

³⁸² Jean-Louis Amiel (1930 – 1985), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, pense que le travail des médecins est de prendre en charge uniquement les pathologies organiques ; le reste, il peut le laisser au curé.

³⁸³ Geisendorf W, Bernheim J, Starobinski J, Durand C, Bergier J, Chavaz P, et al. Perspective 2000: I. Quel sera le rôle de l'omnipraticien dans la médecine de demain? Med et Hyg. 1970;(904):201-13.

Pour Denoix, dans le deuxième débat, l'omnipraticien est un expert dans la connaissance approfondie du milieu du malade, connaissance très utile pour prendre en charge des troubles psychosomatiques ; c'est cet aspect-là qu'il faut valoriser.

« Un médecin qui aurait le temps d'être l'élément de liaison permanente rendrait de grands services aux malades. »³⁸⁴

Pour Lenègre, durant le troisième débat, les médecins ont la formation nécessaire pour distinguer un trouble organique d'un trouble fonctionnel ; ils sont donc les mieux placés pour soulager ces hommes et femmes en souffrance.³⁸⁵

Chertok, lors du deuxième dîner-débat, répond à la question du comment. La méthode des groupe Balint est intéressante, car si des bases de psychologie peuvent être enseignées, c'est par l'expérience que l'on comprend les enjeux de la relation médecin-malade ; il s'agit donc d'« officialiser cette sorte de formation » en la sanctionnant d'un examen, seule préoccupation de l'étudiant.³⁸⁶

La médecine de groupe : une autre manière de pratiquer ?

A la fin des trois dîner-débats, on aborde la médecine de groupe. Seul Bergier, président de la FMH, y met un bémol lors de la première discussion ; les organisations médicales font preuve de prudence à l'égard de ce type de pratique, parce qu'elles craignent « la dépersonnalisation de la médecine ».³⁸⁷ Deux débats plus tard, Monier répond à cette crainte en affirmant qu'il n'y a pas de risque, pour autant que les médecins soient six à sept au maximum.³⁸⁸

Parmi les enthousiastes de la médecine de groupe, on retrouve deux écoles, qui débattent lors de la deuxième rencontre. D'un côté, il y a les partisans du cabinet d'omnipraticiens, comme Denoix, qui pense que ce modèle « rend la vie supportable et donne la possibilité de se perfectionner ». Les concernés acquièrent ainsi un « bagage plus orienté » et peuvent s'entraider. Selon lui, « cette médecine de groupe correspond à une taille telle que le spécialiste ne trouve pas sa nourriture ».³⁸⁹

De l'autre côté, Rentchnick est un fervent défenseur du groupement d'omnipraticiens et de spécialistes dans un même cabinet. Il pense que le groupe d'omnipraticiens n'est pas utile à

³⁸⁴ Denoix P. Perspective 2000: II. Nécessité d'une formation psychologique de l'omnipraticien pour assurer une meilleure relation médecin-malade à l'ère des ordinateurs. Med et Hyg. 1970;(915):702.

³⁸⁵ Amiel J-L, Dreyfus B, Geisendorf W, Lenègre J, Mathé G, Milhaud G, et al. Perspective 2000: l'omnipraticien formé selon de nouvelles méthodes a un rôle important à jouer dans l'avenir. Med et Hyg. 1970;(916):753-67.

³⁸⁶ Chertok L, Degos C, Denoix P, Dreyfus B, Kourilsky R, Hermann P, et al. Perspective 2000: II. Nécessité d'une formation psychologique de l'omnipraticien pour assurer une meilleure relation médecin-malade à l'ère des ordinateurs. Med et Hyg. 1970;(915):697-713.

³⁸⁷ Geisendorf W, Bernheim J, Starobinski J, Durand C, Bergier J, Chavaz P, et al. Perspective 2000: I. Quel sera le rôle de l'omnipraticien dans la médecine de demain? Med et Hyg. 1970;(904):201-13.

³⁸⁸ Amiel J-L, Dreyfus B, Geisendorf W, Lenègre J, Mathé G, Milhaud G, et al. Perspective 2000: l'omnipraticien formé selon de nouvelles méthodes a un rôle important à jouer dans l'avenir. Med et Hyg. 1970;(916):753-67.

³⁸⁹ Chertok L, Degos C, Denoix P, Dreyfus B, Kourilsky R, Hermann P, et al. Perspective 2000: II. Nécessité d'une formation psychologique de l'omnipraticien pour assurer une meilleure relation médecin-malade à l'ère des ordinateurs. Med et Hyg. 1970;(915):697-713.

la population, car seule l'expérience du spécialiste permet de renforcer « le bagage intellectuel et matériel de l'omnipraticien ».³⁹⁰

L'omnipraticien en Suisse

C'est lors d'un colloque du Groupement des médecins omnipraticiens de la Société vaudoise de médecine et de l'Association neuchâteloise des médecins omnipraticiens en mai 1962 que l'on aborde l'idée d'un titre FMH pour l'omnipraticien³⁹¹. Si les avis divergent sur la nécessité d'un titre, chaque participant est d'accord, « il faut revaloriser l'omnipraticien ». Selon König, président de la FMH, c'est une nécessité depuis que le nombre de spécialistes a dépassé celui des généralistes ; globalement, les spécialistes représentent 60% des médecins, et cette proportion peut atteindre 80% dans certaines villes. Il s'agit donc de rendre la formation attrayante pour les jeunes médecins, « qui ont tendance à se spécialiser ».

Abordée par plusieurs orateurs, la responsabilité de l'omnipraticien semble être un élément important.

« La raison d'être de l'omnipraticien est claire, aussi bien en ville qu'à la campagne. Il est nécessaire que quelqu'un engage sa personne, c'est-à-dire sa responsabilité. »³⁹²

En d'autres mots, un professionnel maîtrisant, comme l'affirme Samuel Pétremand (1896 – ?), le président des omnipraticiens neuchâtelois, « l'art de de soigner l'homme dans sa totalité » avec une vision d'ensemble sur le patient est nécessaire. Édouard Jéquier-Doge (1907 – 1988), directeur de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne, affirme en effet qu'« aucune décision ne doit être prise sans l'avis formel d'un médecin qui a pris l'affaire entière en mains. »

Il faut donc reconnaître la nécessité d'une telle profession, puis ensuite puisqu'elle est importante, lui « donner une formation » qui soit adaptée au contexte, à une médecine qui évolue sans cesse et se spécialise. Plus qu'un titre FMH, c'est en effet cela que réclament les omnipraticiens de l'assemblée :

« il s'est trouvé quelques omnipraticiens pour remarquer qu'ils ne demandaient pas tous le titre FMH, mais qu'ils désiraient plutôt voir s'organiser un enseignement post-gradué, sur le modèle éventuellement des continuing medical courses américains. Plus encore que les stages, dont on sait bien les travers et, parfois, l'effet sclérosant (routine dans l'essoufflement d'un immense service), cet enseignement est important. »³⁹³

Pétremand prononcera un discours en 1973, à l'occasion des 20 ans de l'association neuchâteloise des médecins omnipraticiens³⁹⁴, créée « dans le but de sauvegarder et de

³⁹⁰ Ibid

³⁹¹ Rentchnick P. Il faut revaloriser l'omnipraticien: l'omnipraticien et le projet de titre FMH de médecine générale. Med et Hyg. 1962;(553):515-6.

³⁹² Rentchnick P. Il faut revaloriser l'omnipraticien: l'omnipraticien et le projet de titre FMH de médecine générale. Med et Hyg. 1962;(553):515-6.

³⁹³ Rentchnick P. Il faut revaloriser l'omnipraticien: l'omnipraticien et le projet de titre FMH de médecine générale. Med et Hyg. 1962;(553):515-6.

³⁹⁴ Pétremand S. Pour le 20e anniversaire de l'Association neuchâteloise des médecins omnipraticiens. Med et Hyg. 1973;(1081):1912-5.

revaloriser la médecine générale ». Durant ce discours, il citera les dîners-débats de 1970, exposés dans le sous-chapitre précédent.

La formation et la formation continue de l'omnipraticien est un chapitre à part entière de son allocution.

« En ce qui concerne la formation du généraliste, il est évident qu'elle doit être conçue en fonction des tâches qui lui seront confiées. [...] On ne peut pas parler d'une formation standard de l'omnipraticien. Les actes qu'il aura à effectuer varieront avec le lieu de son établissement [...] C'est pourquoi, après une formation de base commune, une formation complémentaire est à envisager. »³⁹⁵

Finalement, l'examen de l'omnipraticien en Suisse s'achève sur une dernière table ronde de 1975³⁹⁶, présidée par Armand Delachaux (1911 – 1986), directeur de l'Institut de médecine sociale et préventive de Lausanne.

Outre aborder les thématiques déjà exposées en détail dans les dîners-débats de « Perspective 2000 », comme la pénurie relative d'omnipraticien, la vocation d'omnipraticien de beaucoup d'étudiants qui changent d'avis lors de leur formation post-graduée, la solution du groupe, on constate au niveau suisse une réponse politique à la volonté d'améliorer la formation de l'omnipraticien, soulignée par E. Bonard, médecin à l'hôpital de Saint-Loup :

« Jusqu'à présent, le généraliste était un peu un sous-produit de la formation du spécialiste. Je crois que maintenant bon nombre de professeurs ont compris que cela nécessitait une formation différente »³⁹⁷

Il nous apprend également que le Conseil d'État vaudois, conscient de la pénurie d'omnipraticiens, a pris un arrêté en 1969, prévoyant des places de médecin assistant en hôpital pour les futurs omnipraticiens, qui doivent passer par différents services. A Berne, selon Marco Mumenthaler (1925 – 2016), directeur de la clinique universitaire de neurologie de Berne, la cinquième année d'étude est à option, et libre à l'étudiant intéressé de passer son année au cabinet ; quelques places en hôpital ont également été réservées.

Conclusion

Si l'on reprend les éléments importants évoqués tout au long de cette discussion sur l'omnipraticien, on peut d'abord souligner que si la pénurie de médecins ne fait pas l'unanimité au sein de la profession, tout le monde s'accorde sur une pénurie relative d'omnipraticiens.

Ces derniers occuperont un rôle majeur dans la médecine de demain ; celui d'un coordinateur de soins, d'un médecin de premier recours, qui prend en charge le patient dans sa globalité, avec à sa disposition les connaissances précieuses du milieu de ce dernier, avantage d'une relation médecin-patient de longue durée. Afin d'utiliser au mieux ces connaissances dans l'intérêt du patient, une formation psychologique est nécessaire de l'avis de la grande majorité des intervenants.

³⁹⁵ Pétremand S. Pour le 20e anniversaire de l'Association neuchâteloise des médecins omnipraticiens. Med et Hyg. 1973;(1081):1915.

³⁹⁶ Delachaux A, Mumenthaler M, Bonard E, Rychner R, Abetel G. Le médecin généraliste de demain. Med et Hyg. 1975;(1163):1389-94.

³⁹⁷ Bonard E. Le médecin généraliste de demain. Med et Hyg. 1975;(1163):1394.

La médecine générale n'est donc plus cette concentration peu satisfaisante de toutes les spécialités ; les connaissances médicales sont bien trop importantes pour être toutes emmagasinées. Pour changer cette vision démodée de l'omnipraticien, il est nécessaire de revaloriser son image au niveau sociétal -en éduquant le public - mais surtout au niveau facultaire.

Pour cela, les propositions sont nombreuses. Il s'agit surtout de mettre en contact les étudiants avec des omnipraticiens, ainsi que de proposer si ce n'est une formation pré-graduée différente pour les spécialistes amateurs de recherche et les praticiens (deux objectifs totalement opposés), au moins une formation post-graduée adaptée au besoin du médecin généraliste. Les études ne forment pas l'omnipraticien, c'est une spécialisation en soi, comme l'atteste en Suisse l'attribution d'un titre FMH dédié en 1965.³⁹⁸

Une des solutions les plus fréquemment abordées afin de réduire la charge de travail importante du médecin généraliste est le cabinet de groupe, permettant de partager les coûts, ainsi que d'avoir plus de temps à consacrer à sa famille ou à un perfectionnement dans le domaine d'intérêt.

³⁹⁸ König F. Une décision de la Chambre médicale suisse: un titre FMH pour le médecin de famille. *Med et Hyg.* 1965;(695):694.

6 CONCLUSION GÉNÉRALE

Ce travail a eu pour objectif d'exposer la vision sur les bouleversements du système de santé dans les années soixante et septante d'une revue médicale suisse romande, *Médecine et Hygiène*, spécialisée dans l'information du praticien de médecine générale.

Les articles au fondement de ce travail s'inscrivent dans un contexte particulier exposé en détail. C'est dans les années quarante qu'a débuté l'effervescence scientifique des nouvelles découvertes thérapeutiques qui ont révolutionné la prise en charge de nombreuses maladies, et donc la manière de pratiquer la médecine. Suite à cela, dans les années qui intéressent ce travail, commence à se manifester ce qui a été à plusieurs reprises désigné comme « le revers de la médaille » : une technologie qui tarde à atteindre les objectifs ambitieux qui avaient été annoncés dans l'enthousiasme des premiers moments, une « technicisation » de la profession médicale ébranlant la relation thérapeutique que l'on connaissait jusqu'alors, une augmentation des coûts, pas encore au premier plan à l'époque, mais qui entraîne une nécessité croissante d'étatiser au moins partiellement la médecine, des scandales au retentissement international concernant des effets secondaires imprévus. Tout cela entraîne une perte de confiance de la part du public que l'on constate notamment au travers d'un accroissement de l'intérêt pour d'autres genres de médecine. Un changement dans la pratique médicale est à ce moment nécessaire.

Ce « revers de la médaille » ne fera pas uniquement réagir un public lambda, mais également certains protagonistes appartenant au vaste milieu des sciences sociales, et la littérature concernant cette remise en question de la manière de pratiquer la médecine abonde. Selon le rédacteur en chef de la revue, le Dr Pierre Rentchnick, c'est Ivan Illich, connu à l'international pour sa critique de plusieurs institutions de la société industrielle, qui est la figure de proue de ce mouvement réactionnaire.

Rentchnick, après avoir rencontré Illich lors d'un congrès sur les limites de la médecine en 1975, a un avis bien arrêté sur le personnage : Illich est un agitateur, un sociologue gauchisant, une sorte de gourou de l'antimédecine, qui après avoir semé le trouble se retire sans même proposer de solution. Le rédacteur en chef, médecin en premier lieu, ressent *Némésis médicale* comme une attaque, et c'est à partir de critiques comme celle d'Illich que se construit la vision de *Médecine et Hygiène* sur tous ces changements.

Tout d'abord, on constate que de nombreux articles sont consacrés à ce qui constitue, selon *Médecine et Hygiène*, cette crise de la médecine. D'un côté, plusieurs articles concernent les effets secondaires médicamenteux, particulièrement ceux très médiatisés de la thalidomide. Ce médicament, utilisé au début des années soixante comme anti-nauséeux et somnifère chez la femme enceinte, a entraîné la naissance de plusieurs milliers d'enfants atteints de graves malformations. Les études antérieures à la commercialisation sur l'effet tératogène de la molécule n'ayant rien révélé, c'est tout un système d'évaluation, toute une crédibilité médicale qui est fortement ébranlée.

De l'autre côté, l'étatisation de la médecine est sans aucun doute le sujet le plus abordé dans la revue. *Médecine et Hygiène* évoque et soutient l'exemple des médecins belges, qui refusent de cautionner une nouvelle loi les soumettant à des critères d'économicité imposés par les caisses maladie. Cette grève héroïque est saluée à maintes reprises par la rédaction de la revue. À l'inverse, on expose la médecine anglaise, exemple d'un système de santé nationalisé dysfonctionnel, avec des conditions de travail de plus en plus insalubres ainsi qu'en parallèle une augmentation drastique du recours à la médecine privée. Finalement, et c'est le grand combat de Rentchnick, la revue est engagée dans la lutte contre une nouvelle

loi sur l'assurance maladie suisse, dont l'objectif, à l'instar de l'exemple belge, est perçu comme une volonté d'asservir les médecins aux caisses maladie.

Ce que le rédacteur en chef reproche aux critiques de la médecine, c'est l'absence de solution proposée ; si « crise » il y a, il est nécessaire de changer concrètement les choses pour améliorer ce système de santé qui déplaît. Dans cette optique, il cite quelques exemples de littérature orientée vers des solutions concrètes, et surtout, il est l'auteur de plusieurs articles au sujet des deux solutions principales mises en évidence dans la revue : l'information du public et la formation des professionnels.

La thématique de l'information du grand public et du patient a été développée dans le cas particulier du cancer, sujet de recherche très en vogue à l'époque. Pour *Médecine et Hygiène*, il est important d'informer la population des signes et symptômes annonciateurs, pour permettre une prise en charge précoce, clé du succès thérapeutique. Puisque le cancer est encore trop souvent associé à la mort inévitable, il s'agit en premier lieu de briser cette peur en donnant les bonnes informations, et d'une manière adaptée ; Rentchnick propose deux phases, une première à grande échelle, impersonnelle, et une seconde s'adressant à de petits groupes sociaux d'individus se connaissant entre eux. Il en va de même pour les patients atteints de cancer ; l'information doit être transmise, mais de la bonne façon, et au bon moment.

Ensuite, dans le cadre de la formation des professionnels à la pratique d'une nouvelle sorte de médecine, *Médecine et Hygiène* a consacré plusieurs tables rondes au rôle de la médecine générale. Les différents intervenants ont mis en évidence une pénurie d'omnipraticiens ainsi que manifesté une volonté de revaloriser la profession, qui devra occuper un rôle central dans le système de santé des années suivantes. Cette revalorisation passe essentiellement par la formation ; l'omnipraticien, expert dans la connaissance du milieu du patient, est le plus à même d'assumer la prise en charge des pathologies psychosomatiques, part importante de sa consultation, et a besoin pour cela d'une formation plus psychologique. De plus, les études universitaires, très pointues, forment mal à une médecine de terrain ; de nombreux intervenants appuient une scission entre les formations de généraliste et de spécialiste.

Certaines solutions plus originales sont évoquées, comme celle des officiers de santé, des aides médicaux permettant de pallier la pénurie de médecins. Ce protagoniste du système de santé est intéressant à l'époque de par l'importance grandissante de son rôle aux États-Unis, le désignant comme une solution également pour les pays développés. En effet, jusqu'alors ce modèle avait plutôt été utilisé dans les pays en voie de développement pour permettre une plus grande accessibilité des soins dans des zones rurales.

Dans ce travail, l'accent a particulièrement été mis sur l'équivalent chinois de ces officiers de santé, les médecins aux pieds nus. D'une part parce qu'ils en sont une très bonne illustration, mettant en évidence les avantages et les limites d'un tel acteur du système de santé. De l'autre, parce que Rentchnick pose ce médecin aux pieds nus chinois comme modèle d'une médecine illichienne, comme nouvelle solution à la mode prisée de ce public déçu de la médecine occidentale qui se tourne vers les médecines alternatives.

Cette thématique du médecin aux pieds nus chinois, et plus généralement de la médecine chinoise, est un des sujets de prédilection de Rentchnick, comme le seront également sur la période d'intérêt l'information dans le cadre du cancer, l'étatisation de la médecine ou encore Ivan Illich. C'est au travers de ces sujets-là qu'on a le meilleur aperçu du rédacteur en chef, et de la place non-négligeable qu'il occupait dans le milieu suisse romand de la santé des années soixante et septante.

Un rédacteur en chef intransigeant aux opinions bien arrêtées à propos des actualités médicales, mais un journaliste qui n'hésite pourtant pas à publier des avis opposés aux siens, laissant à chacun l'opportunité de s'exprimer. Un médecin défendant coûte-que-coûte des valeurs libérales, mais un scientifique rigoureux qui sait admettre une nécessité de changement. Un grand défenseur d'une médecine occidentale d'excellence, mais un diplomate qui malgré ses aprioris voyage jusqu'en Chine pour étayer ses connaissances sur un système de santé qu'il trouve à la fois fascinant et aberrant.

Cette ambivalence dans le personnage qui constitue l'angle d'abord de ma problématique, c'est également celle du système de santé de l'époque, et celle de la médecine d'aujourd'hui.

J'ai voulu, par ces quelques éléments d'histoire de la médecine telle qu'elle était perçue en Suisse romande, offrir certaines clés d'analyse de la situation actuelle. C'est avec un soulagement teinté de condescendance que l'on découvre certaines pratiques aujourd'hui en voie de disparition, comme celle de la dissimulation du diagnostic au patient. De plus, il est évident que cette problématique des effets secondaires a fait évoluer la manière de pratiquer la médecine. Aujourd'hui, les agents thérapeutiques ne sont plus, ou moins, des solutions miracles à chaque problème, et sont utilisés de manière plus parcimonieuse ; par exemple, il est actuellement reconnu dans le milieu médical – et enseigné au cours des études – qu'il faut éviter au maximum de donner des antibiotiques si cela n'est pas nécessaire, car cela peut entraîner des effets secondaires et des résistances.

Cependant, on constate avec effroi la lenteur d'évolution de certaines problématiques : la revalorisation d'une médecine générale essoufflée, souffrant de pénurie et de l'accroissement constant des connaissances, thématique que l'on croirait actuelle, l'était déjà en 1965. Bien qu'il y ait eu un effort notable dans le sens d'une formation plus pratique et générale, les programmes d'études de médecine, du moins pour celui que je connais, restent très techniques, et les moyens d'évaluation souvent plus centrés sur des détails pointus que sur une vue d'ensemble.

Ces années soixante et septante sont sans aucun doute un tournant décisif dans l'histoire de la médecine, mais la longue amélioration du système de santé est loin d'être terminée. On peut être découragé par le peu de changements survenus en l'espace d'une soixantaine d'années, mais on peut également saisir l'opportunité d'améliorer encore l'exercice de la médecine. Une ambivalence qui persiste, et des conclusions, somme toute, très suisses.

7 SOURCES

7.1 MATÉRIEL DE RECHERCHE : ARTICLES DE *MÉDECINE ET HYGIÈNE*

1961

- Rochat P. Révision de la loi fédérale sur l'assurance maladie (I). *Med et Hyg.* 1961;(524):885.

1962

- Rentchnick P. Editorial: danger: le conseil des états pour ou contre? *Med et Hyg.* 1962;(539):171.
- Rentchnick P. Réaction à notre éditorial « Danger: Médecine étatisée en Suisse ». *Med et Hyg.* 1962;(539):197.
- Rentchnick P. Editorial: danger moindre: revirement de Tschudi. *Med et Hyg.* 1962;(540):199.
- Löffler W, Nicod JL, Gigon A. Echos et Nouvelles: Révision de la LAMA: l'Académie suisse des sciences médicales prend nettement position. *Med et Hyg.* 1962;(541):242.
- Etudiants en médecine. Echos et Nouvelles: Protestation des étudiants en médecine de Lausanne. *Med et Hyg.* 1962;(541):242.
- Rentchnick P. L'affaire du softenon: ses conséquences. *Med et Hyg.* 1962;(550):421-2.
- K f. Importants problèmes posés par les intoxications au softenon en Allemagne. *Med et Hyg.* 1962;(550):431.
- K f. Enquête internationale: responsabilité du Softenon confirmée. *Med et Hyg.* 1962;(551):462.
- Rentchnick P. La médecine en marche : Softenon (Thalidomide): action tératogène chez l'animal. *Med et Hyg.* 1962;(551):466.
- Rentchnick P. Il faut revaloriser l'omnipraticien: l'omnipraticien et le projet de titre FMH de médecine générale. *Med et Hyg.* 1962;(553):515-6.
- Rentchnick P. Premier rapport du professeur Lenz sur les embryopathies provoquées par le Softenon en Allemagne. *Med et Hyg.* 1962;(555):560.
- Rentchnick P. Premier rapport médical anglais : 800 enfants malformés. *Med et Hyg.* 1962;(555):560.
- Mückter, Sievers. Softenon: point de vue de la fabrique Grünenthal. *Med et Hyg.* 1962;(556):585.
- Rentchnick P. La médecine en marche: la thalidomide lèse aussi l'embryon de poulet. *Med et Hyg.* 1962;(556):596.
- Rentchnick P. La médecine en marche: « La société est responsable du drame du Softenon ». *Med et Hyg.* 1962;(558):630.
- Rentchnick P. Echos et Nouvelles : le contrôle du cancer. *Med et Hyg.* 1962;(560):666.
- Rentchnick P. L'organisation de la lutte contre le cancer en URSS. *Med et Hyg.* 1962;(561):687.
- K f. Malformations à la thalidomide: une étude tératologique. *Med et Hyg.* 1962;(563):730.
- Rentchnick P. La médecine en marche: les effets de la thalidomide sur l'homme. *Med et Hyg.* 1962;(565):782.
- Rentchnick P. Informations étrangères: A la suite du drame de la thalidomide, la nouvelle loi américaine exige un contrôle sévère des médicaments. *Med et Hyg.* 1962;(568):852.
- Rentchnick P. La médecine en marche: le podophyllum va-t-il concurrencer la thalidomide? *Med et Hyg.* 1962;(569):878.
- Groupement intercantonal pour la lutte contre le nouveau projet de « droit médical ». M. Tschudi avec les caisses contre les médecins et les malades. *Med et Hyg.* 1962;(571):922.
- Wery P. Acquittement général au procès de Liège. *Med et Hyg.* 1962;(572):941.
- Groupement intercantonal pour la lutte contre le nouveau projet de « droit médical ». L'état policier méprise les médecins. *Med et Hyg.* 1962;(572):950.
- König F. Editorial. *Med et Hyg.* 1962;(573):960.

1963

- Rentchnick P. La médecine en marche: éviter un nouveau drame de la thalidomide. Med et Hyg. 1963;(578):44.
- Rentchnick P. La médecine en marche: thalidomide: effets tératogènes sur cultures de lymphocytes. Med et Hyg. 1963;(579):64.
- Correspondant du « Monde ». Thalidomide: où en est l'enquête menée par la justice allemande? Med et Hyg. 1963;(582):139.
- Rentchnick P. LAMA: faisons le point. Med et Hyg. 1963;(584):189.
- Kilpatrick MWJ. Organiser la lutte contre le cancer: participation du public à la lutte contre le cancer. Med et Hyg. 1963;(590):324.
- V J, Hässig A. Toxicité des médicaments: contrôle. Med et Hyg. 1963;(593):400-403.
- Rentchnick P. LAMA: avant la réunion du Conseil national, les caisses-maladie abandonnent brusquement le droit médical. Med et Hyg. 1963;(595):456.
- Milliez P. La médecine de cabinet a-t-elle encore un rôle à jouer? Med et Hyg. 1963;(599):551-2.
- Heller JR. Informations étrangères: la lutte anticancéreuse. Med et Hyg. 1963;(610):818.
- experts de l'OMS. L'omnipraticien et son avenir. Med et Hyg. 1963;(612):877-8.
- Hyde A. Les médecins de famille prennent les armes en Angleterre (The Guardian). Med et Hyg. 1963;(617):1008.
- Widmer JA. Les omnipraticiens anglais se plaignent: ils sont surchargés et se sentent isolés. Med et Hyg. 1963;(617):1010.
- Rentchnick P. LAMA: la situation avant le prochain débat devant le conseil des états. Med et Hyg. 1963;(618):1045.

1964

- Wéry P. Fidèles au serment d'Hippocrate, les médecins belges tiennent le gouvernement en échec. Med et Hyg. 1964;(627):112-4.
- Selvini A. Problème psychologiques en médecine générale. Med et Hyg. 1964;(633):241-2.
- Rentchnick P. LAMA: cédant au chantage de la menace de référendum, le conseil des Etats accorde le droit de pratique pour les caisses-maladie aux chiropraticiens. Med et Hyg. 1964;(633):258.
- Allgöwer M, Burckhardt F. Ligue nationale suisse contre le cancer. Med et Hyg. 1964;(634):286.
- Médecine et Hygiène. Journée médico-sociales romandes: la lutte contre le cancer. Med et Hyg. 1964;(635):308.
- Wéry P. Belgique: une victoire historique de la profession médicale. Med et Hyg. 1964;(648):621-2.
- Seiler. Informations étrangères: éducation de la population pour un meilleur dépistage du cancer dans l'Etat de Victoria. Med et Hyg. 1964;(651):683.
- Burdon J-F. La médecine en Grande-Bretagne : révolution chez les omnipraticiens. Med et Hyg. 1964;(652):696-7.
- Barandun S. Organisation et tâche de la centrale suisse d'oncologie clinique à Berne. Med et Hyg. 1964;(663):1005.
- De Sustaita Seeber AB. Les idées du public sur le cancer en Argentine. Med et Hyg. 1964;(663):1013.
- Rentchnick P. Assemblée générale de la ligue suisse pour la lutte contre le cancer, Saint-Gall, 6-7 novembre 1964. Med et Hyg. 1964;(663):1014.
- Allgöwer M. CANCER: l'information est une tâche essentielle. Med et Hyg. 1964;(663):1014-5.

1965

- Le Monde. Echos et nouvelles: la révolte des médecins britanniques met en cause l'avenir de toute une profession. Med et Hyg. 1965;(676):198.
- Rentchnick P. Echos et Nouvelles: la grève des médecins belges correspond à un temps d'arrêt et de réflexion devant la socialisation de la médecine. Med et Hyg. 1965;(676):198.
- Wakefield J. Education du public et cancer: la peur plus dangereuse que le cancer. Med et Hyg. 1965;(678):245.

- Baric L. Education du public et cancer: informer plus pour soigner moins. Med et Hyg. 1965;(678):245-6.
- Read CR. Education du public et cancer: éducation du public et cancer de l'utérus aux Etats-Unis. Med et Hyg. 1965;(678):246-7.
- Rentchnick P. Education du public et cancer: l'information du public à propos du cancer. Med et Hyg. 1965;(678):248.
- Lenz W. Thalidomide: interview du Dr W. Lenz. Med et Hyg. 1965;(684):408.
- Greco RS. Omnipraticien et médecine psychosomatique. Med et Hyg. 1965;(693):637-8.
- König F. Une décision de la Chambre médicale suisse: un titre FMH pour le médecin de famille. Med et Hyg. 1965;(695):694.
- Wakefield J. Les progrès de la lutte contre le cancer en Angleterre. Med et Hyg. 1965;(705bis):972.

1966

- Riotton, G. LAMA: un projet d'ordonnance qui devrait encore être revu! Med et Hyg. 1966;(724):247.
- Widmer JA. Faut-il envier la médecine gratuite des anglais? Med et Hyg. 1966;(726):298-9.

1967

- Rentchnick P. Admettant un recours des médecins genevois, le conseil fédéral désavoue le Gouvernement genevois. Med et Hyg. 1967;(761):13.
- Riotton G. Introduction à la prévention, au dépistage au diagnostic précoce du cancer. Med et Hyg. 1967;(764):84.
- Rentchnick P, Garrone G, De Watterville H, Musso E. Cours de perfectionnement sur le cancer: les méthodes d'information des médecins et du public concernant le dépistage précoce et le diagnostic du cancer. Med et Hyg. 1967;(765):121-8.
- Correspondant du « Monde ». Vers le procès de la thalidomide? Med et Hyg. 1967;(773):353.

1968

- Rentchnick P, Mach RS, Musso E, Durand C, Mauris, Babel H, et al. Table ronde: doit-on dire la vérité au cancéreux? Med et Hyg. 1968;(808):54-6.
- Balint M. Qu'est-ce que la médecine générale et que pourrait-elle être? Med et Hyg. 1968;(811):124-7.
- Tschopp P. Informations suisses: la révision de la LAMA à la lumière de la science politique. Med et Hyg. 1968;(814):233.
- Bros B. Echos et Nouvelles: le Congrès européen des étudiants en médecine se préoccupe de la formation de l'omnipraticien. Med et Hyg. 1968;(819):414.
- Rentchnick P. Journal de la médecine 1960 - le vaccin antipolio sabin est accepté aux Etats-Unis. Med et Hyg. 1968;(828):671.
- Rentchnick P. Journal de la médecine 1961 - un homme dans le cosmos. Med et Hyg. 1968;(828):672.
- Rentchnick P. Journal de la médecine 1962 - le drame de la thalidomide. Med et Hyg. 1968;(828):673.
- Rentchnick P. Journal de la médecine 1963 - les médecins suisses luttent pour leur indépendance. Med et Hyg. 1968;(828):674.
- Rentchnick P. Journal de la médecine 1964 - les médecins belges se mettent en grève. Med et Hyg. 1968;(828):675.
- Rentchnick P. Journal de la médecine 1965 - il y a cent ans Gregor Mendel. Med et Hyg. 1968;(828):677.
- Rentchnick P. Journal de la médecine 1966 - une découverte suisse: le traitement de la bilharziose. Med et Hyg. 1968;(828):678.
- Rentchnick P. Journal de la médecine 1967 - première greffe d'un cœur chez l'homme. Med et Hyg. 1968;(828):679.
- Rentchnick P. Journal de la médecine 1968 - un greffé du cœur vit depuis 5 mois. Med et Hyg. 1968;(828):680.
- Arnold G. A propos du procès de la thalidomide. Med et Hyg. 1968;(844):1250.

1969

- Rentchnick P. Journal de la médecine 1968 (2) - 100 greffes cardiaques en 1968. Med et Hyg. 1969;(853):17.
- Rentchnick P. Menace sur l'assurance maladie: éditorial. Med et Hyg. 1969;(865):397.
- Dargent M. L'importance de l'enseignement oncologique. Med et Hyg. 1969;(882):943-4.

1970

- Rentchnick P. Journal de la médecine 1969 - gène chromosomique isolé. Med et Hyg. 1970;(899):17.
- Rentchnick P. Perspective 2000: éditorial. Med et Hyg. 1970;(903):161.
- Geisendorf W, Bernheim J, Starobinski J, Durand C, Bergier J, Chavaz P, et al. Perspective 2000: I. Quel sera le rôle de l'omnipraticien dans la médecine de demain? Med et Hyg. 1970;(904):201-13.
- Chertok L, Degos C, Denoix P, Dreyfus B, Kourilsky R, Hermann P, et al. Perspective 2000: II. Nécessité d'une formation psychologique de l'omnipraticien pour assurer une meilleure relation médecin-malade à l'ère des ordinateurs. Med et Hyg. 1970;(915):697-713.
- Amiel J-L, Dreyfus B, Geisendorf W, Lenègre J, Mathé G, Milhaud G, et al. Perspective 2000: l'omnipraticien formé selon de nouvelles méthodes a un rôle important à jouer dans l'avenir. Med et Hyg. 1970;(916):753-67.
- Dargent M. Propos concernant l'éducation sanitaire du public à propos du cancer. Med et Hyg. 1970;(929):1279-83.
- Rentchnick P. Fin du procès de la thalidomide en Allemagne. Med et Hyg. 1970;(944):1986.
- McLeod L. Informations étrangères: Chine: la santé pour tous. Med et Hyg. 1971;(980):1570-1.

1971

- Rentchnick P. Journal de la médecine 1970 - année de la neurobiologie. Med et Hyg. 1971;(945):20.
- Garrone G. L'oeuvre du docteur Balint. Med et Hyg. 1971;(946):56.
- Rentchnick P. Entre les lignes: le service national de santé est inefficace. Med et Hyg. 1971;(954):416.
- Bergier J. Considération sur la révision de la LAMA. Med et Hyg. 1971;(984):1756-7.
- Tschopp P. Où en est la révision de la LAMA? Med et Hyg. 1971;(984):1758-9.
- Rentchnick P. L'information du public et des médecins dans le domaine du CANCER. Med et Hyg. 1971;(987):1916-21.

1972

- Rentchnick P. Journal de la médecine 1971 - les USA déclarent la guerre au cancer. Med et Hyg. 1972;(992):17.
- Rentchnick P. Entre les lignes: télévision et psychologie des cancéreux. Med et Hyg. 1972;(996):184.
- Rentchnick P. Entre les lignes: vers la révision de la LAMA. Med et Hyg. 1972;(1008):672.
- Flahault D, Fendall NRE, Rosinki EF, Rentchnick P. Les officiers de santé ou assistants médicaux. Med et Hyg. 1972;(1032):1738-51.

1973

- Rentchnick P. Journal de la médecine 1972 - acupuncture et « anesthésie ». Med et Hyg. 1973;(1036):20.
- Maurice P. Editorial: information médicale du public en cancérologie. Med et Hyg. 1973;(1080):1825-6.
- Pétremand S. Pour le 20e anniversaire de l'Association neuchâteloise des médecins omnipraticiens. Med et Hyg. 1973;(1081):1912-5.

1974

- Rentchnick P. Journal de la médecine 1973 - avortement libéralisé. Med et Hyg. 1974;(1084):25.

- Rentchnick P. Entre les lignes: Ivan Illich ou la médecine aux pieds nus. Med et Hyg. 1974;(1105):1024.
- Rentchnick P. Entre les lignes: 7/8 décembre. Med et Hyg. 1974;(1116):1476.
- Rentchnick P. Entre les lignes: antimédecine. Med et Hyg. 1974;(1121):1740.
- Rentchnick P. Entre les lignes: 2x NON. Med et Hyg. 1974;(1127):2032.
- Rentchnick P. Entre les lignes: ecneis et enicedem. Med et Hyg. 1974;(1128):2064.

1975

- Rentchnick P. Journal de la médecine 1974 - manipulation génétiques. Med et Hyg. 1975;(1130):21.
- Rentchnick P. Entre les lignes: 1974/1975. Med et Hyg. 1975;(1130):36.
- Rentchnick P. Symposium international « Les limites de la médecine », Davos, 24-26 mars 1975. Med et Hyg. 1975;(1131):68.
- Rentchnick P. Antimédecine: A propos du Congrès de Davos sur les limites de la médecine et de la Conférence d'Ivan Illich à l'OMS. Med et Hyg. 1975;(1144):609-15.
- Rentchnick P. Entre les lignes: Ivan Illich. Med et Hyg. 1975;(1144):624.
- Rentchnick P. Entre les lignes: les dessous de l'antimédecine. Med et Hyg. 1975;(1161):1312.
- Delachaux A, Mumenthaler M, Bonard E, Rychner R, Abetel G. Le médecin généraliste de demain. Med et Hyg. 1975;(1163):1389-94.
- Rentchnick P, Berthoud S, Du Bois R, Buffle PJ. Table ronde sur « La Némésis Médicale » d'Ivan Illich avec 4 médecins genevois. Med et Hyg. 1975;(1163):1395-9.
- Fossi G. Informations étrangères: Italie: des études dévalorisées. Med et Hyg. 1975;(1169):1658.
- Melder H-J. Informations étrangères: Allemagne fédérale: « Herr Doktor » contesté. Med et Hyg. 1975;(1169):1658.
- Dumont J-P. Informations étrangères: France: Une liberté autosurveillée. Med et Hyg. 1975;(1169):1659.
- Roper J. Informations étrangères: Grande-Bretagne: le temps de la colère. Med et Hyg. 1975;(1169):1659.
- Rentchnick P. Entre les lignes: Aussi important que le médecin: l'assistant médical. Med et Hyg. 1975;(1175):1916.

1976

- Rentchnick P. Editorial. Med et Hyg. 1976;(1176):1-2.
- Rentchnick P. Journal de la médecine 1975 - l'antimédecine. Med et Hyg. 1976;(1176):21.
- Vouilloz M. Dans notre courrier: réflexion à propos des médecins aux pieds nus. Med et Hyg. 1976;(1190):590.
- Arnold G. Chine: médecins aux pieds nus. Med et Hyg. 1976;(1191):590.
- Rentchnick P. Entre les lignes: Illich, c'est fini? Med et Hyg. 1976;(1194):776.
- Gunn-Séchehayé A. Le médecin face au malade cancéreux: quelques aspects psychologiques de leur rencontre. Med et Hyg. 1976;(1214):1663-6.

1977

- Rentchnick P. Journal de la médecine 1976 - radiologie: révolution. Med et Hyg. 1977;(1222):40,41.

7.2 BIOGRAPHIE

MÉDECINE ET HYGIÈNE

- Rentchnick P. Editorial: un demi-siècle... Med et Hyg. 1993;(1978).
- Martin J. La prolongation de la vie et la prise en compte de la mort A propos de la place des soignants. Med et Hyg. 2002;(2418).

AUTRES REVUES

- Béguin P. Le dixième anniversaire de « Médecine et Hygiène ». Gazette de Lausanne. 11 juill 1953;4.
- M C. A Genève, « table ronde » pour les vingt ans de « Médecine et Hygiène ». Gazette de Lausanne. 14 juin 1963;3.
- D'Ivernois R. « Médecine et Hygiène » sort son millième numéro. Journal de Genève. 29 févr 1972;11.
- Saegesser F. Esculape au pays de Mao. Gazette de Lausanne. 10 nov 1973;17+21.
- Cohen D. The philosopher of ecneics. New Scientist. 1974;64(920):263-4.
- Kiefer B, Balavoine J-F. Hommage. Revue Médicale Suisse. 2016;(525):1303.

OUVRAGES

- Cochrane AL. Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services. The nuffield provincial hospitals trust; 1972.
- Rentchnick P. Esculape chez Mao Tsé Toung. Paris: Berger-Levrault; 1974. 256 p. (Aujourd'hui demain).
- Illich I. Némésis médicale: l'expropriation de la santé. Paris: Editions du Seuil; 1975.
- Paquot T. Introduction à Ivan Illich. Paris: La Découverte; 2012. 123 p. (Collection Repères Sciences politiques, droit).
- Testaz M. Les tendances professionnelles des médecines suisses entre 1950 et 1980: la relation avec les patients et la notion de paternalisme. [Lausanne]: UNIL; 2013.

SITES INTERNET

- Cuénod J-N. Décès du coauteur de « Ces maladies qui nous gouvernent » [Internet]. LesBlogs: Un plouc chez les bobos. 2016. Disponible sur: <http://jncuenod.blog.tdg.ch/archive/2016/07/08/decès-du-coauteur-de-ces-malades-qui-nous-gouvernent-277520.html>
- Documentation média 2017 [Internet]. 2018. Disponible sur: http://files.medhyg.ch/File_pub/Donnes_Mdias_RMS_2017.pdf