

ROBERT N. BRAUN

" LA MEDECINE GENERALE
SA POSITION ET SON ROLE
DANS LA MEDECINE "

avec 21 dessins d'Achim WERNER, d'après
les esquisses de l'auteur

Traduction de l'Allemand par Judith BLONKOWSKI
de

" ALLGEMEINMEDIZIN - STANDORT UND STELLENWERT
IN DER HEILKUNDE "

Neue Allgemein Medizin - 1982 - Verlag Kirchheim Mainz.

La Société Française de Médecine Générale remercie la
"Neue Allgemein Medizin" et les Drs R.N. BRAUN et H. MADER
d'avoir autorisé cette traduction et cette publication en
langue française aimablement supervisée par le Dr J.de COULIBOEUF.

INTRODUCTION

"Le médecin généraliste n'est rien de plus qu'un simple prescripteur d'ordonnances..." Cette phrase fut écrite, il y a un demi-siècle, dans son roman mondialement connu "La Citadelle", par le célèbre auteur de best-sellers et médecin britannique, Archibald Joseph CRONIN. Il ajoutera toutefois ces mots prophétiques : "Et pourquoi ne serait-il rien de plus ? Il est grand temps de voir les troupes de première ligne de la médecine s'équiper de l'armement de la science !".

Comparons "La Citadelle" de Cronin, avec les écrits de WERESSAJEW et de LIEK.

WERESSAJEW avait écrit ses "Confessions d'un Médecin" 40 ans plus tôt, un best-seller de renommée mondiale également. Il attira à son auteur le reproche d'avoir lavé le linge sale de la médecine en public. De quoi s'agissait-il en fait ? De mettre en cause, d'une part, l'insuffisance de la formation professionnelle du médecin établi et le désarroi qui en découle devant les cas les plus courants. D'un autre côté, il dénonçait tout aussi ouvertement l'impitoyable chasse aux sorcières déclenchée contre les médecins à l'occasion d'erreurs (résultant de l'imperfection de la science) et s'élevait avec vigueur contre les injustices du public à l'égard des médecins en cas d'insuccès, fussent-ils imaginaires, et contre l'ingratitude de la société en général.

Quant à LIEK, dans "Le Médecin et sa Mission", il oppose l'écrasante majorité des praticiens, hommes de coeur et capables, au "médicastre" froid et sans âme qui ne voit dans son semblable, non pas l'être qui souffre, mais seulement le cobaye.

LIEK, lui aussi, souligne vigoureusement l'absence de rapport entre la formation médicale et la pratique de la médecine.

Il est à remarquer que, ni les plaintes, ni les accusations d'un WERESSAJEW ou d'un LIEK, ni les conclusions critiques d'un CRONIN n'ont réussi à secouer le Corps médical au point de l'inciter à s'attaquer à l'insupportable situation qui s'était créée autour de la formation pratique du généraliste et autour de la pratique de la médecine générale.

Si, après tout ce temps perdu, nous nous consacrons enfin à cette tâche scientifique, nous ne faisons que nous acquitter d'une vieille dette vis-à-vis de nos malades.

Robert N. BRAUN

Dr.med. OMR Niederösterreichisches Institut
für Allgemeinmedizin (Institut de Médecine
Générale de Basse-Autriche)

A - 3595 Brunn an der Wild / Autriche

I - LA MEDECINE GENERALE ENTRE HIER ET AUJOURD'HUI

Le développement de l'action médicale vis-à-vis du patient s'est effectué très lentement et par des voies détournées.

Au XIX^è Siècle, la médecine conservatrice (A), d'une part, et la médecine hospitalière opératoire (B), d'autre part, se scindèrent en différentes branches secondaires (fig. 1). Cette évolution était le fruit de l'effort scientifique de quelques pionniers. Vers la même époque, les disciplines-mères commencèrent à s'épanouir également. Un développement rapide dans les domaines de la physiopathologie, de la recherche des agents pathogènes, de la chimie, etc.. contribua à un élargissement accéléré des connaissances médicales confirmées, également importantes pour la praxis. Bien entendu, ces pionniers, et par conséquent les différentes disciplines, acquièrent en un temps relativement court, un prestige considérable. La conséquence en fut un besoin accru en spécialistes. Même des hôpitaux de faible importance créèrent des services spécialisés. Des spécialistes expérimentés ouvrirent des cabinets de consultations privées. Il y eut, ainsi, deux sortes de médecins établis : les spécialistes et les non-spécialistes.

Selon l'opinion régnant à l'époque, on devenait automatiquement praticien par la formation universitaire. Au cours de nos études, nous avons assez entendu dire nos professeurs universitaires : "Si vous possédez la maîtrise de ce que je vous enseigne, vous saurez tout ce qui, dans mon domaine, vous sera nécessaire pour l'exercice de votre profession". A la fin de mes études, en 1937, j'aurais pu m'établir comme médecin généraliste en Autriche sans avoir paru un seul jour à l'hôpital. Je n'aurais toutefois pas été agréé par les caisses d'assurance maladie. Celles-ci exigeaient depuis longtemps des jeunes médecins une formation hospitalière de plusieurs années, avant de conclure un contrat. Elles pouvaient se le permettre ; les contrats étaient recherchés et les caisses de sécurité sociale ne faisaient pas grand cas de médecins aux diplômes fraîchement acquis.

Mandarins en Visite

Au XIX^è Siècle, la grande majorité des médecins -enseignants, pathologistes inclus et, bien entendu aussi, les spécialistes - exerçaient également la médecine générale, comme gagne-pain. C'est ce que confirment des anecdotes qui, encore du temps où j'étais étudiant, défrayaient la chronique. A l'époque, il courait sur le "vieux Virchow", figure bien connue à Berlin, des anecdotes typiques.

Un exemple : un riche oisif demanda un jour à Virchow (1821-1901) s'il avait un bon remède contre la goutte. "Oui, certes", répondit celui-ci, "même un très bon : vivre avec 3 marks par jour et les gagner soi-même".

.../...

Un échantillon de Grande-Bretagne : Joseph Lister (1827-1912), l'inventeur de l'asepsie, est appelé une nuit chez un homme fortuné. Celui-ci le reçoit avec force gémissements : "Docteur, je vais très mal ! je crois que je vais mourir !". Lister l'examine, ne trouve rien de notable. Il lui demande alors "avez-vous déjà fait votre testament ?" Le patient pâlit et répond : "Non. Vous pensez donc que ?..." "Alors, faites appeler immédiatement votre notaire ainsi que votre père et vos deux fils ". "Je vais donc vraiment mourir ?" "Non, mais je ne voudrais pas être le seul pigeon que vous aurez tiré du lit cette nuit".

Le célèbre pathologiste Virchow, donnait donc des conseils thérapeutiques pour la goutte, et le respectable chirurgien, Lister, se rendait la nuit chez ses malades, ce qui est une caractéristique typique de l'activité praticienne.

De telles anecdotes n'auraient certes pas existé si ce comportement avait été jugé extraordinaire.

"_Concurrence déloyale_"

Ce ne fut que dans les années 20 de notre ère que les spécialistes s'entendirent signifier de s'en tenir "pour l'essentiel" à leur spécialité.

Vers la fin des années 30, l'Ordre des Médecins allemands décida que les spécialistes devaient, en principe, ne pas avoir accès à l'activité des généralistes.

Pour ce qui est de l'Allemagne, les choses en sont restées là pour l'essentiel. Cependant, on remarquera qu'il n'est guère possible de tracer ainsi une frontière entre spécialistes et généralistes. Le dermatologue, par exemple, s'est spécialisé dans les cas de maladies de la peau qui font problème quant au traitement ou au diagnostic, et qu'il pouvait rencontrer dans les services hospitaliers ou les dispensaires. A strictement parler, il ne devrait accepter plus tard que les cas de transfert. En tant que spécialiste établi, cependant, il a le droit de traiter cliniquement tous les malades de la peau qui le consultent. Dans la mesure où ceux-ci s'adressent à lui directement, il enfreint, en les acceptant, les dispositions réglementaires de l'Ordre des Médecins (note), le traitement de cas non sélectionnés de toute nature étant justement caractéristique de la médecine générale.

La situation est bien plus simple en Grande-Bretagne. Là-bas, le National Health Service a accordé au "general practitioner" le monopole de toutes les premières consultations. Le spécialiste (consultant) n'intervient que sur la demande du généraliste.

.../...

(Note) : Ceci ne s'applique évidemment pas à la France où l'accès direct du malade au spécialiste est traditionnellement et déontologiquement libre.

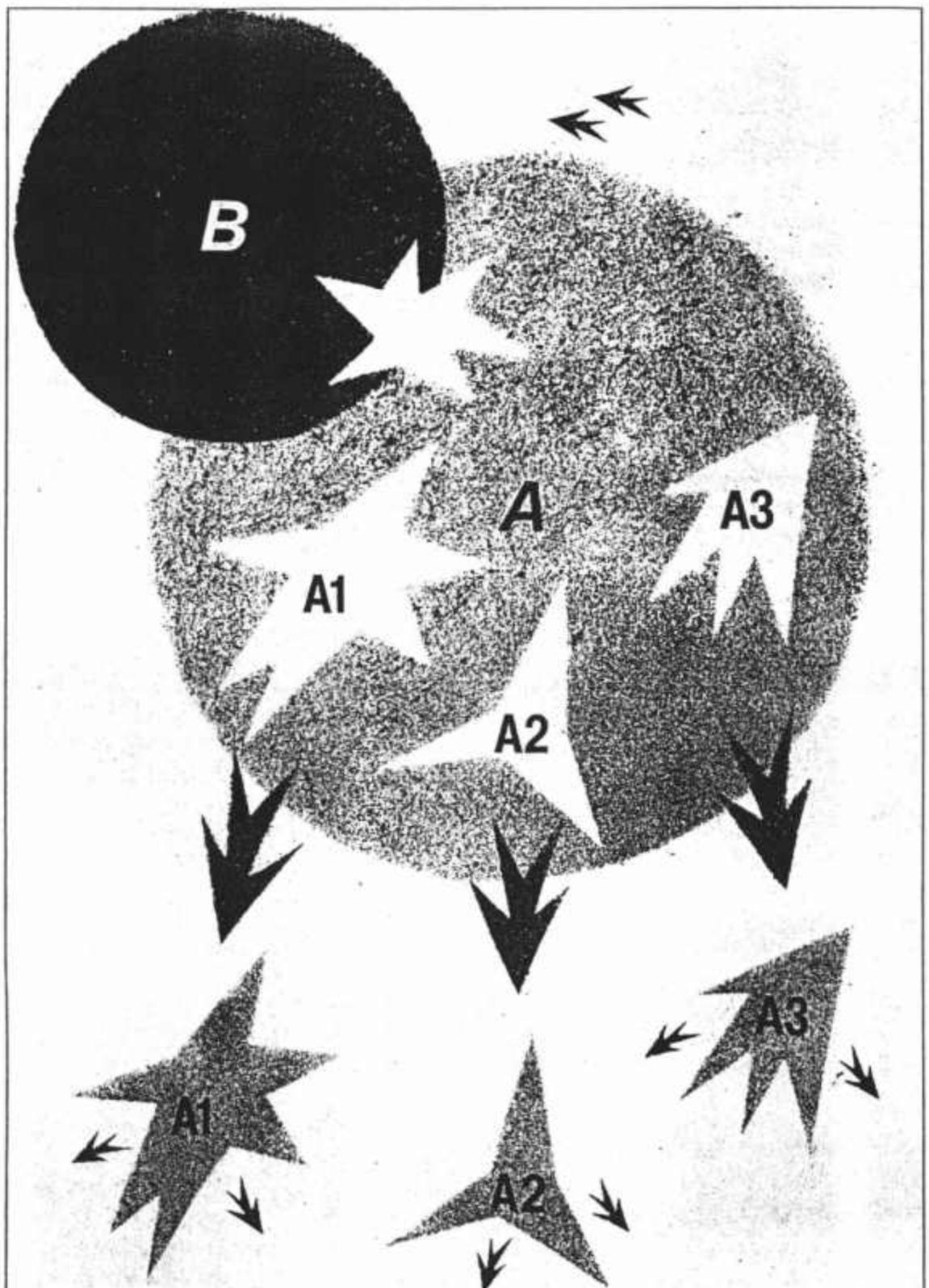


Fig. 1 : Processus par lequel les disciplines spécialisées a1, a2, a3, se détachent des branches-mères A + B. Le développement ultérieur des 4 spécialités est symbolisé par des fêches.

Dans les trois endroits où j'ai exercé à ce jour, en Allemagne et en Autriche, quelques spécialistes isolés, non disposés à respecter les limites pourtant libérales de la réglementation professionnelle, pratiquaient, en plus de leur spécialité, la médecine générale. Bien entendu, nulle part les généralistes ne s'en montraient enchantés. Nous n'étions pas d'accord sur cette manière de procéder. Ces spécialistes jouissaient, en effet, d'une part, des avantages que leur conférait leur statut d'expert, et, de l'autre, nous privaient des cas ne relevant pas de leur compétence, sans avoir à faire preuve des connaissances élargies spécifiques de la médecine générale. Ce sont là des problèmes, et qui n'ont pas disparu.

Découpage arbitraire de la hiérarchie médicale

Revenons au XIX^e Siècle. J'ai évoqué plus haut la naissance des disciplines spécialisées. Elles représentaient le résultat d'une démarche scientifique évoluant par concentration, des tâches plus larges vers des tâches plus limitées.

Les branches spécialisées virent le jour par la concentration scientifique allant des tâches plus larges vers des tâches plus limitées.

Dans le domaine des disciplines de la médecine "conservatrice", les recherches concernaient, pour l'essentiel, l'approfondissement et l'élargissement de nos connaissances des maladies et de leur thérapie. Les progrès des disciplines chirurgicales se réalisèrent d'abord par le développement de nouvelles méthodes et de meilleures techniques, mais aussi, pour une part non moindre, grâce à l'asepsie et à l'antisepsie. Les futurs praticiens ne tardèrent pas à profiter de l'essor des branches de la médecine spécialisée, puisque le plupart des professeurs d'université exerçaient la médecine générale. Ainsi pouvaient-ils, sans s'éloigner de la pratique, introduire dans leurs cours les innovations les plus importantes.

La médecine générale, elle, n'apporta rien de comparable. Les personnalités douées et actives parmi les scientifiques - comme par exemple Robert Koch à qui l'on doit la découverte du bacille de la tuberculose (1843-1910) - exercèrent leur activité dans des domaines traditionnels même si, ce faisant, ils touchèrent une terre inconnue. Dans leur propre activité professionnelle, ces généralistes ne virent apparemment rien qui justifiât une recherche scientifique.

En raison de ces circonstances, le Corps médical se divisa jusqu'au milieu de notre siècle selon l'ordre social suivant : au rang le plus élevé, les sommités de la recherche scientifique spécialisée et leurs successeurs et, d'une manière générale, les professeurs titulaires d'une chaire universitaire ; en second lieu, les spécialistes exerçant dans des centres hospitaliers de moindre importance et/ou établis sans avoir eu à faire la preuve d'une activité particulière dans la recherche ; à la dernière place : les généralistes.(Fig. 2)



On comprendra sans peine que les généralistes fussent mécontents de la position de lanterne rouge que leur valait ce découpage cavalier de la hiérarchie professionnelle. Pour remédier à cet état de choses et, en l'absence de statuts concernant les spécialistes, des médecins syndicalistes américains eurent l'idée, en 1946, de fonder une association. Ses membres devaient s'engager formellement à suivre des cours de perfectionnement : à raison de 150 heures tous les trois ans. Dans un deuxième temps, il devait y avoir, à l'instar de la qualification des spécialistes, une attestation reconnaissant au praticien la compétence dans sa discipline spécifique. De cette manière, les initiateurs espéraient arriver à être traités sur un pied d'égalité avec les spécialistes tant enviés. De plus, se fondant sur les résultats d'un sondage effectué au U.S.A. sur le nom le plus attrayant, on fit peau neuve en remplaçant la dénomination de "general practitioner" par celle de "family physician" donnée majoritaire par le sondage. Cette association, du nom pompeux de "Academy of General Practice" voire "Academy of Family Physician", remporta un très vif succès auprès des généralistes. Bientôt, cette association dynamique devint l'une des plus puissantes, tant par le nombre de ses adhérents que par son influence dans le monde médical américain.

Toutefois, ses organisateurs avaient fait un faux calcul. C'est la même erreur de jugement que commirent plus tard les praticiens britanniques, hollandais, canadiens et bien d'autres, lorsqu'ils créèrent dans la même optique des sociétés nationales. Ils ne s'interrogèrent pas sur la signification des associations de spécialistes, ni sur le rôle des cours de perfectionnement ou des épreuves de spécialistes, pas plus que sur la nature des spécialités. Ils agirent à l'instar des politiciens qui veulent promouvoir un groupe. Dans le cas de la médecine générale, on ne fit que reproduire une façade derrière laquelle il n'y avait rien.

Science et Pratique

Dès 1945, lors de mes premières tentatives pour repenser la médecine appliquée dans son ensemble, il me devint clair que le piètre prestige des généralistes est une chose à laquelle on ne peut remédier par la seule création d'associations ou par l'obligation à une formation de perfectionnement. J'ai essayé, à l'époque, d'expliquer aux Américains et, plus tard, également aux Britanniques, où se situait en réalité le problème. Mes arguments ne trouvèrent pas d'écho. Plus tard, je cherchai moi-même à faire mieux. Je m'efforçai de créer une association internationale composée d'une élite de praticiens intéressés par l'aspect scientifique du problème. Dans la mesure où un tel travail pouvait être demandé à des généralistes, les collègues devaient s'efforcer, dans ce cadre, de mener des recherches (même modestes) réellement autonomes. Mon initiative échoua du fait que, statutairement, un président est tenu de se conformer, non pas à ses propres aspirations, mais à celles de ses adhérents. Ces derniers prirent bientôt une toute autre direction. De plus, j'avais, depuis le début, tenté d'intéresser des spécialistes à cette association

scientifique, parce que j'avais cru reconnaître dans toutes les disciplines les mêmes problèmes non résolus que dans la médecine praticienne.

Mais même cette formule ne dura que quelques années et finit par s'assoupir du fait de mon retrait de la société. Au début, les associations de praticiens ne voulaient pas admettre que la médecine générale fût une discipline en soi nécessitant une recherche fondamentale spéciale, devant être enseignée sur des bases académiques et que cet enseignement dût être prévu dans un plan d'études obligatoires. On nous opposa des arguments tels que : "la science est une science, et la pratique est la pratique. La pratique ne peut donc faire l'objet de la recherche". Ou encore : "les spécialistes peuvent avoir une discipline propre. Si les généralistes exerçaient une discipline propre, ils seraient, de ce fait même, des spécialistes. Un médecin s'occupant de généralités ne peut être en même temps un spécialiste".

Mais bientôt, les choses changèrent et l'on commença à adopter mes vues. Désormais, les associations de praticiens exigèrent que des généralistes soient chargés de cours et obtiennent même des chaires. Leurs revendications finirent par s'imposer partout dans le monde. Les universités dans lesquelles la médecine générale n'est pas encore enseignée se trouvent en butte à des demandes pressantes d'introduire cette discipline dans leurs programmes. Cela se fera tôt ou tard. Cependant, la question de savoir si les programmes proposés résistent à la critique ou quelle devra être la qualité requise pour enseigner la médecine générale, est à peine évoquée par les milieux compétents.

Dans la réalité d'aujourd'hui, les congrès de praticiens dont le programme est assuré par des généralistes sont peu fréquentés. Les congrès de spécialistes, par contre, qui mettent au programme tel ou tel chercheur de leur discipline, font salle comble, et on se presse aux congrès de généralistes programmant des conférences faites par des spécialistes de renom. En feuilletant des revues scientifiques professionnelles s'adressant à des praticiens, on ne rencontre que tout à fait exceptionnellement des contributions émanant de généralistes. En règle générale, même ces articles ne concernent pas l'activité médicale de première ligne dans sa spécificité.

D'un autre côté, il existe aujourd'hui des généralistes qui, sans être adeptes de méthodes marginales, optent assez fréquemment pour des programmes de prévention, diététiques ou encore de médecine psychologique, etc... lesquels ne sont pas réalisables dans les conditions de la médecine praticienne normale.

En résumé, on peut dire :

La recherche pratique internationale n'a, de toute évidence, pas encore trouvé sa voie. Sa recherche fondamentale spécifique se trouve mal comprise ou diluée, ses positions académiques furent conquises trop tôt, son enseignement se concentre trop peu sur ce qu'elle a d'autonome. (note)

Ceci se concrétise, notamment, dans le rôle secondaire joué par les professeurs de médecine générale dans le corps enseignant. Les généralistes établis et bénéficiant actuellement déjà d'une formation académique dispensée par des collègues chevronnés, ne sont nullement accueillis par le public comme une nouveauté médicale sensationnelle. Ainsi, contrairement à la bonne opinion que les généralistes actuels ont souvent d'eux-mêmes, et malgré tous les cours dont ils se voient chargés, les chaires dont ils sont titulaires et les examens se rapportant à leur discipline, leur position dans la hiérarchie sociale est demeurée inchangée depuis les trente dernières années (fig. 3). Il ne pouvait en être autrement.

(Note) : Pour ce qui est de la situation en France, il faut souligner fortement le fait que les rares équipes généralistes en charge d'enseignement, se sont toujours vues refuser les moyens statutaires et matériels nécessaires au développement normal de leurs activités universitaires, qu'elles fussent d'enseignement ou de recherche, ceci au nom du monopole d'enseignement conféré aux médecins hospitaliers par la Réforme Debré.

Par ailleurs, pour ce qui est des programmes de formation psychologique évoqués par R.N. Braun, celle qui est la plus courante en France, à savoir la formation Balint à la relation médecin-malade, laisse encore une latitude suffisante au praticien français pour exercer une médecine générale non altérée par une visée psychothérapeutique envahissante.

Cependant, cette tendance que nous considérons aussi comme une déviation, existe. Elle est fortement encouragée en Allemagne par certains organismes de formation (N.D.L.R.)



Fig. 3 : L'actuelle hiérarchie sociale médicale.

Frontières fluctuantes

Prenons l'exemple du dermatologue : il nous apprend que celui-ci se perfectionne principalement en traitant à l'hôpital les cas compliqués qui lui sont transférés. Si on fait abstraction des objectifs personnels des médecins-chefs, la médecine pratiquée à ce niveau s'oriente sur les maladies, voire les diagnostics. Les dermatologues hospitaliers s'efforcent de trouver une explication et un traitement pour les maladies de la peau (et des organes génitaux), et ce en faisant appel aux ressources de "l'ensemble de l'appareil". Ceci suppose, de plus en plus, la disposition d'un laboratoire important. Le fondement du traitement est basé sur un diagnostic aussi précis que possible. Ce mode d'agir se trouve en contradiction flagrante avec ce qui se pratique dans les polycliniques (dispensaires) au contact avec les patients. J'ai vu, il y a de cela plus de dix ans, le médecin chef d'une clinique universitaire faire défiler tambour battant une vingtaine de patients en moins d'un quart d'heure. Ainsi donc, s'il existe une pratique dermatologique circonspecte et livresque, il en est également une autre qui se contente de soins très rapides. Dans les deux cas, ce qui se passe du point de vue méthodologique reste complètement inexploré. Quoi qu'il en soit, le dermatologue à l'hôpital a acquis, par le traitement d'une sélection de maladies de la peau et de l'appareil génital, une expérience considérable dans son domaine.

Spécialiste une fois établi en ville, il ne perçoit les cas qu'il avait l'habitude de voir à l'hôpital que comme une petite minorité. La majorité des problèmes qui lui sont soumis en tant que spécialiste en ville, il ne les a vus auparavant qu'exceptionnellement, ces cas ayant été traités de façon satisfaisante par les médecins établis. Ce sont les cas faciles du point de vue du diagnostic et surtout de celui de la thérapie. De plus, il se voit en présence d'affections de la peau avec lesquelles il n'avait pas été confronté auparavant puisqu'à l'hôpital ils avaient été dirigés sur les services "compétents" : par exemple, certaines infections pyogènes et les maladies infantiles exanthématiques. De tels cas sont volontiers soumis par les profanes directement au spécialiste présumé compétent, à plus forte raison s'il n'en découle pas de frais supplémentaires pour le malade.

Par là, nous abordons la diversité qui préside aux principes de la répartition des disciplines spécialisées. Dans le cas concret envisagé, on ne saurait délimiter réellement un ensemble de maladies organiques (organe peau) par rapport à un secteur à orientation thérapeutique (chirurgie). Il est tout aussi vain de vouloir tracer des lignes de séparation claires entre une discipline délimitée par un organe, une discipline définie par une thérapeutique ou par une catégorie d'âge.

Il est impossible d'établir des délimitations claires entre trois disciplines dont les principes fondamentaux sont basés :

- a/ sur un organe
- b/ sur une catégorie d'âge ou
- c/ sur une forme de thérapie.

Pour arriver ici à un certain degré de différenciation, j'ai introduit la notion de "contact essentiel" (note) ; par exemple, un panaris sous-cutané chez un garçon de 10 ans peut éventuellement être désigné comme maladie de la peau. Mais on amène rarement un enfant pour un "mal blanc" chez le dermatologue. Une mère n'ira pas davantage consulter un pédiatre à cette occasion. Normalement, c'est le généraliste qui sera choisi pour la première consultation (fig. 4). Si celui-ci, par exception, adresse le patient à un spécialiste, il ne choisira certainement pas un dermatologue, ni un pédiatre (bien qu'il s'agisse d'une maladie de la peau et bien que le malade soit un enfant), mais un chirurgien. C'est chez celui-ci que se retrouve une minorité de tous les cas de cette catégorie. En dehors du généraliste, c'est donc le chirurgien qui est "essentiellement" concerné ("contacté") par les panaris sous-cutanés, plutôt que le dermatologue ou le pédiatre. Ainsi donc, les prestations médicales dans la médecine appliquée se répartissent selon des critères encore totalement inexplorés et sans qu'il soit tenu compte de la compétence exprimée dans les dénominations des disciplines respectives.

L'impossibilité de délimiter entre elles les branches médicales conduit à des "recouvrements". Ceux-ci résultent du choix empirique des principes de répartition. Qui est compétent pour quoi, c'est ce qui se détermine selon des critères jusqu'ici inexplorés quand ça ne reste pas totalement indéterminé (cf fig. 4).

Revenons au problème des disciplines cliniques : nous avons constaté que les spécialités s'étaient créées par concentration scientifique allant des problèmes plus larges aux problèmes limités. C'est de cette manière de s'est développée, dans les cliniques universitaires, par exemple, la pédiatrie à partir de la médecine interne. Naturellement, cette branche (comme toutes les autres) est née d'un travail intensif sur des cas de transfert habituellement difficiles. La pédiatrie, branche nouvellement créée, ne s'étend en aucune manière à la totalité des problèmes de consultations de l'enfant, mais seulement à une infime sélection de ceux-ci.

(Note) : Cf R.N. BRAUN :
 "LEHRBUCH DER ALLGEMEINMEDIZIN"
 Urban et Schwartzberg 1970 - Munich Vienne
 traduction française par les soins de la Société Française de
 Médecine Générale :
 "PRATIQUE, CRITIQUE ET ENSEIGNEMENT DE LA MEDECINE GENERALE"
 R.N. BRAUN - Ed. Payot 1979

Ainsi, se trouve soulevé le problème suivant : dans les services pédiatriques, chirurgicaux et dermatologiques des hôpitaux, on ne voit qu'une petite fraction de toutes les affections relevant de leurs compétences respectives. Pourquoi la médecine générale ne s'est-elle jamais occupée scientifiquement de l'énorme masse des autres cas qui sont de son ressort ? Pourquoi l'étincelle de la recherche n'a-t-elle pas rejailli de "l'Hôpital à la Pratique" pour se communiquer aux esprits critiques et doués ?

Pourquoi n'existe-t-il pas encore de médecine générale pour les maladies infantiles, une médecine générale pour les maladies de la peau, pour les interventions chirurgicales et pour les maladies internes, une médecine générale scientifiquement fondée et de valeur égale aux autres disciplines ?

La question reste ouverte.

Naissance d'une discipline

Adressons-nous à l'un des grands fondateurs de spécialité, c'est-à-dire à l'otologiste viennois Adam Politzer (1835-1920), inventeur du ballon d'insufflation du tube auditif). Voici ce qu'il écrit :

"Lorsque nous comparons la situation actuelle de l'otologie avec celle du milieu du siècle dernier et que nous constatons qu'il existe, sur notre continent comme outre-Atlantique, dans toutes les facultés, non seulement des chaires d'O.R.L., mais encore des cliniques de notre spécialité pourvues d'un équipement moderne ; lorsqu'en outre nous mesurons l'énorme progrès accompli dans les domaines de l'anatomie, de la clinique et de la chirurgie, par notre discipline, et que nous voyons d'éminents scientifiques coopérer sans relâche depuis l'ère nouvelle, dans le but d'élargir l'acquis et de découvrir des éléments nouveaux, nous pouvons dire, sans exagération, que l'otologie occupe actuellement, sur le plan des capacités scientifiques et pratiques, une position égale en valeur à celle des autres disciplines".

Politzer, dans sa formulation, définit ici quelques uns des éléments constitutifs de ce qu'on reconnaît comme une discipline spécialisée :

- Elle doit avoir accompli de grands progrès.
- Ces progrès se rapportent à la connaissance exacte des symptômes macroscopiquement perceptibles et microscopiquement décelables ("Anatomie").



Fig. 4 : Dans le cas du panaris, il y a "recouvrement" des spécialités: de la pédiatrie (si le malade est un enfant), de la dermatologie (en tant que maladie de la peau), de la chirurgie (si l'on considère la thérapie) et de la médecine générale (si l'on se place du point de vue du "contact" effectif).

- à la connaissance précise de la séméiologie clinique et aux méthodes chirurgicales - si importantes en O.R.L.-
- d'éminents hommes de science ont dû exercer une activité ininterrompue. "Dès le début de l'ère" il y eut de telles personnalités, entretenant entre elles le contact le plus étroit.
- Tous durent travailler constamment à l'élargissement de l'acquis et à la découverte d'importantes connaissances nouvelles.
- Il doit s'être créé des services et des instituts spécialisés.
- Enfin, il a fallu la création de chaires universitaires propres.

Chaque fois que se fonde une nouvelle branche médicale, on trouve à sa tête des personnalités scientifiques de premier plan. C'est le dévouement et la coopération de ceux-ci qui apportent, après bien des décennies, comme fruit de leurs efforts, l'élévation de la spécialité fondée par eux à un niveau égal à celui des autres disciplines.

Qu'est-ce que la médecine générale peut présenter de comparable ? A l'opposé de l'épanouissement de la recherche dans les différentes branches spécialisées, elle est restée, à l'époque, en friche sur le plan scientifique. Encore vers les années 50, alors que l'existence de la médecine générale avait été assurée par les recherches de théorie professionnelle, un clinicien de renom me confia entre quatre yeux que, d'ici vingt ans, il n'y aurait, à coup sûr, plus de médecine générale.

Nombreux étaient alors les médecins qui le croyaient. De toute évidence, ces collègues pensaient que les progrès réalisés dans les branches spécialisées allaient conduire au remplacement de la première prise en charge médicale désuète, par une autre de haut niveau (vraisemblablement une de médecine interne générale), et que de s'occuper d'un secteur médical dépassé constituait donc une perte de temps sèche.

Or, quelle est en réalité la situation à l'heure qu'il est, 20 ans après ? 20 ans après, la nécessité de la fonction généraliste est incontestée. Par contre, l'éclatement continu des disciplines spécialisées a entraîné la difficulté de former des généralistes de médecine interne et des généralistes de chirurgie aptes à exercer.

Questions sans réponse

Les quelques rares chercheurs -comme par exemple le bactériologiste Robert Koch, célèbre plus tard - généralistes d'origine - ne surent discerner de la médecine qu'ils pratiquaient la problématique scientifique. Était-ce donc qu'il n'y eût pas de problèmes en médecine générale ? Certainement pas. Un certain nombre d'esprits critiques parmi les praticiens ont dénoncé sans ménagements les lacunes observées dans l'exercice de la profession.

Il est piquant de constater que les critiques les plus connues ne s'adressaient pas seulement à leurs collègues, mais également aux profanes, et l'on comprendra aisément que les médecins leur aient été farouchement hostiles. Vers la fin du XIX^e Siècle, ce fut le praticien russe Weressajew dont les "Confessions d'un Médecin" soulevèrent partout dans le monde une émotion considérable. Or, un tel scandale ne fut possible que parce que la médecine générale représentait un problème dont, partout dans le monde, la science s'était désintéressée.

Weressajew écrivit, entre autres : "...Nos professeurs commencèrent leurs cours, et aucun d'eux ne nous ouvrit les yeux sur ce qui nous attendait dans notre activité. A nous-mêmes, cette activité paraissait tellement simple et claire : on examine le patient et on déclare : le malade souffre de ceci ou de cela et il doit faire ceci et prendre cela. Ce n'est qu'alors que je reconnus que la chose n'était pas aussi simple. Mais pour en arriver là, il avait fallu sacrifier en pure perte sept des plus belles années de ma jeunesse. Mon courage sombra, je m'acquittai de ma tâche mécaniquement, plein d'amère dérision pour les malades assez naïfs pour s'adresser à moi..."

"...Dès les premiers jours de mes études de médecine, et bien plus encore après mon entrée dans la pratique, je me heurtais à chaque pas à des problèmes les uns plus compliqués et plus graves que les autres. Je cherchais en vain leur solution dans les manuels et les publications médicales".

"Les réponses de l'éthique médicale, méticuleuses et pédantes, ne touchaient qu'un secteur très restreint de questions insignifiantes concernant les rapports directs entre médecins et patients et entre confrères. Toutes les questions qui éveillaient mon attention étaient inexistantes pour cette éthique. Comment cela se faisait-il ? Ce serait vraiment curieux d'admettre que pour se heurter à ces problèmes que je traite dans mes "Confessions", il faille un flair et une perspicacité exceptionnels. Car tout médecin s'y heurte, chacun vit ce calvaire, à moins qu'il n'ait complètement sombré dans le confort et la douceur d'un cabinet lucratif. Alors, pourquoi ce mutisme autour de ces questions ? Pourquoi chacun est-il obligé de s'en tirer tout seul ?

Je ne vois qu'une seule explication : tous redoutent que de soulever ces questions et d'en débattre publiquement risque d'entamer la confiance vis-à-vis des médecins. Et c'est ainsi que les problèmes les plus graves et les plus importants de la profession de médecin sont recouverts d'un voile épais. On fait comme s'ils n'existaient pas (fig. 5) . Mais, entretemps, ce silence systématique pour occulter cette problématique a déjà eu de nombreuses et graves conséquences et continue de produire ses néfastes effets..."

Comme Weressajew, le chirurgien allemand E. Liek et le médecin et romancier britannique, A.J. Cronin, déjà cité, avaient, dans les années 20 et 30, traité le sujet de l'insuffisante préparation des jeunes médecins à la médecine générale.



Fig. 5 : "Des problèmes, je ne vois pas de problèmes !"

Mais tout cela n'aboutit qu'à des best-sellers bien que des milliers de médecins aient dû lire ces livres.

Quoi qu'il en soit, aucune spécialité ne s'est dégagée ici par focalisation de la recherche. Il aurait pourtant été très possible de fonder de telles disciplines.
Pourquoi cela ne se fit point ? Sans doute, les conditions n'étaient-elles pas réunies ?

Politzer parlait de collaboration étroite de scientifiques éminents : à ce propos, nous avons déjà mentionné que bien des scientifiques de haut rang ont été également des praticiens. Mais, pour tous ceux-ci, la médecine générale ne constituait pas, par elle-même, un objet de recherche.

Au siècle dernier, les découvertes médicales étaient justement à l'ordre du jour. Le but des chercheurs professionnels était principalement de faire connaître des maladies nouvelles ou de trouver de nouvelles caractéristiques significatives pour les maladies déjà décrites. Parallèlement, la recherche étiologique se mit en marche. Il suffit de penser à l'histologie pathologique, à la bactériologie, et à la biochimie, pour constater, avec Robert Koch, que des découvertes de la plus haute importance se trouvaient à portée de la main. On ne s'étonnera donc guère de voir qu'à côté de telles possibilités spectaculaires, le thème du "médecin praticien" n'ait pas intéressé les scientifiques. "Le désarroi du médecin praticien ? Il finira bien par s'adapter à sa profession. Et, en cas de besoin, nous sommes là, nous ses professeurs, pour le prendre sous notre houlette...".

Faire feu sans viser

Que pouvait-on faire pour la médecine générale après la parution des "Confessions" de Weressajew ?

Pour aurait dû commencer par regarder de plus près l'activité des médecins praticiens. On aurait aperçu, dès lors, pour quelles raisons les connaissances acquises en vue des examens ne leur sont d'aucun secours dans l'exercice de leur profession. C'eût été une tâche éminemment importante, mais naturellement, totalement différente de la focalisation qui mena aux spécialités ; et cela n'aurait, à coup sûr, pas abouti à la naissance d'une discipline telle que l'otologie. Il eût toutefois été grand temps de contrôler l'efficacité de l'éducation médicale en matière de médecine générale.

En effet, les facultés du temps de Weressajew, se trouvaient encore -et cela jusqu'au milieu de notre siècle- dans la situation d'une patrouille faisant feu sans relâche et sans se soucier si elle donne dans la cible (professionnelle) (fig. 6). L'élite de la médecine se trouvait sur la voie de découvertes excitantes et avait totalement perdu de vue la prise en charge optimale de la population -qui, comme de tout temps, reste pour l'essentiel du domaine de la médecine générale. Ce qui comptait, c'était de nouvelles méthodes chirurgicales, de nouveaux agents pathogènes, de nouvelles maladies, de nouveaux médicaments, de nouvelles méthodes d'investigation, de nouveaux symptômes. Il n'est pas étonnant que, partout et depuis longtemps, la formation du médecin praticien ait largement manqué son but.

Les "Confessions", de même que les autres représentations que les généralistes ont données d'eux-mêmes, n'auraient pas -nous l'avons dit- atteint des succès de best-sellers si ces problèmes de la prise en charge fondamentale n'avaient pas existé dans tous les pays civilisés. Il est vraisemblable que ce sont justement les heureux fondateurs des spécialités qui ont contribué à l'oubli dans lequel était tombé la médecine générale, car avec l'émiettement croissant de la médecine, il n'était plus guère possible de se sentir compétent pour la pratique généraliste. Ici encore, nous nous trouvons en face d'un certain chaos pour lequel on attend toujours les éléments organisateurs dans le sens où l'entendait Richard Koch.

Troupes de choc et couches inférieures

Nous disions qu'à l'époque, il n'existait aucune espèce de recherche de nature spécifiquement généraliste. Il faut avouer qu'il était relativement plus facile de s'occuper scientifiquement de la création d'une spécialité. Tout d'abord, les pionniers étaient des scientifiques reconnus auprès des cliniques universitaires. Ils étaient en mesure, avec l'opiniâtreté nécessaire, d'amener leurs supérieurs à les autoriser à hospitalier dans leurs services une catégorie déterminée de cas comme, par exemple, des malades de l'oreille. Ces cas eux-mêmes n'étaient pas difficiles à trouver.

Les choses se passaient encore de cette façon quand, jeune médecin, j'arrivai à l'hôpital. Dans "ma" salle qui était grande, ne se trouvaient que des malades présentant des anomalies mitrales auxquelles mon patron s'intéressait particulièrement. Et c'est de la même façon encore que, notamment les pionniers de l'otologie, purent se consacrer au développement de leur spécialité et ce, facteur non négligeable, dans le cadre de leur activité rémunérée.

Rien de comparable n'était alors concevable pour le généraliste : où les "troupes de première ligne" auraient-elles pris le temps, où l'argent nécessaire ? Où pouvait-on trouver des confrères partageant les mêmes intérêts et où les personnalités "en place" ?

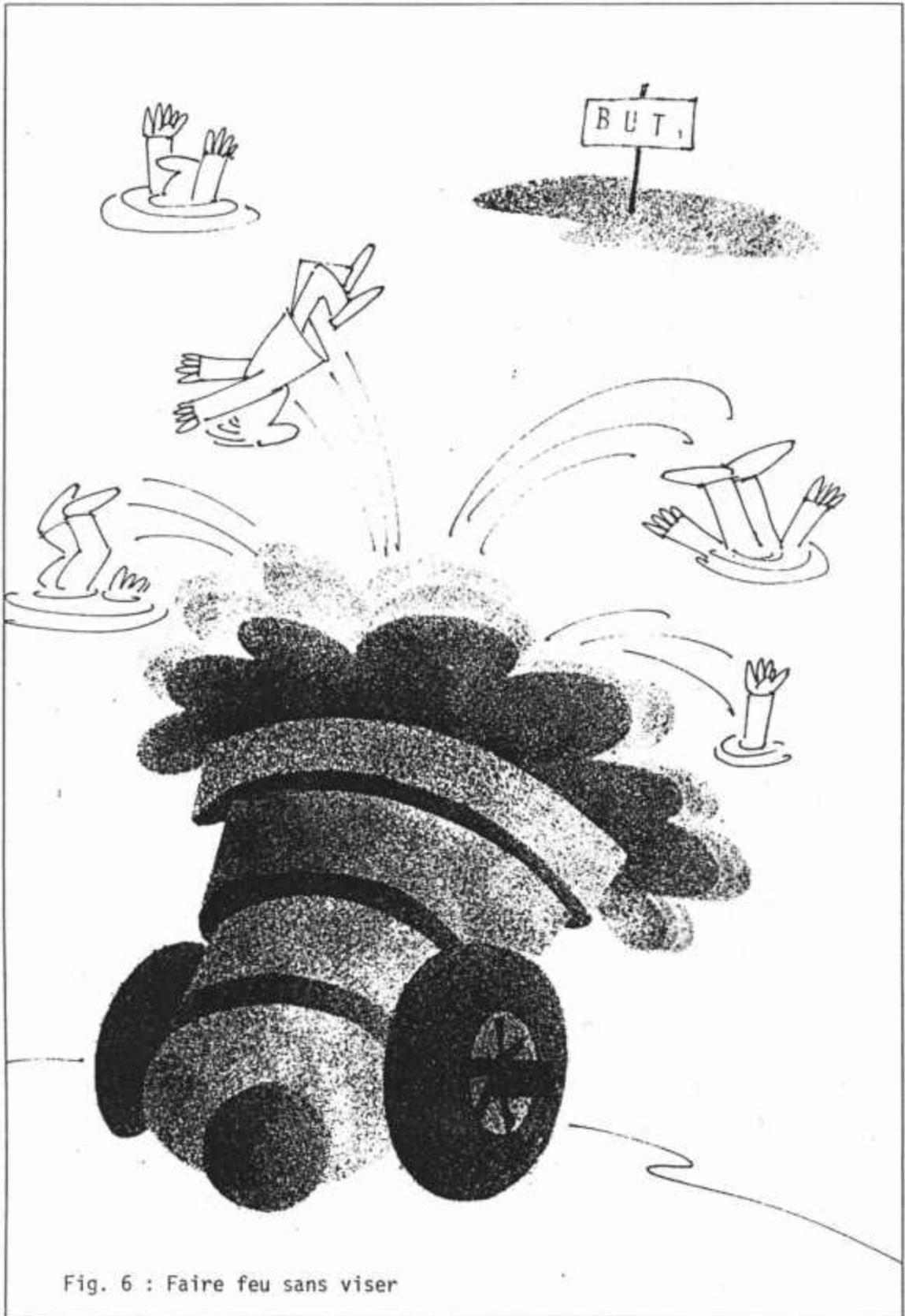


Fig. 6 : Faire feu sans viser

susceptibles de les favoriser ? Il y avait donc bien des raisons pour que, des rangs de cette "couche inférieure de la médecine" ne surgisse aucune formation pouvant prendre la direction de la recherche.

Il est très étonnant, d'autre part, que les promoteurs des différentes spécialités ne se soient jamais intéressés à l'écrasante majorité des consultations relevant de leur discipline, c'est-à-dire qu'ils n'aient jamais manifesté d'intérêt pour savoir tout simplement comment les résultats de leurs recherches étaient utilisés "en médecine". Sans doute étaient-ils persuadés - ils le sont toujours - que leurs travaux avaient aplani les rapports pratiques avec les malades, et ce naturellement aussi pour les généralistes. On n'a jamais pu établir le bien-fondé de cette conviction.

Voilà pour ce qui était des disciplines de pointe. Quant à la recherche traditionnelle, elle n'avait jamais jugé la médecine générale digne d'intérêt. Pourtant, il y eut, au début de ce siècle, en la personne de l'interniste allemand, Richard Hermann Koch (1882-1949), un penseur qui, en ce qui concerne la médecine appliquée, sut voir loin. Au cours de son analyse du concept du diagnostic, il en arriva à la conclusion que :

nous avons, en médecine, obtenu un nombre plus que suffisant de résultats et (qu') il serait grand temps de procéder à leur classement.

Combien cela est encore vrai aujourd'hui, alors que la science médicale est littéralement asphyxiée sous le nombre de ses résultats et qu'il n'est toujours pas question d'un classement global de ses acquisitions. Aucun ordinateur ne peut accomplir, à notre place, la mise en ordre préconisée par Richard Koch. Stocker n'est pas classer. Un ordre de classement suppose, notamment, une appréciation et une sélection par des experts hautement qualifiés. Richard Koch pouvait imaginer (en 1917!), entre autres, que dans les cours universitaires

1/ les éléments de la diagnose et de la thérapie,
d'une part, et

2/ le travail avec ces éléments,
d'autre part,

seraient enseignés séparément.

Il voyait même là une place à pourvoir par des "praticiens distingués" aux côtés des cliniciens. L'expérience, pensait Koch, devait apprendre à reconnaître rapidement les personnalités ayant l'envergure nécessaire. A remarquer, cette perspective développée par Koch : "Provisoirement," dit-il, "par suite des idées encore insuffisamment clarifiées que les praticiens appelés à l'enseignement auraient de leur discipline, on essaierait, avec des moyens mal adaptés, de mettre sur pied quelque chose sur la modèle de la clinique".

Richard Koch avait donc, d'une part, l'idée - assez vague, il est vrai - d'une fonction académique que pourvoieraient des praticiens d'élite, mais redoutait, d'autre part, que ces praticiens ne puissent faire que copier ce qui existait déjà, alors qu'ils étaient appelés à l'enrichir en le renouvelant.

Nous savons aujourd'hui combien les craintes de Koch étaient justifiées. Par ailleurs, Richard Koch ne voyait pas ce que l'activité des praticiens avait d'authentiquement propre, pas plus qu'il n'y discernait matière à spécialisation, bien qu'il ait lui-même contribué -inconsciemment- à en jeter les fondements nécessaires.

Quoi qu'il en soit, la médecine générale continue d'exister comme par le passé. On ne voit pas non plus comment il eût pu en être autrement. Il s'est avéré que son remplaçant éventuel "l'interniste généraliste" ne pouvait assumer la fonction généraliste, c'est-à-dire la fonction d'un médecin de médecine générale ayant accompli un stage de perfectionnement. Sur ce, nous allons tenter d'examiner de plus près le problème de la formation et du perfectionnement de celui-ci.

II - FORMATION ET PERFECTIONNEMENT

Les études de médecine sont le monopole de l'Université. Ceci laisse entendre que l'enseignant y consacre en tout temps infiniment de bonne volonté. Un tel système qui s'est structuré peu à peu par lui-même ne saurait être entièrement mauvais. Les réformateurs devraient y réfléchir et bien soupeser ce que ce système a de valable, avant d'en éliminer des éléments précieux sous prétexte qu'ils le tiennent pour dépassé.

Enseignants mal choisis - Enseignement inadéquat

J'ai fait observer à plusieurs reprises qu'à l'époque, les professeurs universitaires, dans leur majorité, tiraient leurs connaissances de médecine générale de leur propre activité pratique. Ayant devant les yeux leur expérience personnelle, ils pouvaient illustrer la matière enseignée par des exemples vécus, de sorte que ce que leur enseignement avait de plus nouveau était présenté avec compétence et sous une forme dépouillée, en liaison avec un savoir éprouvé sur le plan pratique.

Aujourd'hui, par contre, les résultats des recherches échappant à toute vue d'ensemble, la spécialisation personnelle de plus en plus poussée des cliniciens et la technicité avancée de leurs méthodes (en même temps que leur manque d'expérience personnelle dans le secteur généraliste) ne leur permettent plus de s'orienter de façon valable.

Ainsi, les spécialistes se trouvent amenés à mettre en avant dans leur enseignement ce qui n'a d'importance que dans leur propre fonction. De plus, il en est très peu qui réalisent que, sur 1000 malades reçus par la médecine générale, à peine deux ou trois cas (compliqués) finissent par être vus dans les cliniques universitaires. C'est donc dans ce nombre infime que se trouve contenue la totalité des objets sur lesquels se base la doctrine universitaire. Bien mieux, chaque spécialité ne recueille qu'une fraction de cette minuscule sélection.

La médecine hospitalière hautement spécialisée, principale responsable de l'enseignement de la médecine, n'a aucun contact avec 99 % des cas de consultations praticiennes.

Revenons à la constatation qu'une chose créée avec autant de bonne volonté que l'enseignement de la médecine n'a pu manquer d'être, pour une très large part, fonctionnelle. Songeons que cette chose qui a fait ses preuves au fil des générations, ne peut s'être détériorée entièrement en quelques décennies. Tenons compte également du fait que chacun n'a de compétence et ne peut assurer d'enseignement valable que dans le domaine de son activité.

Ainsi, la question se pose : est-ce que les cliniciens universitaires actuels se trouvent encore en mesure de contribuer à la formation des médecins établis ? Bien entendu, ils restent irremplaçables dans la formation de leur propre relève. Mais quelle utilité présente pour un futur généraliste, par exemple l'enseignement de gigantesques programmes d'explorations systématiques ou encore des techniques opératoires sophistiquées ? Il faut bien convenir que le généraliste a besoin d' "outils" d'une toute autre nature. Depuis longtemps déjà, les méthodes ultra-modernes du diagnostic ne lui sont plus d'un grand secours dans l'exercice de sa fonction.

Les concepts des maladies

Cependant, je ne pense pas que l'on puisse rayer les démonstrations de la médecine spécialisée de la formation des praticiens en arguant du simple fait que, du point de vue méthodologique, en médecine de première ligne, il n'est habituellement pas possible de procéder de la même façon.

J'ai, pour cela, deux raisons : aucun médecin sérieux ne travaille dans un complet isolement. Chacun a sa place dans le "Teamwork" de la médecine moderne et il faut qu'il soit au courant de ce qui se passe dans le secteur des autres fonctions.

En médecine générale, par exemple, les conséquences fâcheuses du manque de formation et d'information des spécialistes en ce qui concerne la pratique généraliste, se font sentir à chaque pas, les conduisant notamment à une appréciation erronée de cette fonction médicale. Les généralistes seraient victimes d'une semblable erreur s'ils ne connaissaient plus les fonctions du secteur spécialisé. Ils porteraient, par exemple, un faux jugement sur l'activité des hospitaliers, ce qui les conduirait à des transferts inadéquats et à mal conseiller des malades après un séjour en hôpital.

La deuxième raison de conserver au généraliste une formation spécialisée est plus importante : bien que la possibilité d'individualiser complètement le diagnostic ait été évoquée (Richard Koch), il n'existe aucun élément pratiquement utilisable dans ce sens. Il est bien évident qu'il n'est pas possible de démonter simplement l'édifice de la nosologie et de diagnostiquer, en quelque sorte, à chacun sa maladie. Ce qui est vrai individuellement, c'est que chaque trouble de santé apparaît sous forme d'innombrables variantes, de sorte que, de facto, chaque maladie se déroule de façon différente.

Mais il est tout aussi vrai que, si nous avons renoncé à tout concept nosologique, nous ne nous retrouverions plus dans la masse inextricable des troubles et des symptômes.

La pensée médicale a besoin de points d'appui. Dans la réalité de la profession, il s'agit là moins de classer de façon convaincante l'évolution d'une maladie dans la catégorie d'un concept nosologique (c'est-à-dire d'établir un diagnostic exact), que de posséder des points de repère permettant l'orientation dans la masse des troubles et des symptômes (F. Mainzer). C'est en tant que points de repère que les concepts nosologiques ont fait leurs preuves. Ainsi, nous venons de dégager ce qui, dans la doctrine de la médecine spécialisée, est indispensable pour le futur généraliste :

l'apprentissage des concepts nosologiques.

C'est dans le secteur de la médecine hospitalière que les concepts nosologiques sont devenus ce qu'ils sont aujourd'hui. Ils continuent de s'y développer. Et comme, selon la conception universitaire, l'expert chargé de l'enseignement est tenu de transmettre un savoir confirmé, il n'existe aucune alternative à l'enseignement de la nosologie par des spécialistes.

L'enseignement des maladies par un non-scientifique, voire un non-expert - par quelque médecin établi par exemple - représenterait, dans la situation actuelle, une énorme baisse du niveau de l'enseignement qui ne serait plus celui d'un cours d'université.

Seul, le scientifique "compétent" est en mesure d'enseigner les maladies à un niveau universitaire.

Posons la question de manière concrète : quel est l'avantage pour le futur généraliste d'assister, en tant qu'étudiant, à la démonstration d'un cas, pour le diagnostic duquel il a fallu, après de longs tâtonnements, la mise en oeuvre de l'ensemble des ressources d'une clinique universitaire ?

Nous l'avons dit et répété : la démarche du spécialiste, la dépense et les moyens engagés, la conduite des investigations couronnée par l'établissement du diagnostic, ne sont, pour la pratique de la médecine générale, que de peu d'intérêt. Il est d'autant plus remarquable que, par la démonstration d'un cas, quelque chose d'absolument anonyme - la notion livresque d'une maladie, telle que la communiquent les manuels - a, dans un processus fascinant, pour ainsi dire pris la forme humaine.

L'étudiant a entendu comment les troubles ont débuté chez le patient, comment ils ont évolué, comment les signes de maladie se sont précisés, comment on a fait appel, après réflexion, à tel moyen d'investigation, comment on a réuni de plus en plus d'indices confortant certaines hypothèses pour voir enfin un diagnostic se dégager avec certitude. Lorsque, plus tard, il aura à apprendre cette maladie pour l'examen, sa pensée se détachera du manuel pour revenir aux données de la démonstration, qui la lui ont fait vivre comme cas réel. Il en possédera dès lors une certaine expérience. Lorsqu'un jour, il verra à son cabinet un patient présentant une symptomatologie semblable, le cas de la démonstration du temps de ses études lui servira en quelque sorte de schéma standard qui lui permettra de contrôler les analogies perçues et de répondre à la question : suis-je en présence de la même maladie ?

Cependant, le spécialiste peut se trouver être tellement coupé de la réalité du panorama médical qu'il ne voit plus que ses propres cas, ses problèmes et ses préférences. Nous avons ainsi un professeur de chirurgie qui (comme il nous semblait) parlait presque exclusivement de kystes du pancréas. On peut encore citer le "diagnostic différentiel" de l'hématologue et spécialiste de médecine interne Naegeli : pour lui, le plus grand problème de la médecine (interne) était la leucémie. Cela était sans doute vrai dans sa consultation : des leucémiques du monde entier venaient le trouver. Mais, pour le clinicien moyen et, à plus forte raison, pour le généraliste, la leucémie a une toute autre signification.

Ici, nous abordons un domaine de l'éducation médicale dans lequel le médecin généraliste sera irremplaçable et aura à répondre à une demande urgente de la part de ses confrères spécialistes : en effet, lui seul est en mesure de donner des informations exactes sur la position diagnostique des maladies et, particulièrement, sur leur fréquence telles qu'elles apparaissent en médecine générale.

Les cliniciens enseignants ont besoin des recherches des "praticiens moyens". Dans aucun autre secteur de la médecine, ils ne pourront trouver des données n'ayant subi aucune distorsion, concernant l'importance et la fréquence des troubles de la santé tels qu'ils se présentent à la médecine.

C'est ici encore que se rencontrent les intérêts des disciplines cliniques et de la médecine générale : si les généralistes pouvaient établir les listes des concepts nosologiques particulièrement importants pour l'exercice de leur profession, les cliniciens pourraient organiser leurs cours en conséquence. Ceci devrait toutefois faire l'objet de discussions interdisciplinaires. Il ne suffirait pas d'établir un certain nombre de changements dans l'ordre d'importance de ces concepts. C'est pour cette raison également que je n'ai pu répondre à l'attente des professeurs d'université lorsqu'en 1955 et 1956, je leur soumis, pour la première fois, mes conclusions et statistiques. Les professeurs ressentaient bien, dès cette époque, un indéniable malaise lorsqu'ils pensaient à la formation universitaire destinée aux futurs praticiens, mais ils désiraient y apporter remède eux-mêmes, plutôt que d'admettre simplement un généraliste à la Faculté.

Je n'aurais pas non plus été en mesure, à l'époque, de dire à un chirurgien, pourquoi il devait moins s'étendre sur les kystes du pancréas, ni à un spécialiste de médecine interne pourquoi il n'y avait pas lieu de tant écrire sur la leucémie. J'étais également encore très loin de pouvoir exposer comment devait être constituée la doctrine d'un enseignement optimal pour la médecine générale.

Aujourd'hui, les choses ont changé, du moins en ce qui concerne la recherche pratique. On peut expliquer clairement pourquoi et comment la valeur exemplaire de la doctrine spécialiste pour la médecine générale réside surtout dans le souverain éclaircissement des concepts nosologiques.

Imaginons un malade présentant un état fébrile non caractéristique : nous voudrions éviter de méconnaître un trouble de santé menaçant et évoquerons donc, notamment, la possibilité d'une méningite, d'une pneumonie, d'une appendicite. Le praticien expérimenté sait, bien entendu, que, dans le cas d'une symptomatologie atypique, il ne trouvera très probablement rien de ce genre. Une angine tonsillaire sera déjà plus vraisemblable, sans compter que, dans des cas pareils, la recherche d'un diagnostic demeure généralement sans résultats. Nonobstant, en présence d'états fébriles non caractéristiques, tout généraliste consciencieux ne cessera, sa vie durant, dans la mesure de ses possibilités, d'envisager du point de vue diagnostique, une série de maladies qu'il juge importantes (fig. 7).

Considérons, à présent, les quatre maladies citées, du point de vue du danger qu'elles représentent :

C'est certainement l'appendicite et la méningite qui constituent les dangers les plus grands. Les pneumonies représentent une moindre menace, sauf pour les sujets du premier et du troisième âge, les sujets en état de déficience ou les cardiaques, par exemple. L'angine tonsillaire, par contre se présente de façon bénigne. J'ai traité, depuis 1944, près de 2.000 cas de tonsillite sans avoir perdu un seul malade. Il s'agit, presque sans exception, d'un trouble de santé banal. Toutefois, je sais parfaitement que -dans des cas rarissimes- des tonsillites peuvent conduire à une issue fatale. J'ai, en effet, vu un aimable jeune confrère et ami succomber à une tonsillite septique. Il est vrai que cela se passait avant l'ère de la pénicilline.

Dans l'ensemble, il va de soi que des maladies dont l'évolution dangereuse est relativement fréquente pèseront dans la conduite diagnostique d'un tout autre poids que celles dont l'évolution n'est qu'exceptionnellement dangereuse ou toujours bénigne.

L'enseignement touchant la médecine spécialisée devra donc réserver une place toute particulière aux maladies fréquemment dangereuses et ce, avec une égale insistance dans toutes les disciplines

Dans le choix des matières à enseigner, le chercheur de médecine praticienne pourra utilement conseiller l'enseignant clinicien.

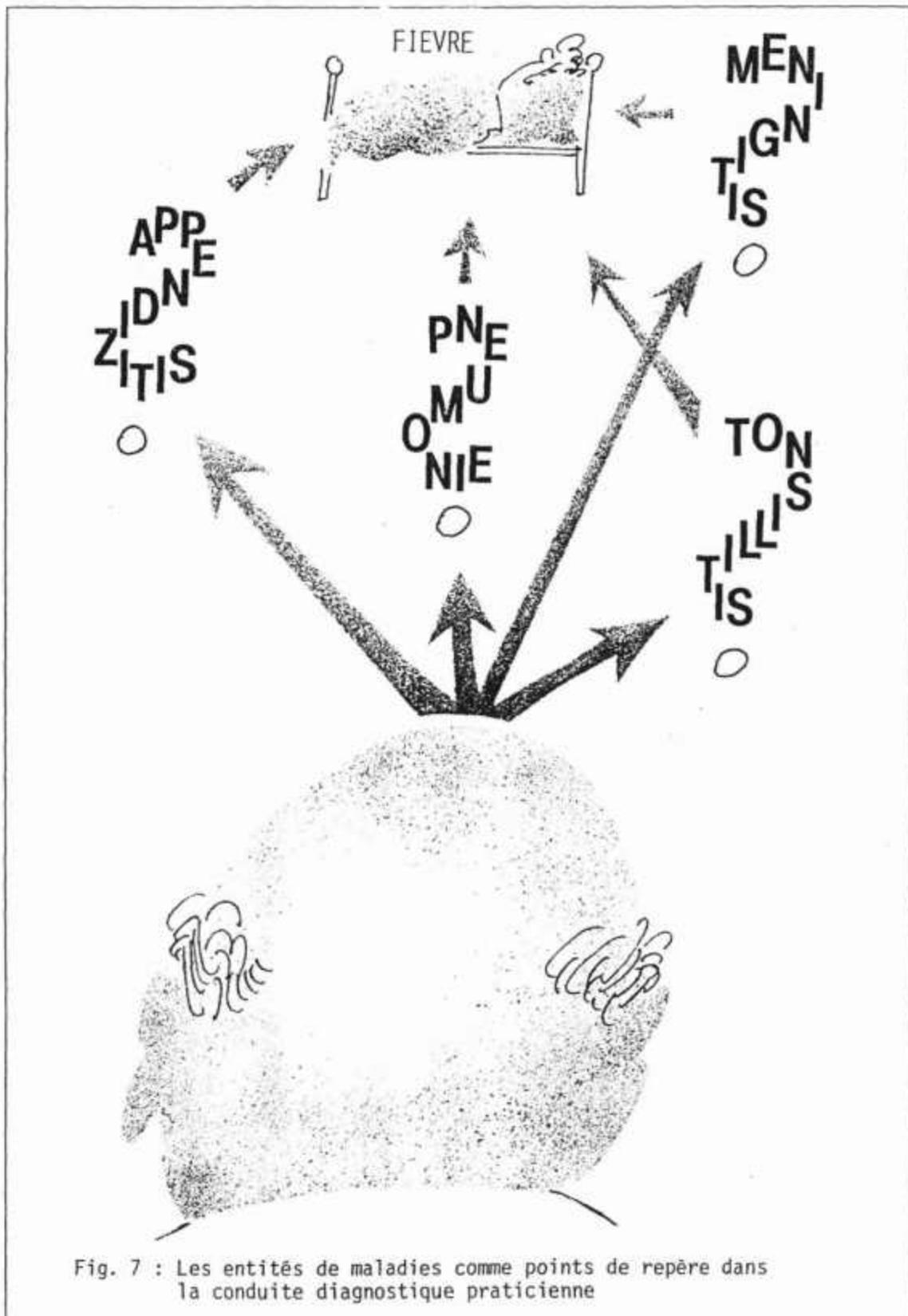


Fig. 7 : Les entités de maladies comme points de repère dans la conduite diagnostique praticienne

Une Maladie - des Spécialités

A qui appartient-il d'enseigner une maladie qui relève de la compétence de plusieurs disciplines ? En principe, on peut dire que toute spécialité qui s'occupe de façon scientifique et approfondie d'une maladie se trouve automatiquement qualifiée pour l'enseigner. Cela ne fera qu'éclairer les différentes facettes du problème. Plus nombreux sont les spécialistes, mieux cela vaut. Les choses ont évolué de cette manière en raison de l'embarras où se trouvent les différentes spécialités pour répartir l'ensemble des maladies. Ainsi, pour les différentes spécialités, des intérêts scientifiques légitimes dépassent de loin le cadre de leurs manuels.

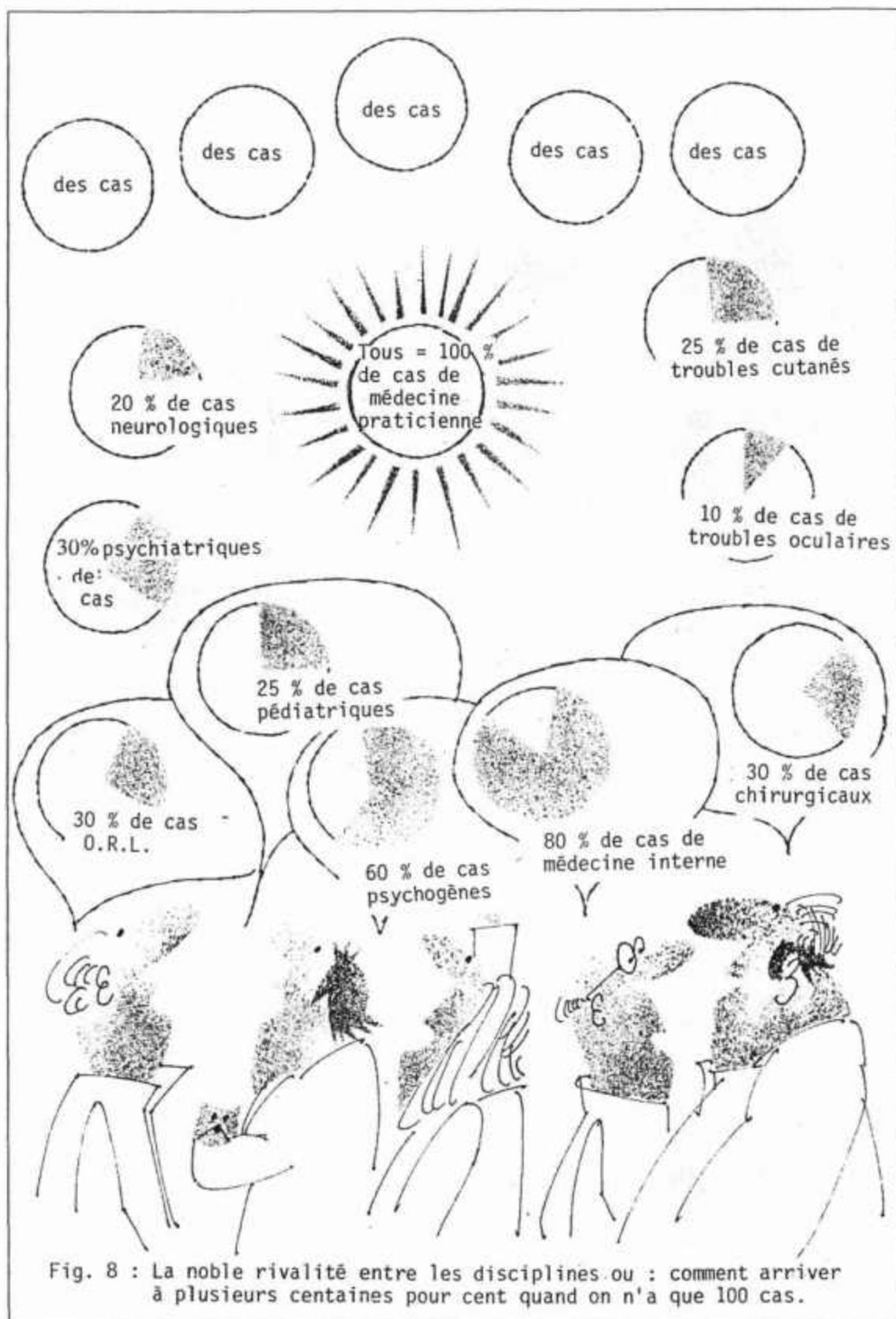
Le développement de la neurologie et de la psychiatrie nous fait découvrir un autre aspect. Du temps de mes études, elles formaient en Autriche une seule et même discipline. Plus tard, la psychiatrie et la neurologie s'isolèrent l'une de l'autre. Depuis longtemps, il existe, des deux côtés, des instituts séparés, voire de sous-spécialisations. Or, une nouvelle orientation de la recherche s'est établie juste à la "frontière" qui sépare la neurologie et la psychiatrie. Elle vise à dépasser - dans le cadre de sa propre spécialité - la séparation intervenue dans la zone frontalière. Bien entendu, il se crée ainsi de nouvelles frontières.

A quoi s'étend dans ces conditions l'enseignement des maladies ? Nous avons établi que : tout d'abord, les spécialistes devraient accorder une place toute particulière aux cours et aux examens concernant les évolutions dangereuses évitables les plus importantes. Chaque spécialité devrait participer à l'enseignement, même si sa contribution au travail scientifique n'a été que minime. Plus le futur médecin se familiarisera avec un grand nombre de facettes des principales maladies, plus sa mémoire s'imprégnera de leur symptomatologie, mieux il sera en mesure d'en tenir compte plus tard dans sa propre consultation.

Un exemple : lorsque les pédiatres et les gynécologues s'occupent, en tant que chercheurs, de l'appendicite et l'enseignement, ce n'est pas un sacrilège à l'égard de la chirurgie, mais un enrichissement pour les trois disciplines, ainsi que pour l'enseignement.

Une digression : la situation que nous venons d'exposer - c'est-à-dire plusieurs disciplines s'occupant scientifiquement de la même maladie - rend absurdes des dénominations telles que : "maladie pédiatrique", "maladie gynécologique" ou "maladie chirurgicale", ou encore "examen chirurgical" etc...

Les spécialistes ne sont pas en droit de considérer les maladies dont ils s'occupent comme la propriété de leur discipline et d'exprimer ceci par un adjectif les désignant comme telles



Certains vont même plus loin. Ils s'imaginent, notamment, accroître l'importance de leur spécialité pour le futur généraliste, en confisquant à leur profit tous les cas qui pourraient avoir un rapport quelconque avec leur discipline. Si toutes les spécialités et leurs sous-spécialisations en faisaient autant, la somme de leurs cas ne donnerait pas 100 % mais quatre fois autant (fig. 8).

Donc, s'il existe bien une chirurgie, une médecine interne, des chirurgiens, et des médecins internistes, des services chirurgicaux et des services de médecine interne, etc...et s'il existe des patients dans ces services, il ne saurait y avoir des maladies chirurgicales, internes, etc...Les maladies sont la propriété collective de toute la médecine.

La médecine praticienne en chiffres

Considérons les "principales maladies à évolution dangereuse évitable" citées plus haut. Quelles sont ces maladies ?

Pour répondre à cette question, il faudra d'abord se mettre d'accord sur la notion de "fréquence régulière". Je désigne comme "régulièrement fréquents" les problèmes qu'un "généraliste moyen" rencontre au moins une fois par an. Etant donné que le "généraliste moyen" voit annuellement au moins 3000 cas (nouveaux et anciens), seront qualifiés de régulièrement fréquents les cas qu'il rencontrera au moins une fois sur 3000. 95 % de ces 3000 cas concernent 300 résultats de consultations différents. De ceux-ci, environ 10 % sont des maladies scientifiquement identifiées de façon convaincante. C'est seulement à propos de celles-ci que je parlerai de diagnostics. La masse des cas se rapporte à des "classifications" par symptômes cardinaux (25 %), par syndromes (25 %), et par "tableaux de maladies" (40 %) (cf fig. 9).

En médecine générale, sur 3000 cas environ, 15 seulement ont une issue fatale. Ce n'est pas que l'efficacité de la médecine soit très considérable. Actuellement, en collaboration avec les spécialistes, nous ne pouvons aucunement arracher à la mort un très grand nombre de patients. C'est plutôt que la masse des cas est banale. Même la plupart des maladies "à évolution dangereuse potentiellement évitable"-telles que les appendicites, les pneumonies, les défaillances cardiaques, les diabètes - ne s'accompagnent pas de graves dangers de mort. En plus, elles sont thérapeutiquement contrôlables. D'un autre côté, dans les évolutions obligatoirement dangereuses -rares heureusement- par exemple, les "malignomes" - à l'exception du cancer de la peau - la situation diagnostique et thérapeutique est insatisfaisante.



Le généraliste voit dans une petite "consultation moyenne" près de 3000 cas (anciens et nouveaux) par an. Plus de 95 % se répartissent sur environ 300 classifications et diagnostics différents



25 % de classifications de symptômes cardinaux	25 % de classification de groupes de symptômes	40 % de classification de tableaux de maladies	10 % de diagnostics clairement établis
--	--	--	--

Répartition des 4 "types" de résultats de consultations dans l'ensemble des résultats de consultation praticienne relevés pendant de longues années.

La proportion entre des cas de maladies (ou de traitements) et des cas de décès dans une petite consultation praticienne "moyenne" s'élève à environ 3000 : 15

Fig. 9 - Morbidité, classification, diagnostics et mortalité dans la petite consultation de médecine générale "moyenne"

Revenons à l'enseignement des maladies par les spécialistes "compétents". Nous disions qu'il fallait donner une place prépondérante à l'enseignement des plus importantes maladies à évolution dangereuse évitable. Pour ces cas-là, la notion de "fréquence régulière" ne joue pas un rôle particulier. Ainsi, aucune forme de cancer (à l'exception encore une fois de l'épithéliome baso-cellulaire) ne se présente, dans la pratique généraliste, de façon régulièrement fréquente. Seulement, pris dans son ensemble, ce groupe de maladies dépasse très nettement la barrière des 1/ 3000. Dans la moyenne annuelle, on a quelque 10 cas sur 3000.

Le glaucome -pour citer une maladie menaçant un seul organe important - se présente moins d'une fois sur 30.000 dans la pratique. Pourtant, il y a lieu, en présence de céphalées atypiques, d'en prévoir régulièrement l'exclusion. Ici, les "évolutions dangereuses évitables" concernées entrent en compétition. On ne peut pourtant pas tenir compte de toutes les maladies génératrices de céphalées. Ce sera une des nombreuses tâches qui incombent à la recherche généraliste que de faire un choix optimal.

Il est évident que l'enseignement du futur praticien ne devra pas se borner à lui faire connaître uniquement les maladies à évolution dangereuse pouvant et devant être évitées. Il devra apprendre également suffisamment au sujet des troubles de santé relativement bénins. Dans sa consultation, il en trouvera un grand nombre qu'il classera comme "tableaux de maladies" n'établissant un diagnostic exact que pour une minorité appréciable. Environ 150 de ces cas se produisent avec une fréquence régulière.

Comme il est à prévoir qu'il n'est pas possible pour les cliniciens d'enseigner chaque semestre, toutes ces maladies à l'aide de cas, il faut combler ces lacunes par des moyens audio-visuels. L'enseignement des maladies bénignes à donner en plus, devra être tiré au clair et équilibré par des recherches de médecine générale. Au total, cet enseignement concernerait moins de 1000 des 30.000 maladies actuellement connues.

Le futur généraliste verra, certes, dans tous les domaines de l'enseignement clinique, des maladies qui constituent des raretés dans la pratique. Cela est bien ainsi. Elles démontrent l'étendue des possibilités. Dans sa profession, il se verra sans cesse confronté à des raretés. Plus exactement, sur 3000 résultats de consultations dans l'année, il aura affaire à environ 50 problèmes plus ou moins exceptionnels. On peut d'ailleurs faire le calcul qu'en 30 ans d'activité professionnelle, il ne verra même pas 1/10^e de toutes les maladies connues. Un généraliste ne rencontrera, durant ses études, et ses 30 années de consultations réunies, que 2000 des 30 000 maladies connues.

III - LA DISCIPLINE MEDECINE GENERALE

Dans les premiers chapitres, j'ai discuté des détails concernant les branches cliniques et la formation universitaire des futurs généralistes par des spécialistes. Depuis peu, il existe, dans la plupart des universités, également une formation assurée par des généralistes. Quels changements cela a-t-il apporté ?

Nous avons montré, précédemment, comment les nouvelles spécialités s'étaient créées dans le cadre de la médecine hospitalière : l'activité et la coopération d'éminents scientifiques en furent le facteur déterminant. Après des décennies d'un travail de recherche acharné, ces personnalités purent obtenir des instituts universitaires et des chaires pour enseigner leur spécialité. L'évolution ultérieure vers l'établissement des nouveaux spécialistes n'était alors plus qu'une question de temps.

Toute autre est la situation de la médecine générale. Pendant le développement impétueux qui conduisit à l'installation des nouvelles spécialités, il y eut toujours des généralistes établis. Sous ce rapport, la médecine générale n'avait pas besoin de justifications scientifiques. Il est vrai qu'il y a seulement quelques années, beaucoup d'universitaires croyaient encore que ce secteur était de toute façon appelé à disparaître. Les éloges "des médecins de campagne dévoués" que l'on pouvait entendre à cette époque, et déjà un peu plus tôt, avaient des accents d'éloge funèbre.

Ce fut dans ce contexte que je constatai, en 1945-1946, en me fondant sur mon expérience de praticien et par une première analyse de mon activité professionnelle, que non seulement la médecine générale est irremplaçable dans la médecine, mais qu'en raison de l'énorme accroissement des connaissances médicales et de l'"éclatement" des spécialités en sous-spécialités, elle est progressivement elle-même devenue un problème scientifique. Lorsqu'on a accédé à la découverte de cette activité, on peut pour ainsi dire la mettre à l'essai. Son indispensable méthodologie spécifique peut être objectivée et optimisée à partir de la routine de l'expérience.

Bien que cette analyse fût quelque chose de tout à fait nouveau qui aurait pu faire sensation et susciter un grand courant de travaux de recherche scientifique, mes résultats ne reçurent pas d'accueil particulier et ne retinrent guère l'attention.

Au contraire, personne n'y vit matière qui méritât d'être encouragée. Dans les milieux universitaires, on ne tarda pas à revenir à l'ordre du jour. Nul ne participa à la construction de ce pont que l'on venait de jeter entre la recherche traditionnelle et la nouvelle théorie de l'action médicale qui commençait à se développer. C'est ainsi que la médecine classique orientée sur la démarche diagnostique tournait le dos à la médecine générale moderne orientée sur la prise en charge des problèmes.

La médecine hospitalière classique est, en principe, orientée sur la conduite diagnostique, la médecine générale, en principe, s'oriente sur la prise en charge des problèmes.

L'idée universitaire

Cependant, certains praticiens ont aperçu depuis, en se basant sur mes travaux, une chance de dépasser personnellement leur position de "lanterne rouge" dans la hiérarchie arbitraire de la médecine. Peu à peu, on en arriva ainsi, dans beaucoup de pays, à des assauts concertés contre les bastions de l'université.

Dans la plupart des universités, la pénétration réussit. Mais, à la différence du développement que connurent les spécialités, les positions ne furent pas conquises par des scientifiques pour des scientifiques à la suite de découvertes remarquables.

Du côté des universités, on ne demanda pas si les futurs chargés de cours de médecine générale avaient les qualifications qu'il était d'usage d'exiger. L'enseignement qu'ils se proposaient de dispenser ne fit pas davantage l'objet d'un examen rigoureux. Ainsi, l'enseignement de la médecine générale s'établit au plus court, sans légitimation scientifique. Mais le public ayant l'habitude de reconnaître les personnes occupant des positions universitaires ipso facto comme des scientifiques, les nouveaux enseignants ne tardèrent pas à acquérir effectivement la réputation d'experts et le rang social plus élevé qu'ils avaient ambitionné.

Je crois que les facultés, en permettant ces "éclusages" ont rendu un mauvais service à l'idée universitaire, laquelle repose, comme on sait, entre autres, sur la réunion chez le chargé de cours, de la recherche, de la doctrine et de la pratique. "Recherche" signifiant un travail des plus sérieux conduit sur des dizaines d'années, par un homme qui en a les dons, "Doctrine", la plus grande concentration sur un savoir spécifique reconnu et reproductible ; la "pratique", enfin, l'exercice dans sa propre fonction au niveau le plus élevé possible.

Suivant la conception de l'enseignement universitaire, dans la personne du professeur doivent se trouver réunis, le chercheur sérieux, le maître dominant le savoir de sa spécialité et le médecin exerçant sa profession au plus haut niveau.

Recherche - Doctrine - Pratique

La masse des praticiens est, en gros, très satisfaisante de son activité de généraliste. Une science ayant pour objet leur activité, ne rencontre chez eux ni intérêt, ni compréhension. Pour certains, cela n'est que coupage de cheveux en quatre. Le chercheur, par vocation, n'est, par contre, jamais tout à fait satisfait de son activité dans la médecine. Toujours, il médite sur les possibilités de faire mieux. Il est sans cesse à la recherche d'améliorations à réaliser.

Dans ce sens, il existe normalement une différence fondamentale entre l'attitude spirituelle du médecin moyen qui est satisfait dans l'exercice de son métier, et le scientifique clinicien qui, au sens socratique, sait bien qu'il ne sait "rien". Nous avons besoin de l'un et de l'autre : du médecin moyen satisfait et du scientifique né inquiet. Mais chacun à sa place.

Un jour, comme on célébrait l'anniversaire de Bergmann, il se produisit la scène suivante : un assistant de Bergmann, qui avait travaillé pendant de longues années avec lui, revenant de la guerre russo-japonaise, lui remit un ouvrage où il avait consigné ses expériences de chirurgien de campagne, en lui disant :

"les lois que vous avez établies pour la chirurgie de guerre sont "éternelles".

Bergmann lui répondit : "Mon Cher Confrère, si, pour les lois de chirurgie "que j'ai pu développer, j'avais un voeu à émettre, ce serait qu'elles "soient remplacées aussitôt que possible par de meilleures".

S'il n'y a rien de répréhensible à ce qu'un généraliste soit satisfait dans l'exercice de sa profession, il n'en va pas de même pour un professeur d'université.

Un jour, dans une assemblée, un non-scientifique qui brigait des cours d'université (et qui finit d'ailleurs par les obtenir) répondit à ma question sur ce qui, en ce qui le concernait, lui paraissait le plus important et sur ce qu'il me recommandait pour mes travaux. "Le tout est d'y être". Un homme tel que Bergmann aurait sans doute répondu que tout était dans le travail et la recherche.

Aucune spécialité médicale n'a encore connu une situation semblable à celle qui règne actuellement dans les universités du monde entier, en médecine générale. Jusqu'ici, la conquête de nouvelles positions académiques avait été un stimulant, incitant la recherche, l'enseignement et la pratique à se surpasser. Dans les universités, toutes les disciplines se sont distinguées dans ce sens. Evoquant "son" oto-rhino-laryngologie, Politzer en parlait avec un orgueil justifié.

Par contre, on chercherait en vain, dans des revues médicales de pointe, des publications de médecine générale concernant de véritables progrès. Pour les travaux faisant exception, il s'agit -comme pour une étude britannique sur les contraceptifs- de problèmes relevant d'autres disciplines.

Si l'on interroge les généralistes sur cette question, on entend toujours la même réponse : "je n'ai pas le temps". Je ne peux naturellement pas suggérer aux confrères ma propre recette. Elle consista à changer ma grande consultation d'il y a plus de 30 ans contre un très petit cabinet qui me laisse le temps nécessaire pour mes recherches sur l'activité médicale de première ligne.

Un jeune confrère s'étant plaint à son patron que son activité hospitalière ne lui laissait pas de temps pour ses propres recherches, s'entendit répondre : "vous avez la nuit". Ce que voulait dire ce professeur -lui-même chercheur tout dévoué à ses travaux- c'était : "si vous voulez faire de la recherche, il faut y consacrer une bonne partie de vos loisirs".

Si nous nous tournons maintenant vers les répercussions de la situation actuelle de la médecine générale, nous percevons différents symptômes inquiétants. Nous les trouvons, tant au niveau de l'organisation de l'enseignement, de la rédaction des manuels, que dans les modalités des examens spécifiques de médecine générale, dans les publications (scientifiques), dans les congrès, etc...

Un exemple : un de mes collaborateurs assistait récemment au 25ème anniversaire d'une association de praticiens qui se veut scientifique. Après le grand discours du président, mon confrère dit à celui-ci : "Ce même discours, vous auriez pu le tenir lors de l'assemblée constitutive il y a 25 ans. Il n'y a pas eu depuis le moindre progrès". "Nous le savons bien" lui répondit-on avec résignation.

Lorsque nous feuilletons les divers nouveaux manuels de médecine générale, nous y voyons, presque sans exception paraître le caractère problématique de l'actuel enseignement. On y trouve, par exemple, présentées en première page par des personnalités connues, des questions touchant le statut des généralistes. De telles questions, bien sûr, ont leur importance, mais point n'est besoin d'une université pour communiquer les informations qui s'y rapportent.

Dans ces livres, l'enseignement et la pratique de la médecine psychologique occupent souvent le premier plan. Cependant, la psychiatrie, dans son sens le plus large, n'est en fait qu'un élément comme les autres spécialités. Nous avons besoin de toutes pour pouvoir intégrer les connaissances importantes et significatives à notre mode de réflexion et d'action? Mais la médecine psychologique ne saurait, en aucun cas, être identifiée à la médecine générale.

Que le généraliste doive vraiment penser et agir autrement, des dizaines d'études scientifiques de théorie professionnelle s'étayant les unes les autres, l'ont démontré et publié. Mais il n'en est guère question dans les manuels. En revanche, on y trouve représentées les opinions dominantes et fausses les plus diverses.

Soit, à propos du thème anamnèse et examen :
 "l'examen du patient par le généraliste doit s'effectuer naturellement selon les mêmes critères que, par exemple, en médecine interne, en chirurgie, en gynécologie, en psychiatrie, etc... critères qui pré-sident également à son enseignement. Dans la formation et le perfectionnement du généraliste, il faut donc inclure l'apprentissage des examens tels qu'ils sont pratiqués dans les différentes spécialités".

Si les vues de l'auteur étaient exactes, la médecine générale ne serait "bien entendu" rien de spécifique. Elle devrait être rayée du programme de l'enseignement universitaire.

Si la médecine générale n'était rien d'autre que la réalisation des principes de la médecine spécialisée, son existence comme discipline enseignée dans les universités ne se justifierait pas.

A propos des "Contrôles des connaissances"

L'engagement personnel de certains enseignants spécialisés pour la formation des généralistes ne doit pas nous dissimuler le fait qu'ils ne savent que peu de choses sur les questions fondamentales de la pratique médicale. Singulièrement, ils se refusent à mieux connaître la médecine praticienne. Depuis 1945, j'ai invité certainement cent spécialistes à venir passer, ne fut-ce qu'une petite période à mon cabinet, ceci pour leur permettre de se rendre compte dans quelles conditions s'effectue le travail médical de première ligne. Il s'agissait, sans exception, de spécialistes se sentant la compétence pour avoir voix au chapitre en matière de médecine générale. Aucun de ces confrères, cependant, n'a jugé utile de se rendre à mon invitation.

Au moins, il y a aux U.S.A., le confrère Bratrude. Non seulement, il réussit à amener à sa consultation de médecin de campagne un chef de clinique interniste, mais encore à échanger pour quelques semaines son cabinet avec celui-ci. Le chef de clinique se fit ainsi généraliste dans la consultation de groupe de Bratrude. Ce dernier a communiqué les résultats de cette expérience lors du premier congrès de la "Société Allemande de Médecine Générale" (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin, D E G A M). Le plus intéressant pour moi, dans son rapport, fut que le clinicien s'attendait à se voir confronté dans la consultation praticienne à une majorité de maladies psychogènes. Il fut très surpris par la réalité, à savoir le large éventail des motifs "réels" de consultation et la part relativement modeste des maladies psychogènes.

J'ai pu, à maintes reprises, assister Outre-Atlantique, à des examens de spécialistes et à des épreuves de médecine générale. Une fois, un candidat eut pour cas d'examen, un adolescent présentant une verrue. Ce cas se serait prêté admirablement à une épreuve de médecine générale très complète. Le jeune confrère avait effectivement su reconnaître et désigner d'emblée la *verruca vulgaris* qu'il soigna ensuite par de l'azote liquide. Or, c'eût été le moment, à mon sens, de poursuivre l'épreuve de médecine générale en interrogeant de façon plus précise sur les conditions fondamentales de la démarche diagnostique praticienne spécifique, en discutant les notions de diagnostic, en s'étendant sur l'importance de l'enseignement de la médecine spécialisée pour l'action généraliste, en discutant des différentes manières d'approcher les cas de médecine praticienne, des diverses décisions à prendre par ailleurs, des possibilités de donner des noms aux résultats de consultations et de bien des questions encore.

Mais rien de tout cela ne fut évoqué au cours de l'examen. Le jury, apparemment, n'y vit pas matière à interrogation. Les examinateurs semblaient, d'autre part, persuadés que personne n'irait consulter pour une telle bagatelle et qu'il devait y avoir là-dessous quelque chose de plus important.

C'est pourquoi, on demanda au candidat quelle était la vraie raison de cette consultation chez un généraliste. De toute évidence, il avait attendu la question. Il abandonna donc la verrue à son sort et partit en chasse au "problème" qui devait se cacher derrière la verrue, motif de consultation prétexte. Il s'entretint, en long et en

large avec le malade de sa vie privée, familiale et sociale. Bien sûr, certains apprécient cela, ils parlent volontiers de leurs soucis, de leurs ennuis. Nombre de malades s'ouvrent alors assez largement au médecin et laissent apparaître, peu à peu, nombre de problèmes personnels, de tensions familiales, etc, toutes choses qui font partie de la vie de tout un chacun.

La commission d'examen se montra satisfaite de l'interview du candidat et de ses résultats. La décision unanime fut que le confrère avait subi l'épreuve avec succès. Mais la médecine générale, c'est autre chose.

En médecine générale, il ne s'agit qu'exceptionnellement de déceler, en y consacrant beaucoup de temps, des motifs de consultation inavoués. Dans la très grande majorité des cas, le motif initialement (et spontanément) invoqué est aussi le problème réel. (note)

Il existe d'autres genres de contrôles des connaissances. Les "patients" sont remplacés par des comédiens qui ont appris par coeur des maladies types et qui les miment, dans la mesure de leurs possibilités. Je pense que la découverte de maladies simulées ne saurait être une méthode d'examen adéquate en médecine générale. Tout d'abord, parce qu'alors disparaît une chose essentielle : la tension existant entre le vrai malade et son médecin. Le patient atteint d'une affection réelle se trouve devant son médecin comme devant un juge qui a sur lui pouvoir de vie et de mort. Il s'adresse à lui plein d'angoisse mais aussi plein d'espoir. Le stress du médecin provient de son immense responsabilité née du fait que le malade lui remet pour ainsi dire sa vie entre les mains. Cette grande tension relationnelle favorise, d'une part, la coopération du patient, de l'autre, elle stimule le praticien à donner le meilleur de lui-même. Cette stimulation suscite une démarche diagnostique intuitive individuelle spécifique, particulièrement fonctionnelle. Soumis à l'extrême tension d'une confrontation authentique, notre cerveau fonctionne tout simplement mieux que devant un comédien chez lequel n'existent, ni les troubles dont il parle, ni les angoisses du malade et qui, une fois son rôle débité, se mettra à dire des sottises.

En second lieu, aucun cas de maladie n'est ainsi fait qu'il présente intégralement tous les signes figurant dans les manuels. Dans les cas de maladies simulées, par contre, on trouvera tous les signes faisant partie du tableau "idéal" de la maladie, et rien de plus. Nous avons appris ce qu'il fallait penser des tableaux de maladies classiquement caractéristiques. Leur rôle est essentiellement celui de points de repère servant à orienter la réflexion du médecin. Dans le meilleur des cas, les malades de sa consultation présenteront une symptomatologie approuvée.

(Note) Nous pensons qu'il faut prendre cette phrase de R.N. Braun "à la lettre" et qu'elle n'exclut nullement l'existence de cas rarissimes de verrucose extensive et récidivante où la part psychogène et relationnelle du problème mérite d'être prise en considération (N.D.L.R.)

Non moins sujettes à caution sont les épreuves de médecine générale réalisées à l'aide d'ordinateurs. Les résultats sont les mêmes que lorsque des comédiens miment des maladies. J'ai vu, finalement, des membres de jury d'examen jouer eux-mêmes des cas. Une fois même, un collègue âgé mimait une malade de 17 ans, qui, à côté d'une maladie classique, souffrait de troubles de la menstruation (fig. 10).

L'examen se déroula dans une ambiance des plus joviales et ne cadrant certainement pas avec une épreuve sérieuse. De plus, tous ces efforts de mime sont totalement superflus. A la limite, les épreuves de médecine générale peuvent se passer de malades sans s'écarter de la réalité. A vrai dire, tout malade peut faire l'affaire, qui vient trouver le généraliste, que ce soit pour se faire enlever une verrue ou pour se faire délivrer une ordonnance ou parce qu'il apparaît atteint d'une maladie dangereuse. L'essentiel c'est que l'examineur sache réellement de quoi il en retourne en médecine générale et que le candidat se soit préparé suffisamment pour cette épreuve professionnelle, comme il l'aurait fait pour toute autre.

Pour faire passer une épreuve de médecine générale, point n'est besoin de programmation, d'ordinateur, ni de comédiens ou de médecins mimant des maladies. Le premier malade venu d'une consultation de médecine générale fera parfaitement l'affaire, si l'examineur s'est suffisamment familiarisé avec les problèmes fondamentaux de la médecine de première ligne.

Je me suis également soumis moi-même, à plusieurs reprises, à des examens de médecine générale type "choix multiple" et j'y ai brillamment échoué, et ceci alors que j'ai ouvert la médecine générale à une recherche autonome, que j'ai toujours suivi attentivement les progrès de la médecine spécialisée ; que je possède une connaissance assez complète des recherches spécifiques de médecine générale méritant le nom de scientifique et que, de plus, j'exerce depuis près de 40 ans la médecine générale comme activité principale. Si donc je n'ai aucune chance de passer des examens dans ma propre profession, c'est que quelque chose ne va pas au niveau de ces examens. Personne, en effet, ne pourra admettre qu'il soit possible que des spécialistes expérimentés échouent aux épreuves de leur propre spécialité.

Il y a peu, je demandai Outre-Atlantique, à un confrère d'un certain âge occupant un poste de direction au sein d'une organisation professionnelle de médecine générale, s'il avait réussi à ces épreuves. Il me dit que s'étant présenté une première fois sans préparation, il avait purement et simplement été refusé. Avait-il fait une deuxième tentative ? "Oui" mais cette fois, il avait fermé son cabinet pendant 6 semaines, acheté quantité de manuels traitant des spécialités cliniques et s'était offert des cours préparatoires avec, comme répétiteurs, de jeunes cliniciens. Pendant ces 6 semaines, il s'était astreint à un "bachotage" intensif. Avait-il réussi cette fois ? "Après une telle préparation, bien sûr...". S'était-il servi depuis, de tous les livres nouvellement acquis ? "Pas une seule fois" fut sa réponse lapidaire. Et le président général du comité fédéral des examens de médecine générale avait-il passé cet "examen professionnel sans problème ? - "Lui, il n'y arriverait jamais !"



Un autre exemple donnant à réfléchir concerne un confrère britannique. Etant étudiant, il avait établi, dans les années 50, une statistique de tous les cas dont il avait vu la démonstration pendant ses études. En regard de ces chiffres, il fit une statistique de ses premiers cas de consultation praticienne. Sa publication mit en lumière que ce dont on fait la démonstration en clinique ne se présente que très rarement dans la pratique. Inversement, les faits de la pratique les plus fréquents n'avaient pas été ou très négligemment traités au niveau universitaire. Ce confrère obtint, plus tard, une chaire de médecine générale. Il y a peu d'années, parut de sa plume un livre sur les questions d'examens en médecine générale et ce fut moi alors qui établit une statistique de ses exemples d'examen. Quelle ne fut pas ma surprise ? En tant que professeur, il donnait comme sujets d'examens à l'université, exactement les mêmes cas rarissimes qu'ils avait reconnus à l'époque comme inadéquats et opposés aux véritables besoins de la médecine praticienne.

Rappelons-nous les propos tenus par Richard Emmerich Koch en 1917 : "Provisoirement...le praticien appelé à enseigner, essayera probablement de constituer, avec des moyens inappropriés, quelque chose sur le modèle de la clinique hospitalière".

Beaucoup de manuels de médecine générale contiennent également des traités sur les maladies qui en forment même souvent le principal contenu. On y trouve, présentées sous une forme en quelque sorte allégée, les habituelles descriptions de médecine spécialisée. Nous avons déjà dit à ce propos que, dans le domaine d'une matière à fondement scientifique comme la médecine, seul est habilité à enseigner les maladies, celui dans la spécialité duquel les maladies sont étudiées dans l'optique de la recherche. Il va de soi que ceci est également vrai pour la composition des manuels. Si des experts de tous les secteurs de la médecine "passaient au peigne fin" les manuels actuels de médecine générale et en extrayaient ce dont la description et l'enseignement est de leur domaine, il ne resterait pas grand chose du texte de ces ouvrages.

En somme, on peut dire que la formation théorique et pratique de médecine générale, telle qu'elle est dispensée dans la plupart des universités, ne réalise pas le concept universitaire éprouvé pour lequel, recherche, enseignement et pratique, doivent se trouver réunis dans la personne de l'enseignant du niveau supérieur. Les conséquences de cette carence se font sentir à bien des égards.

Comme il était à prévoir, étant donné les circonstances, l'enseignement universitaire de la médecine générale par des généralistes "non sélectionnés" n'a pas apporté d'améliorations à la formation des praticiens, mais l'a détériorée. Ce qui, entre autres, a contribué à cet état de choses, c'est que la matière enseignée, pour une faible part, n'est pas de niveau universitaire et, en majeure partie, se compose d'emprunts à d'autres disciplines. Ce qui est spécifique à la médecine générale n'y est mentionné qu'en marge ou est tout simplement laissé de côté. Après ce qui vient d'être exposé, il devrait apparaître comme évident qu'un tel enseignement ne saurait durer sous sa forme actuelle.

IV - LES PROBLEMES DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE COMPLEMENTAIRE ET DU PERFECTIONNEMENT

Dans ce qui précède, j'avais examiné certains éléments de ce qu'au niveau universitaire, le futur généraliste apprend de son métier. Je n'avais pas insisté sur les connaissances, supposées acquises, relatives à la constitution du corps humain normal et à son fonctionnement. J'avais mis l'accent sur l'enseignement des maladies par des spécialistes cliniciens.

Nous l'avons reconnu : cet enseignement transmet des points de repère déterminants pour l'orientation de la démarche diagnostique pratique. Il ne devrait être assuré qu'à partir de secteurs consacrés scientifiquement à la matière donnée et par un personnel hautement qualifié. Une expérience personnelle assez remarquable à mentionner : nous entendons continuellement les jeunes médecins se plaindre que les représentations des maladies figurant dans les manuels actuels sont bien trop détaillées et éloignées de la pratique. Les ouvrages pris dans ma bibliothèque et datant d'il y a 40 à 50 ans, présentant les descriptions faites par nos prédécesseurs, leur conviennent bien mieux que la forme de présentation habituelle de nos jours.

C'est ce qui explique, sans doute, pourquoi certains chargés de cours de médecine générale, dans leurs livres, donnent également sous une forme allégée, les descriptions des maladies leur paraissant importantes. C'est bien compréhensible. Seulement, dans l'enseignement universitaire, il ne peut y avoir qu'un savoir scientifiquement établi par la recherche. On ne peut, pour des raisons de convenances personnelles, se confectionner des descriptions de maladie modèles-réduits, et les enseigner et diffuser sous cette forme. Une telle condensation nécessiterait des dizaines d'années de travail scientifique préparatoire, en collaboration avec les spécialistes compétents, et c'est justement ce qui nous fait défaut.

La dépréciation de la médecine générale

Au temps de mes études, il n'était pas rare et -aux dires de mes jeunes collègues - cela n'a toujours rien d'exceptionnel, d'entendre, au cours des démonstrations de cas cliniques hospitalisés, des jugements péjoratifs portés sur le généraliste traitant. Sans doute, ces remarques ne visent-elles pas à déprécier toute la profession, mais l'effet est le même. Et, comme nulle part dans le secteur de la médecine spécialisée, on ne songe, en compensation, à faire valoir l'efficacité de l'action du praticien, les étudiants en arrivent souvent à penser que le généraliste -coupé de l'hôpital- ne connaît bientôt plus grand chose à la médecine.

Il faut rappeler encore une fois ici que tous les cliniciens hospitaliers réunis traitent un peu moins d'un pour cent des cas pris en charge par la médecine générale. Dans les milieux universitaires, il faudrait toujours tenir compte du fait que, malgré tout, le généraliste assure la très grande majorité des consultations -y compris les transferts- d'une façon tout à fait judicieuse. Un moyen d'empêcher la dépréciation de la médecine générale serait d'inviter le praticien

procédant aux hospitalisations et de le faire assister aux démonstrations de cas. Il pourrait alors (éventuellement secondé par un spécialiste de théorie professionnelle) parler du travail préparatoire qu'il a effectué. Il apparaîtrait alors que le médecin de famille a pensé et agi de façon adéquate et que, seulement dans tel cas exceptionnel, il n'a pas été autant que d'habitude favorisé par la chance.

C'est ainsi, selon moi, que devraient se dérouler les démonstrations idéales. Finalement, les cliniciens universitaires désirent inciter les étudiants à choisir la médecine générale. Or, si cette profession se trouve - comme nous le voyons aujourd'hui - choisie "par défaut", il sera difficile de motiver des étudiants indécis à s'orienter dans cette voie.

Les apparentes défaillances des généralistes consistent souvent en ce qu'on appelle des "erreurs diagnostiques". A ce propos, il convient de dire que le généraliste dont l'activité est soumise irrévocablement à la pression de conditions extérieures, se voit dans l'obligation de changer radicalement la seule méthode de travail que lui ait apprise la médecine hospitalière. Tous les praticiens consciencieux finissent - après de longues années et d'innombrables erreurs plus ou moins graves - par arriver au résultat final d'une démarche diagnostique spécifique fonctionnelle variant très peu d'un généraliste à l'autre. Si l'on adopte les paramètres appropriés pour apprécier leur action, on s'aperçoit que leurs modes de réflexion et leur manière de procéder sont adéquats. Si l'on se réfère à des paramètres inadéquats - par exemple, les critères méthodologiques de la médecine hospitalière - on peut interpréter, à tort, ce que les médecins "dehors" sont obligés de faire, comme des preuves de négligences ou d'un manque de niveau.

Les spécialistes, ici, devront revoir leur manière de penser. Ils devraient étudier la théorie de la médecine générale appliquée pour comprendre, par exemple, la signification réelle de ce qu'ils prennent, quand ils le découvrent, pour des erreurs de diagnostic. Souvent, les praticiens établissent des "diagnostics" simplement parce qu'ils croient devoir le faire. Maintes fois, ils désignent par les concepts employés, tout autre chose que les cliniciens hospitaliers (fig.11).

En effet, l'activité pratique des généralistes est bien meilleure que l'univers conceptuel par lequel elle s'exprime (Wieland).

Au cours des démonstrations de cas, l'étudiant en médecine entend, ici et là, des jugements dépréciatifs portés sur le praticien. C'est ainsi que la profession du généraliste est présentée sous un jour négatif qui amène l'étudiant à la choisir "par défaut". Une telle tendance négative serait évitable si les spécialistes s'attachaient à étudier la recherche fondamentale de la médecine praticienne. Ils verraient alors la fonction médicale de première ligne d'un autre oeil. En effet, dans les prétendus cas d'erreurs diagnostiques du praticien, il n'y a d'ordinaire pas de fautes au niveau de l'action médicale mais un malentendu au sujet des moyens et des concepts diagnostiques.



Fig. 11 : Le jugement des "petits derniers"

"Assistance" et première activité clinique

Quelques mots à propos de l'assistance des étudiants en médecine auprès de médecins généralistes. Sous la contrainte des circonstances et, dans une large mesure remis à lui-même, le généraliste actuel, puisant pour chaque cas dans l'ensemble de ce qu'il a appris et de ce que lui a enseigné l'expérience, essaie d'agir rapidement et en toute responsabilité. Ceci suppose des connaissances dans tous les secteurs spécialisés ainsi que de toutes les maladies importantes. Le processus d'intégration indispensable à ce travail s'effectue inconsciemment.

Une "assistance" optimale supposerait donc : des praticiens formés au mieux et, de plus, des étudiants possédant des connaissances suffisantes dans tous les secteurs de la médecine spécialisée, mais également familiarisés avec les résultats de la recherche fondamentale pratique. Sans ces conditions, il ne saurait y avoir d'assistance effective par des étudiants auprès des généralistes.

Une assistance efficace d'étudiants auprès de médecins généralistes suppose chez les praticiens et les étudiants une bonne formation théorique. Les étudiants doivent disposer de connaissances suffisantes dans tous les domaines de la médecine spécialisée.

En médecine générale, on procède, pour le cas particulier, en principe toujours, à l'intégration de l'ensemble de tous les éléments utilisables des disciplines spécialisées. Ceux-ci se trouvent cependant transformés en une somme orientée vers un problème spécifique. Il en ressort que, pour avoir une utilité comme assistant de consultation, un étudiant devra se trouver dans les tout derniers semestres de ses études.

Après avoir passé tous ses examens et après son activité obligatoire à l'hôpital, le jeune médecin peut s'installer comme généraliste. De quelle utilité lui est alors son activité hospitalière ? Par ses études, il connaît le corps normal et nombre de maladies dangereuses et bénignes. Il a pu en voir personnellement un petit nombre pendant les cours, en démonstrations de cas. Jeune clinicien, il entrera successivement dans différents services dont il deviendra collaborateur. D'ailleurs, ici encore, il entendra des jugements dépréciant le travail des généralistes et, même, il y participera. (fig. 11).

Il s'agit là encore, en partie de simples malentendus. Il est, par exemple, d'usage que les praticiens dramatisent, voire feignent de suspecter des maladies, lorsqu'ils craignent de ne pouvoir faire accepter autrement à l'hôpital un malade dont l'hospitalisation leur paraît nécessaire. En prenant à la lettre le diagnostic fictif, le médecin stagiaire dans le service ne comprend pas ce que le praticien ordonnant l'hospitalisation veut dire. En outre, il oublie que celui-ci, il y a des années, a, lui aussi, fait son stage à l'hôpital, que les années écoulées depuis ont été pour lui des années de pratique médicale au cours desquelles il n'a sans doute pas tout oublié et très certainement appris un nombre appréciable de choses.

Le jeune médecin devrait donc se méfier des jugements dépréciatifs. Toutefois, ceux-ci sont si fréquents que les responsables des stages de perfectionnement devraient essayer de réprimer ces marques d'outrecuidance déplacées. Ils contribueraient ainsi à une meilleure entente confraternelle dont nous avons tant besoin.

Les grandes et les petites spécialités

Celui qui s'occupe de plus près des stages de perfectionnement clinique des futurs généralistes, rencontrera inévitablement les notions de "grandes" et de "petites" spécialités. Dans les services de province situés à l'écart des grands centres, les "petites spécialités" sont assurées par les "grandes spécialités" (comme cela se faisait autrefois dans les cliniques universitaires). Le chirurgien généraliste procédait aux amygdalotomies, pratiquait les opérations maxillaires, intervenait en cas d'hypertrophie prostatique, etc... De même, l'interniste généraliste s'occupait des maladies de la peau, de l'appareil génital, des maladies nerveuses ou mentales, etc... Dans les centres hospitaliers importants des grandes villes où toutes les spécialités sont largement représentées, c'est (si l'on considère les chiffres) dans les services de médecine interne, de pédiatrie, de chirurgie, de gynécologie et d'obstétrique que l'on trouve les plus importants effectifs de médecins et de personnel soignant, occupant le plus de salles et prenant en charge le nombre le plus important de patients. Ceci peut avoir contribué à faire désigner ces quatre spécialités comme des "grandes spécialités".

Les "petites spécialités" disposent donc de moins de lits, de moins de médecins, de moins de soignants, pour un nombre relativement minime de malades. Par le simple fait de cette "position de force", la voix du représentant du secteur des "grandes spécialités" a plus de poids. Rien d'étonnant à ce que les grandes spécialités soient tenues pour plus importantes que les "petites" et que cette opinion se reflète au niveau des programmes du cycle d'études de médecine générale.

Durée du cycle d'études spécifiques

La Chambre des Médecins de Hambourg, pour citer un exemple, a fixé pour un cycle de perfectionnement en médecine générale de quatre ans, les stages suivants :

1 an et demi de médecine interne, un an de chirurgie et/ou un an de gynécologie et d'obstétrique, 3 mois de médecine générale dans une consultation privée puis un an et 3 mois de médecine générale ou de spécialité au choix (3 mois au moins dans chacune), dont obligatoirement un minimum de 3 mois dans un service de santé publique.

Il s'ensuit qu'à Hambourg, celui qui a passé un an et demi dans un service de médecine interne, un an dans un service de chirurgie, un an et trois mois en médecine générale ainsi que trois mois dans un service de santé publique, est médecin généraliste ayant reçu la formation spécifique complète au sens où l'entend l'Ordre de sa profession.

Un règlement similaire vaut pour les autres régions de la République Fédérale d'Allemagne.

En autriche, la médecine générale n'est une matière obligatoire ni pendant la formation initiale, ni au cours du cycle de perfectionnement, et n'est pas prise en compte dans les stages. Pour la formation spéciale complémentaire du praticien (stages dans les différents services) on peut citer : un an de médecine générale, six mois respectivement en chirurgie et en gynécologie, cinq mois en pédiatrie, deux mois en O.R.L. et deux en dermatologie. Les trois mois qui restent (sur trois ans) sont en option libre. Comme on peut effectuer les stages de pédiatrie en médecine interne ou en gynécologie et obstétrique ou encore la dermatologie ainsi que les maladies ORL dans une autre spécialité, on peut être reçu aux prix d'une durée de stage correspondante avec seulement des stages de médecine interne, de chirurgie, de gynécologie et obstétrique.

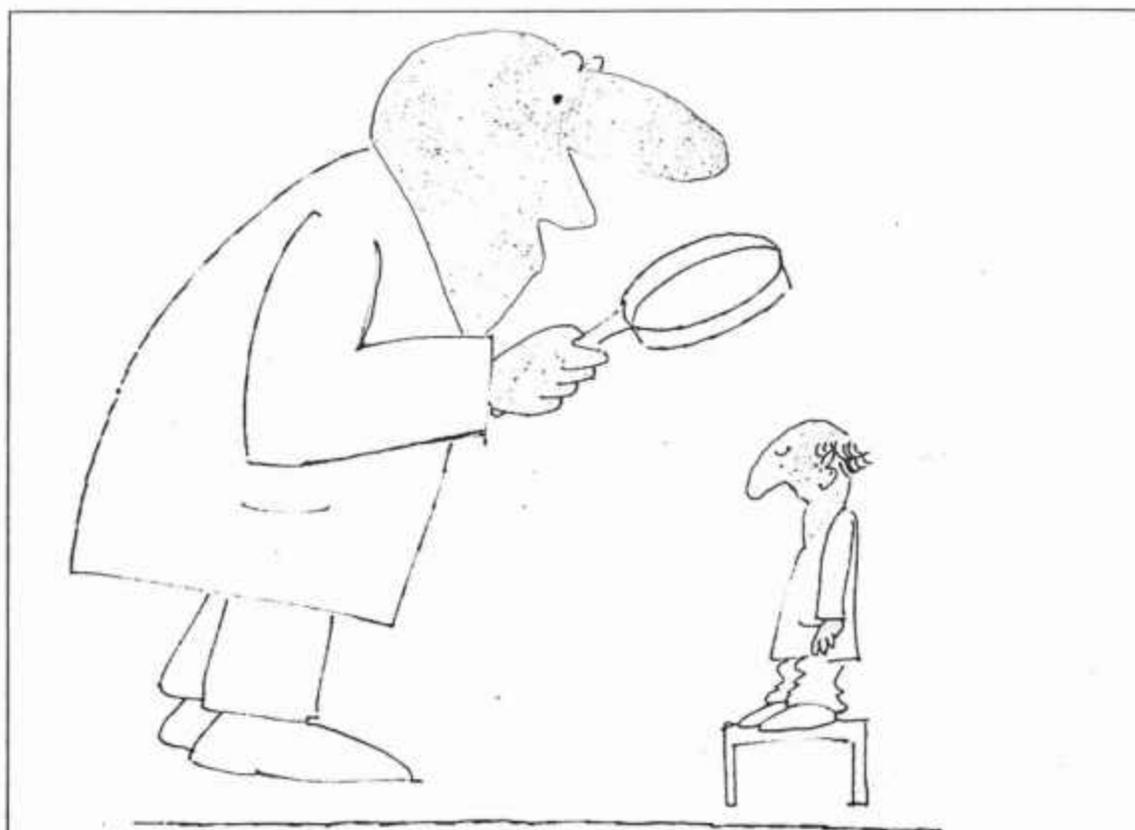
Du point de vue d'une formation spécifique optimale de médecine générale, on ne peut que regretter des stages aussi rudimentaires. Le futur omnipraticien devrait acquérir, tant au cours de sa formation initiale que pendant ses stages de perfectionnement, les connaissances suffisantes de l'ensemble de toutes les maladies importantes. On ne saurait lui laisser le choix de connaître, soit le secteur O.R.L., soit de se voir compter le temps correspondant à ce stage pour une autre discipline, ni s'il veut ou non compléter et approfondir ses connaissances en ophtalmologie.

Il faut songer aussi que les services d'accueil des hôpitaux, par les malades qui y affluent, offrent annuellement un multiple de ce que le jeune médecin sera appelé à voir en un an dans son cabinet privé.

Si environ 30 praticiens hospitalisent leurs patients dans un service de médecine interne, le médecin stagiaire y verra en un an autant de cas qu'il en rencontrera plus tard en 30 années de consultation, soit dans toute sa vie professionnelle.

Et ce seront, en gros, des cas semblables à ceux qu'il fera hospitaliser plus tard lui-même. Rien qu'en cela, son activité hospitalière lui sera profitable, même si, plus tard, en médecine générale, il devra, du point de vue méthodologique, procéder de façon totalement différente.

De toutes manières, pendant sa formation, il faudra que le futur généraliste voie dans la réalité hospitalière, non seulement les maladies des grandes spécialités, mais aussi celles de toutes les petites. De ce que nous venons de dire, il résulte, en outre, que si nous voulons un cycle de perfectionnement optimal, il ne faudrait pas employer le médecin-stagiaire uniquement à des tâches subalternes. Son objectif, en effet, n'est pas de faire du service pour monter l'échelon dans la spécialité, ni de passer un examen de spécialiste. En raison du but visé par sa formation professionnelle spéciale, il y aurait lieu de le recevoir en hôte vis-à-vis duquel on a des obligations particulières.



Les notions de "grandes" et de "petites" spécialités -pour autant qu'elles aient une signification- n'ont de valeur qu'à l'intérieur de l'hôpital.



Fig. 12 : Pour le généraliste, toutes les spécialités ont la même valeur

Sous l'aspect de la recherche de théorie professionnelle, l'absence de formation complémentaire ou une formation complémentaire seulement partielle dans ce qu'il est convenu d'appeler les petites spécialités, est absolument inacceptable. Du point de vue de la pratique généraliste, il n'y a pas de grandes ni de petites spécialités. Il n'existe que l'ensemble des maladies importantes - parce que obligatoirement ou potentiellement dangereuses, - et des maladies moins importantes parce que la plupart du temps bénignes ! Or, toute spécialité est concernée par des maladies dangereuses (fig. 12).

Avant son entrée dans la vie professionnelle, le jeune médecin devra donc, non seulement posséder la connaissance des maladies qui lui a permis de passer les examens, mais avoir vu, dans les services hospitaliers, les plus importantes et les plus fréquentes, de façon complète.

Théoriquement, j'avais depuis longtemps conscience de cette nécessité. Mais étant actuellement en contact permanent avec de jeunes médecins ayant terminé leur stage de perfectionnement à l'hôpital et dont j'assure, pour ma part, la formation complémentaire de médecine générale avant leur entrée dans la vie professionnelle, je vis de façon particulièrement aiguë les conséquences de la formation hospitalière incomplète. Les carences graves et superflues qui se révèlent à cette occasion, font apparaître l'urgence absolue d'une formation spécifique tournée vers l'ensemble des problèmes auxquels le généraliste doit être prêt à faire face.

V - LA MEDECINE GENERALE : PILIER DE LA SECURITE SOCIALE

Comment la spécialité "Otologie" que nous avons prise pour modèle, s'est-elle élevée à un rang égal aux autres disciplines ? Par l'action et la coopération de chercheurs hors du commun. Efficaces sur le plan scientifique et pratique, ils acquièrent à leur discipline des chaires universitaires et les services les plus modernes. Que l'otologie soit aujourd'hui enseignée et exercée comme une partie de la "petite spécialité" ORL, est un autre problème.

En 1957, je publiai "la conduite diagnostique orientée dans la pratique de la consultation". J'y exposais, pour la première fois, les preuves que la médecine générale est autre chose que l'application pure et simple de connaissances acquises en vue d'examens cliniques et par l'activité hospitalière, et j'expliquais pourquoi il en est ainsi. A la suite de cette publication, la médecine générale fut reconnue, dans un pays de langue allemande, comme spécialité.

La médecine générale était-elle devenue, de ce fait, une vraie spécialité ? Naturellement que non : il manquait, parmi nombre d'autres choses, l'oeuvre et la coopération de chercheurs éminents. (fig.13)

Du temps et de l'argent

Qu'est-ce, en fait, que la médecine générale actuelle ? Pour répondre à cette question, il nous faut examiner de plus près ce qui se passe dans la population en cas de troubles de l'état de santé. Dans d'innombrables cas de maladie, les gens se contentent de prendre conseil dans leur entourage immédiat. La majorité des troubles de santé banals se déroulent de cette façon -ou de façon analogue- dans le monde des profanes. Il existe pourtant suffisamment d'universitaires pour qu'il soit possible d'offrir, en dehors du secteur "normal" des profanes, une consultation rapide donnée par des médecins

Pour la grande masse des motifs de consultations, il n'existe, nulle part, les moyens financiers permettant plus qu'une consultation rapide. C'est pourquoi, tous les systèmes d'assurance-maladie ont besoin de médecins capables de conseiller de 6 à 10 patients par heure. C'est là une tâche que, seuls, les généralistes sont capables d'assurer à un niveau acceptable - et sur des cas non sélectionnés.

Curieusement, la formation de ceux qui supportent la majeure partie de la charge du système de Sécurité sociale, se fait sur le nombre infime des cas sélectionnés par l'université pour une médecine pour laquelle, le temps, l'argent et autres moyens ne comptent guère. Ce sont pourtant ces facteurs qui exercent sur l'action des généralistes les plus rudes contraintes. Plus tard, le futur praticien exercera une activité à l'hôpital où les moyens en temps, argent, etc.. dont on dispose pour les malades sont relativement importants. Et ce ne sera, encore une fois, qu'une petite fraction de tous les cas de consultation à laquelle il aura affaire ultérieurement. En somme; il ne verra là que

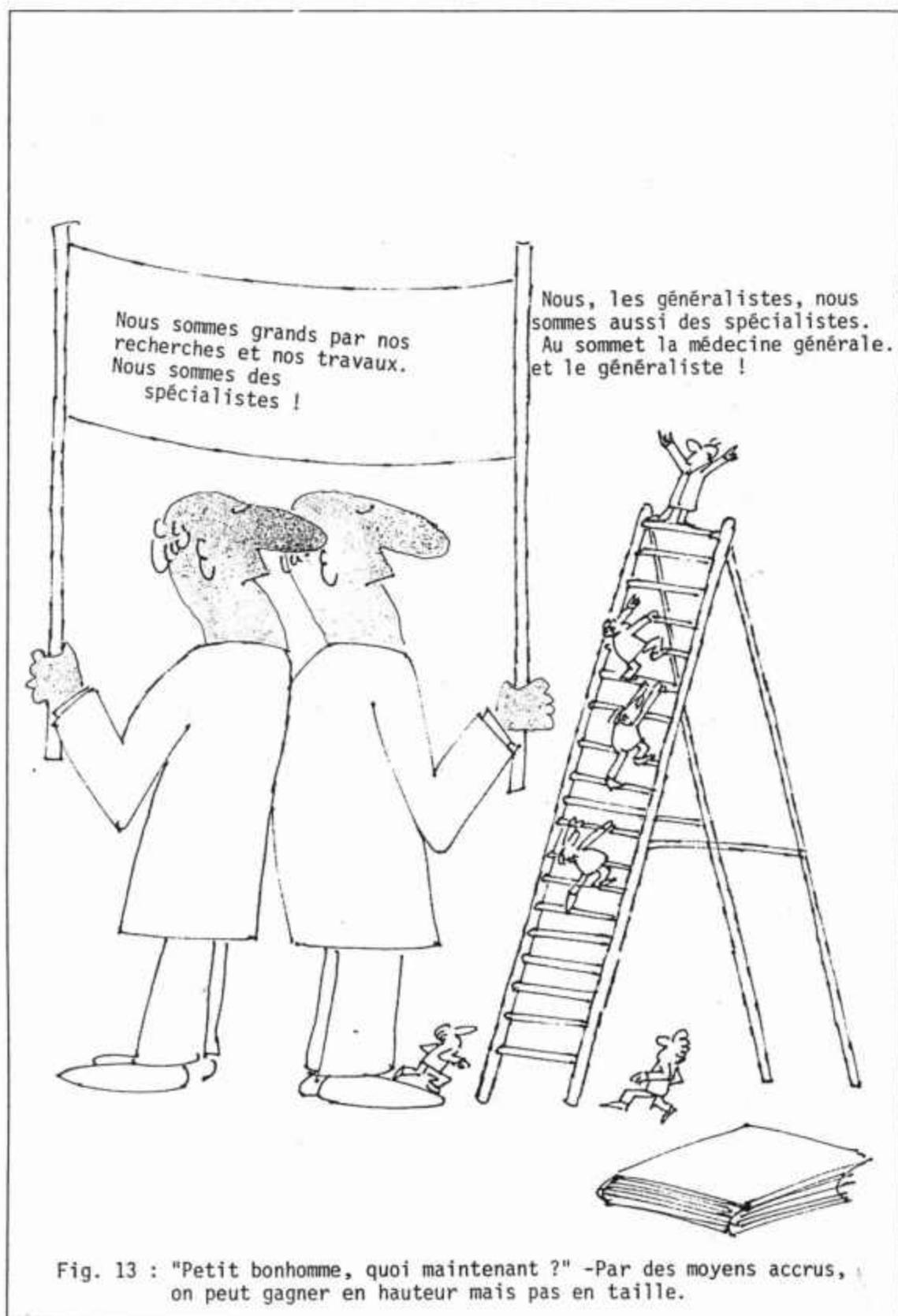


Fig. 13 : "Petit bonhomme, quoi maintenant ?" -Par des moyens accrus, on peut gagner en hauteur mais pas en taille.

la suite donnée par d'autres fonctions à la sienne. Sa situation financière sera également différente de celle qu'il aura à l'avenir : il perçoit un traitement mensuel qui sera le même, qu'il passe avec ses malades un temps plus ou moins long, qu'il leur consacre des moyens plus ou moins dispendieux. La méthodologie hospitalière passe à côté de celle dont il aura besoin plus tard.

Néanmoins, après son stage dans les différents services hospitaliers, on le déclarera médecin généraliste complètement formé et capable d'exercer. En réalité, il n'aura aucune idée de ce qui l'attend dans sa profession et comment il en viendra à bout. Au début, il est vrai, il croira qu'en médecine générale, les connaissances qu'il a acquises lui suffiront. Mais, à la fin, ce qui en restera ne sera plus que la façade de l'établissement d'un diagnostic qui, elle aussi, s'écroulera au contact de la logique. La méthodologie dont il aura besoin, il se la constituera au cours de nombreuses années, par un processus inconscient.

Au regard des dogmes de son éducation, il fera "tout mal" quand -au regard de sa fonction- il commencera enfin à agir "comme il faut". Bien entendu, cette situation grotesque appelle une explication scientifique.

La médecine est un pilier de notre système de Sécurité sociale. Ce système a besoin de généralistes pour garder le contrôle de la masse des problèmes auxquels la population confronte la médecine. Seuls, les praticiens généralistes sont à même d'assurer un traitement optimal en peu de temps et avec des moyens réduits. Cependant, on persiste à les éduquer comme si, plus tard, ils allaient exercer une activité hospitalière où ils n'auraient guère à tenir compte des dépenses en temps, en argent et autres moyens.

Et c'est ainsi que la question posée précédemment sur ce qu'est la médecine générale de nos jours, trouve sa réponse :

la médecine générale est une fonction médicale indispensable.

Elle est, vraisemblablement, la plus difficile à exercer. La formation, en effet, qui y prépare, ne le fait que très mal.

Terre vierge de la recherche

Une hirondelle ne fait pas le printemps, encore moins un compte rendu de recherches signifie-t-il l'oeuvre et la coopération de scientifiques. La terre neuve de la médecine générale n'a su captiver qu'un très petit nombre de praticiens (et même ceux-ci presque toujours pour peu de temps seulement), mais pas un seul spécialiste et encore bien moins un scientifique clinicien. Ce qui a pu contribuer à cette situation, c'est que la recherche en théorie professionnelle suppose une révision complète de la manière de penser les problèmes. En effet, cette recherche ne convient à aucune autre spécialité, elle représente quelque chose de tout à fait nouveau.

Cela n'explique pas, bien sûr, pourquoi, depuis les premières publications de recherches de théorie professionnelle il y a 30 ans, il ne s'est pas développé, dans cette vacance au coeur de la science médicale, une riche vie scientifique. Il aurait pu aussi bien y avoir affluence de chercheurs, comme il y en eut, on s'en souvient, pour la recherche sur les stress ou les antibiotiques. Ainsi, l'on constate que la terre neuve découverte par la recherche de théorie professionnelle n'intéresse pas les chercheurs de la science médicale. Dans les nouveaux centres universitaires de recherches de médecine générale, on s'occupe à peine de ces problèmes fondamentaux.

Mais, qu'est-ce qui constitue la nouveauté de la recherche de théorie professionnelle ? Pourquoi doit-on changer de manière de penser ? Pourquoi cela est-il pénible ?

La science médicale a une longue tradition? Elle repose sur la réflexion concernant les maladies, leurs causes et leurs traitements. Cependant, on n'arrivait pas à réaliser de progrès décisifs. Aujourd'hui, la cause en paraît claire. Qui veut s'occuper efficacement des maladies doit connaître exactement "l'objet" qui en est le porteur, c'est-à-dire le corps humain. Ce ne fut qu'à partir du moment où les connaissances relatives à notre corps furent solidement établies et scientifiquement confirmées que l'on put continuer à avancer en pathologie, dans la recherche sur les maladies (fig. 14). Le tournant décisif de cette époque fut marqué par les travaux de l'anatomiste Vesal (1514-1564).

Après Vesal, il y eut d'innombrables vérifications, des résultats de recherches de plus en plus approfondis, jusqu'à ce qu'enfin la connaissance exacte du corps normal rendit possible l'épanouissement de la physiologie scientifique. Une suite logique en fut le travail consacré aux lésions des organes, etc... C'est ainsi que fut fondée l'anatomie pathologique scientifique, suivie de la physiologie pathologique. Les descriptions cliniques des maladies, selon des critères scientifiques, ne se firent pas longtemps attendre.

Voilà la situation que les chercheurs, fondateurs de l'otologie, trouvèrent au siècle dernier : il ne leur restait qu'à approfondir et à élargir les connaissances anatomiques et cliniques établies par les recherches antérieures. Toutes les conditions requises étaient réunies, il y a cent ans, une telle focalisation des tâches plus larges sur des objectifs plus restreints était relativement facile, surtout pour des chercheurs professionnels occupant des postes rémunérés dans des universités de pointe.

Seule, la "dissection" rigoureusement scientifique de "l'objet" des maladies, c'est-à-dire du corps humain par une anatomie solide, a créé les conditions du développement d'une théorie valable des maladies.

La recherche de théorie professionnelle qui, pour la première fois, a apporté un peu de lumière dans la médecine générale, ne s'appuie certainement pas sur l'anatomie scientifique. Il ne s'agit pas, ici, de mettre en question l'importance fondamentale de l'anatomie et



Fig. 14 : L'anatomie scientifique était la condition du développement de l'étude des maladies (nosologie)

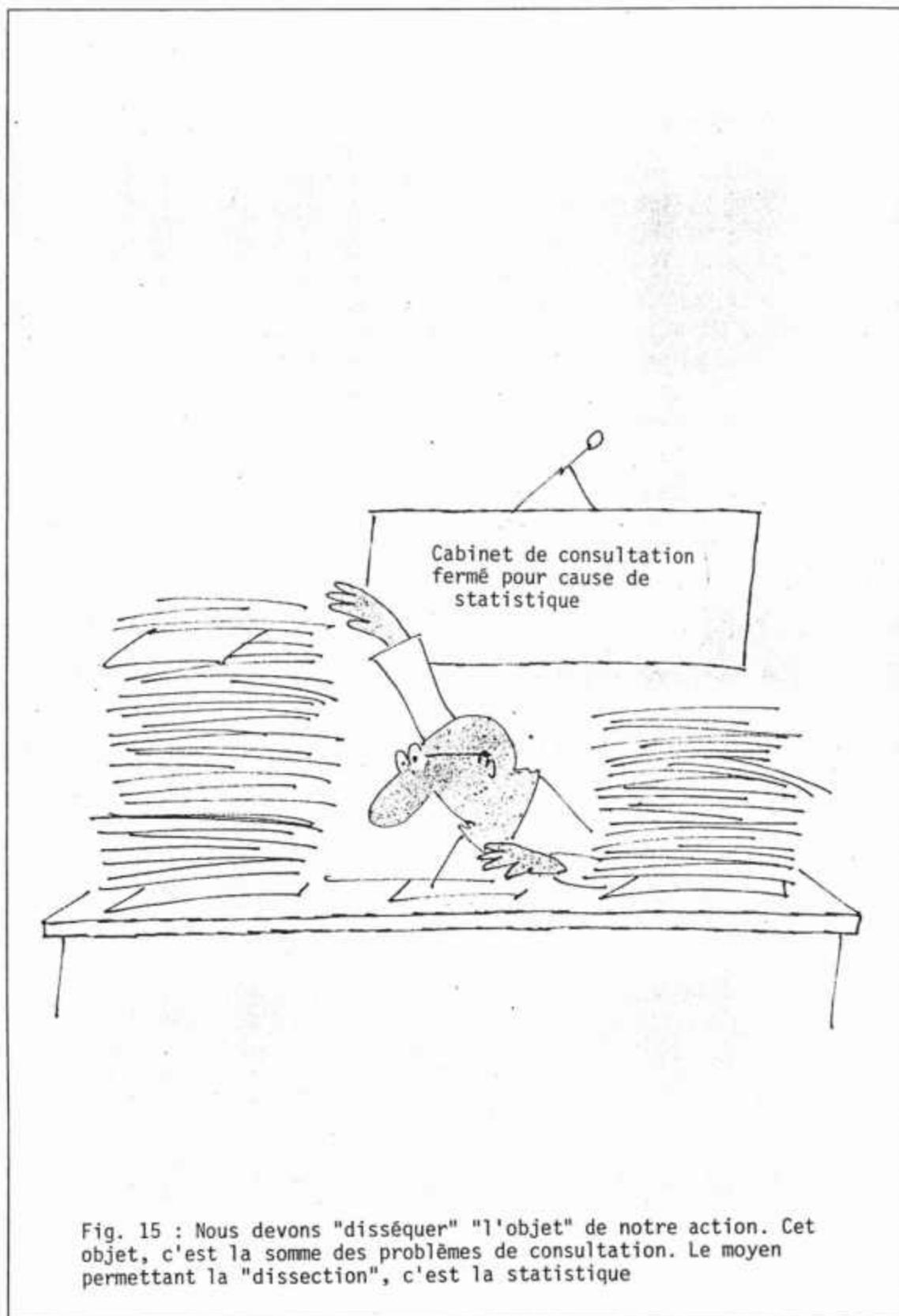


Fig. 15 : Nous devons "disséquer" "l'objet" de notre action. Cet objet, c'est la somme des problèmes de consultation. Le moyen permettant la "dissection", c'est la statistique

de la connaissance des maladies qui en découle pour l'activité médicale de première ligne. Cependant il est tout simplement impossible de déduire directement de l'anatomie ou de l'ensemble de la connaissance des maladies, la conduite de l'action en face du "patient moyen", action devant irrémédiablement se mener dans l'espace de quelques minutes. Comme "objet" de la science des maladies, on a reconnu le corps humain.

Quel est "l'objet" de la médecine générale ? Cet objet, c'est de toute évidence l'ensemble des motifs de consultation soumis à la médecine. L'anatomie pour la science des maladies, c'est, ici, la statistique des motifs de consultation médicale (fig. 15).

Pour le fondement scientifique et le développement de la médecine appliquée, la statistique des cas de médecine praticienne joue le même rôle que l'anatomie dans le développement de la science des maladies.

Scio nihil scire

Quand on essaie de faire comprendre la situation ébauchée ci-dessus, on rencontre habituellement de grandes difficultés. C'est que, tout simplement, en médecine, de nos jours, on pense autrement, et le changement nécessaire d'un mode de penser n'est pas chose aisée. La pensée médicale est dominée par la conviction que l'on doit interroger et examiner le malade à fond ("de la façon la plus complète"). C'est ainsi que les choses se passent dans les cliniques universitaires. Les autres centres hospitaliers ne suffisent d'ailleurs plus à cette exigence que de façon limitée. La pensée médicale admet, d'autre part, comme une évidence, qu'après la consultation on puisse établir un diagnostic - le diagnostic d'une maladie.

Pourtant, l'expérience quotidienne nous apprend que, même la médecine hospitalière a dépassé depuis longtemps le stade de l'établissement automatique d'un diagnostic (comme condition préalable à toute thérapie). C'est qu'en effet, il n'est pas possible, alors qu'il existe 30.000 maladies décrites à ce jour, d'établir un diagnostic dans les 5 à 10 minutes dont on dispose dans la pratique, ni de reconnaître et de désigner correctement en quelques heures, voire en quelques jours, des maladies cachées, fut-ce avec les moyens d'une superclinique.

Je citerai, comme exemple, le cas récent d'un des plus éminents patients de notre globe : grièvement blessé dans un attentat, il avait pu, après une opération d'urgence, quitter la clinique équipée des installations les plus modernes, avec les meilleures chances de guérison, semblait-il. Bientôt, la fièvre reparut. Comme les soins "à domicile" par les meilleurs médecins n'apportèrent pas d'amélioration, on dut recourir à une nouvelle hospitalisation. On aurait pu croire que les meilleurs parmi les spécialistes, savaient depuis longtemps en présence de quelle maladie ils se trouvaient. Ils avaient bien procédé à une anamnèse et à un examen complet. Il ne devait y avoir, dans ce cas, de restrictions ni de temps, ni de moyens matériels. Ce nonobstant, après de nouveaux examens complets dans le service spécialisé, le clinicien responsable, interrogé par les journalistes au sujet de la nature de la maladie, dut répondre : " nous ne pouvons donner d'informations définitives sur ce que nous ne savons pas encore".

L'aveu de ne savoir encore rien de précis est, sans doute, également une information précise, mais certes pas de celles que les journalistes désiraient entendre. C'est donc ainsi que se situent effectivement les choses. Il n'est que trop évident qu'en raison de cet état de fait, la médecine hospitalière aurait dû, depuis longtemps, développer une théorie valable de cette pratique? Pourquoi rien de décisif n'a-t-il été entrepris dans ce sens ?

Je vois ici une analogie avec l'histoire de la pathologie. Il me semble que, sans le sûr appui de la dissection scientifique de "l'objet" de la médecine appliquée dans son ensemble, les spécialistes ne peuvent fonder une logique de leur action. S'il en était autrement, ce serait déjà chose faite.

VI - LES ENSEIGNEMENTS DE LA STATISTIQUE

L'évolution scientifique de l'anatomie normale eut, pour le développement de l'actuelle science des maladies, une importance qui a son analogue dans celle que revêt la statistique des cas pour l'évolution scientifique de la médecine générale.

Dans les années 50, on publia dans la littérature anglo-américaine, de nombreuses statistiques émanant des consultations de médecine praticienne. Elles se sont poursuivies sans interruption notable jusqu'à ce jour. Des progrès, il n'y en eut point. Bien au contraire, du point de vue théorie professionnelle, ces statistiques perdirent progressivement leur intérêt. On peut se demander pourquoi toutes ces statistiques n'ont rien apporté au développement de la médecine générale. Tout d'abord, parce que ce que l'on fait a moins d'importance que la manière dont on s'y prend. Vesal, à la différence de beaucoup d'autres anatomistes, a fourni l'exemple que, seule la recherche la plus sérieuse est capable de provoquer une percée.

Des chiffres trompeurs

Comment s'établit une statistique de cas de consultations ?

Il y a 25 ans, je vis procéder un collègue : après chaque consultation, il remplissait une petite fiche sur laquelle il notait les données concernant le malade et son diagnostic. Ces fiches étaient envoyées, chaque jour, à un office de statistiques. Après l'avoir regardé faire un certain temps, je me mis à critiquer ses diagnostics. Il ne perdit progressivement toute son assurance et finit par me confier les fiches à remplir, ce que je fis. Je sais, cependant, que cette leçon ne modifia en rien sa manière de penser.

Et que fait le statisticien de ces "données" qu'à l'époque cent praticiens adressèrent, chaque jour, pendant un an, à l'office qui les recensait ? Il considère naturellement à son tour, ces diagnostics (de fantaisie) comme de vraies reconnaissances de maladies, les recherche dans ses livres, donne à chaque cas le code qui convient et il perfore ses cartes en conséquence. On peut ainsi réaliser des tableaux impressionnants, mais non pas obtenir des résultats valables.

Or, ce qui avait échappé, dès le début, aux statisticiens de médecine praticienne, c'était que les chiffres juxtaposés des généralistes montraient, de façon remarquable, que les résultats obtenus par les différents correspondants étaient presque identiques chaque fois qu'il n'y avait pas d'alternative diagnostique : par exemple, pour les diabètes, les fractures, les tumeurs cancéreuses, les hypertensions. PAR CONTRE, lorsqu'il existait un choix entre des concepts différents, les chiffres attestaient d'énormes écarts.

Ainsi, les cas de toux atypique étaient classés par tel praticien comme "toux", par tel autre comme "bronchite aiguë", qu'un troisième qualifiait d' "indifférenciée" et un quatrième de "chronique".

Ce phénomène était particulièrement frappant du fait que ces chiffres se trouvaient placés les uns après les autres, ou côte à côte, et que la somme de tous les cas de toux était à peu près identique pour tous les praticiens. Ce qui variait n'était donc que la préférence donnée à tel ou tel de ces quatre concepts diagnostiques.

Celui qui établit des statistiques seulement pour voir ce qui en résulte, sans savoir sur quoi devrait porter son attention, peut facilement laisser passer inaperçus des résultats d'une importance fondamentale. C'est ce qui arrive, en général, lorsqu'on laisse apparaître, in extenso, un trop grand nombre de variations statistiques. Quoi qu'il en soit, les Britanniques, à l'époque, ne s'aperçurent pas qu'ils tenaient pour ainsi dire la clef du domaine inconnu de la recherche pratique ; et aujourd'hui encore, ce domaine inexploré, ils ne le voient toujours pas.

Ces erreurs et omissions, on les découvre lorsqu'il y a une large répartition des données statistiques et que, versé en la matière, on sait comparer les chiffres. Tant il est vrai que

La comparaison est l'âme de la statistique.

Un autre exemple : il y a quelques années, parut une statistique détaillée résumant les résultats d'un grand nombre de consultations de médecine générale nord-américaines. Les diagnostics avaient été alignés par ordre de fréquence. Or, parmi les 50 cas les plus fréquents relevés par ces confrères, on ne trouvait pas moins de 5 synonymes pour ce que je désigne par "fièvre atypique" ou (quand il n'y a pas de température) par "réaction générale afebrile", à savoir : refroidissement, grippe (influenza), fièvre de cause indéterminée, affection aiguë des voies respiratoires et bronchite fébrile. Sans doute, les statisticiens d'Outre-Atlantique ne se doutaient pas plus que les statisticiens britanniques 20 ans plus tôt, que ces 5 diagnostics représentaient, non pas des maladies distinctes, mais des appellations différentes pour ces cas "identiques".

Rappelons la formule de Wieland, selon laquelle "l'action pratique des praticiens vaut mieux que le système conceptuel par lequel elle s'exprime".

On le voit : il est possible de produire des statistiques pendant des dizaines d'années sans progresser seulement d'un pas. C'est que ce travail ne donne rien s'il ne procède d'une idée. Interroger dans le vague et s'attendre à une réponse qui, miraculeusement, vous ouvre la voie à suivre, est une méthode extrêmement aléatoire. C'est là, précisément, qu'apparaît, dans sa vraie lumière, la valeur de la collaboration entre scientifiques dont Politzer, parlant de sa discipline, avait souligné l'importance. Quand des gens qui en ont la capacité sont à l'oeuvre, les progrès semblent se faire sans effort. La difficulté n'apparaît qu'au moment où le dilettantisme scientifique conduit à la stagnation.

La vraie recherche est un scepticisme. Sa pensée met en question et va en profondeur. Il avance à petits pas, à tâtons. Il étudie toutes les publications des autres scientifiques auxquelles il peut avoir accès.

Il sonde leurs résultats, s'ils résistent à sa critique, ils lui serviront d'appui, sans quoi il les rejette. Dans l'un et l'autre cas, il sert le progrès.

En médecine générale, hélas, les choses se passent bien souvent de façon très différente. On rejette ce qui vous gêne ou ce qui vous déplaît. Le comportement des participants pêche par défaut d'analyse critique et "faute de temps" comme ils disent, n'est pas ouvert vers une coopération féconde entre confrères. On enseignera moins les résultats confirmés d'une recherche autonome que le fruit du travail effectué dans d'autres disciplines ou que des opinions ou vues personnelles ne reflétant pas obligatoirement des données scientifiques.

Tous ces facteurs, nous l'avons dit, se répercutent au niveau des statistiques de morbidité, chose particulièrement lourde de conséquences puisque les cas tels qu'ils se présentent à la médecine générale représentent précisément "l'objet" de notre fonction. Or, si les fondements ne sont pas exacts, l'ensemble de l'édifice que nous voulons construire pour la médecine générale avec des moyens scientifiques, se trouvera faussé. La grande majorité des statistiques de médecine générale a été établie sur un temps bien trop court. Si (pour économiser du temps et du travail), la statistique a été constituée avec la collaboration d'un trop grand nombre de confrères n'ayant aucune idée de ce dont il s'agit, les résultats seront aussi disparates et inutilisables que les chiffres de "bronchites" relevés dans la première statistique britannique. Mais ce n'est pas tout. Pour faciliter encore le travail, les "diagnostics" (dont la majorité était sans valeur scientifique) furent, dans la plupart des statistiques, classés en "groupes de maladies". En plus, on utilisa le plus souvent des critères de classification différents. Personne ne remarqua que des résultats de consultations qui ne sont pas de vraies reconnaissances de maladies, ne peuvent être classés dans des groupes de maladies (l'un exclut l'autre).

La recherche de médecine praticienne représente, comme toute recherche, un travail ardu. Cela est vrai également pour la statistique des cas de médecine générale. Toute recherche comporte des erreurs et le risque de faire fausse route. Celui qui ne peut dégager suffisamment de temps pour le travail scientifique, qui n'a pas la patience voulue, qui ne possède pas le don de l'autocritique ou le courage de supporter les revers ou les contradictions, ne peut qu'échouer.

Pour faire l'apprentissage du travail scientifique, mieux vaut être guidé et même alors cela demande encore un considérable effort et beaucoup de temps. Mais, où trouver des directives quand il s'agit de l'exploration de domaines scientifiques nouveaux et pour lesquels il n'y a pas encore d'enseignants ? On en est alors réduit à s'en remettre à soi-même pour oser, espérer, avancer à petits pas, tâtonner, ne jamais lâcher prise, en sachant que le succès n'est jamais garanti.

La notion de diagnostic et son emploi abusif

Dans ce qui précède, j'ai essayé de montrer la difficile entreprise qu'est la recherche fondamentale, notamment dans un domaine scientifique inexploré. On y peut facilement perdre de vue la situation où l'on se trouve et rester tout à fait en surface. A tout moment, on peut être induit en erreur. Or, la statistique des cas de médecine praticienne est bel et bien de la recherche fondamentale. Par les concours de nombreuses circonstances heureuses, vérifiant pour mon compte la devise selon laquelle ira loin, celui qui sait où il va, j'ai réussi à me frayer un étroit passage dans la jungle des problèmes. Voici les résultats que j'ai pu obtenir :

Résultat n° 1 :

dans le temps très court dont dispose le généraliste pour chaque patient, il ne peut établir la preuve convaincante d'une maladie que dans 10 % des cas.

Résultat n° 2 :

Il n'est pas admissible, du point de vue scientifique, de travailler avec des concepts qui peuvent revêtir des significations tout à fait différentes. C'est pourquoi, j'ai été obligé de réduire l'extension excessive du concept de "diagnostic" à un contenu clair.

A vrai dire, je n'ai fait que le ramener à sa signification première. Dans ce sens, je n'emploie le mot "diagnostic" que là où un résultat de consultation a pu être rattaché, de façon convaincante à un concept de maladie scientifiquement établi. Ceci se produit, notamment, pour les 10 % de cas de consultations évoqués plus haut. Et, en vérité, dans les expressions composées comme "diagnostic de supposition ou de suspicion (ou autres formules du même acabit), le terme de "diagnostic" ne représente plus qu'un élément stéréotypé conventionnel qui n'ajoute rien d'essentiel au terme qui l'accompagne. (fig. 16).

Résultat n° 3 :

Pour la grande majorité des cas de consultation de médecine générale -comme cela ressort du résultat n° 1- il n'est pas possible d'aboutir à la mise en évidence convaincante d'une maladie.

Pour 40 % des cas, toutefois, on "approche" une maladie (ou un groupe de maladies). Il s'agit alors de "tableaux de maladies", comme le sont, par exemple, les concepts généraux de "pneumonie" ou d' "eczéma". Mais, le "tableau d'une appendicite" fait également partie de cette catégorie. Le médecin sait d'avance que, pour un tableau d'appendicite caractéristique sur quatre, la laparotomie ne fera apparaître aucune modification notable de l'appendice... On ne saurait donc, à propos de tels tableaux, parler de diagnostics avant que l'ouverture de la cavité abdominale n'ait permis de clarifier la situation. Dans 25 % des cas de consultations, la démarche diagnostique ne conduit pas au-delà de la "classification" d'un symptôme cardinal (tel que des vertiges ou des douleurs lombo-sacrées) ou de celle d'un groupe de symptômes d'égale importance (tels que "toux et rhume" ou "fièvre, céphalées et maux de gorge").



Fig. 16 : Entretien sur le concept de "Diagnostic"

Résultat n° 4 :

Nous voyons que, dans ses soins aux patients, le praticien généraliste aboutit à différentes sortes de résultats de consultation. Or, je ne vois aucune raison d'accorder à telle catégorie de résultats un rang plus ou moins élevé qu'à telle autre. Les 10 % de diagnostics exacts ne représentent pas pour moi un nec plus ultra diagnostique.

Les classifications ne correspondent pas à des résultats de consultation "mal désignés" (à quoi certaines statistiques voudraient les réduire), mais à des situations diagnostiques finales typiques, d'importance équivalente, parfaitement caractérisée dans le cadre du possible.

Résultat n° 5 :

Le principe selon lequel il faut, avant d'agir, toujours établir des diagnostics exacts et, dans la mesure du possible, fondés du point de vue étiologique, n'est donc pas valable pour la médecine générale. Fermer les yeux et -en dépit de la réalité- faire comme s'il était toujours possible de reconnaître une maladie, n'est pas digne d'une profession qui se veut fondée sur des bases scientifiques (fig. 16). La médecine générale n'a pas besoin, pour satisfaire à des dogmes insoutenables, de se leurrer elle-même.

Résultat n° 6 :

Des comparaisons faites tous les ans pendant des dizaines d'années, sur les cas de ma propre consultation, montrent que des groupes assez importants de sujets vivant dans des conditions à peu près analogues, se trouvent exposés au facteur "trouble de santé" de façon similaire. J'ai pu vérifier ce fait dans des clientèles variant de 1.000 à 7.000 patients par an. "A la consultation, c'est toujours la même chose" disent les praticiens âgés avec humeur, désignant par là la dominance des cas banals qui se répètent toujours. Ce phénomène, je le désigne sous le nom de "loi de la répartition des cas", entendant simplement par "loi", la régularité dans l'apparition des faits perceptibles.

La loi de la répartition des cas

Avec mes chiffres, je n'ai pas seulement pu prouver que la population des patients qui se présentent aux consultations de médecine générale est soumise à de telles régularités. Les statistiques établies au fil des ans font ressortir également dans la période de 1944 à 1980, certaines modifications dans l'ordre des fréquences. Certains phénomènes se présentent actuellement bien plus fréquemment qu'auparavant, d'autres sont devenus plus rares. Il est vrai que, dans ce laps de temps, nos conditions de vie ont considérablement changé. Ce fut le passage des temps de détresse de la fin de la deuxième guerre mondiale, à l'abondance actuelle de l'état providence. Tout cela s'accorde parfaitement avec une loi de la répartition des cas.

J'ai pu établir la régularité de la répartition des cas sur une durée aussi importante dans trois cabinets de médecine générale fondamentalement différents, parce que je me suis efforcé -et m'efforce toujours- de conserver inchangées, tant ma démarche diagnostique que la désignation des résultats de consultation. Certaines modifications, toutefois, furent inévitables du fait, notamment, de la démarche diagnostique programmée de routine dans les cas problématiques.

En regard de la spectaculaire prédominance de la régularité dans la répartition des cas, les répercussions de ces modifications furent insignifiantes. En général, des décalages plus importants ne se produisent qu'entre deux rubriques. Et si aujourd'hui, je compte, par exemple, plus de "névralgies" et moins de "myalgies", je sais que ces changements sont intervenus, moins au niveau des cas qu'au niveau de mes classifications qui, dans ce domaine, sont devenues plus précises (de même que les termes servant à les désigner).

Raison d'être de la Médecine Générale

Les quelques confrères qui prirent sérieusement la peine de vérifier la loi de la répartition des cas, soucieux de comparer des nombres de cas aussi importants que possible, ont essayé d'adapter les dénominations de leurs résultats de consultation aux miennes. A vrai dire, cela n'aurait pas été nécessaire. Il eût suffi de comparer, dans une mise en regard longitudinale, les chiffres relevés sur une durée de trois à dix ans. Pour la comparaison transversale avec mes chiffres, ils auraient pu se borner aux rubriques pour lesquelles il n'existe pas d'alternative. D'ailleurs, toutes les vérifications opérées à ce jour ont confirmé la régularité de la répartition des cas.

Si l'on considère une série, établie par ordre de fréquence, des résultats de consultation praticienne, il apparaît que c'est justement parmi les phénomènes "banals" que se trouvent beaucoup de classifications n'ayant rien à voir avec des reconnaissances de maladies (1). Nous savons, d'autre part, que les spécialistes, de par leur spécialité, sont en rapport avec des groupes de maladies bien définis. Ils ne sont pas compétents pour les cas où aucun diagnostic n'est établi. A elle seule, cette constatation met en évidence :

La nécessité dans la médecine d'un secteur possédant la compétence adaptée aux innombrables cas banals pour lesquels aucun diagnostic ne peut être établi, ou encore pour lesquels la mise en oeuvre des importants moyens d'investigation en vue de l'établissement d'un diagnostic ne se justifie pas. La raison d'être de la médecine générale se trouve, par là-même, établie. Si les médecins généralistes n'existaient pas, il faudrait les créer en raison de la loi de la répartition des cas.

Etant donné les vastes perspectives qu'ouvrent des statistiques de médecine générale élaborées sur des bases rigoureusement scientifiques, c'est sur de telles "dissections" de son objet d'étude que doit se baser la recherche de médecine appliquée.

La raison d'être de la médecine praticienne se déduit aisément de la statistique des cas de médecine générale. Aucun autre secteur médical, en effet, n'offre la possibilité d'une prise en charge dans un temps nécessairement court et dans des conditions valables et finançables de la masse des cas banals pour lesquels un diagnostic ne peut être établi.

(1) C'est-à-dire des diagnostics au sens propre du terme.



Fig. 17 : L' "unité" de la médecine générale

VII - LA PRETENDUE LIBERTE DE L'ENSEIGNEMENT

Quand on analyse l'enseignement actuel de la médecine générale, on constate une grande diversité des doctrines. L'un enseigne principalement la médecine psychologique, un deuxième attache une importance primordiale à la prévention et au dépotage des maladies, un troisième met l'accent sur la diététique, la conduite et l'hygiène de la vie, un quatrième ferme son cabinet, ne reçoit plus qu'un après-midi par semaine puis reçoit en consultation deux à trois patients sans s'imposer de restriction de temps et considère que c'est là la véritable médecine générale ; un cinquième, enfin, est persuadé qu'il faut continuer à agir dans la pratique conformément à ce qu'il a appris à l'hôpital et c'est cela qu'il préconisera dans son enseignement.

On a peine à imaginer que tous ces enseignants ont pratiqué eux-mêmes, et souvent pratiquent encore, la médecine générale comme profession principale. N'ont-ils aucune intuition des véritables problèmes de leur profession ? Ont-ils toujours été malheureux de ne pouvoir travailler à leur cabinet comme à l'hôpital ? Se sont-ils sentis frustrés de n'avoir pas été, pour leurs malades, un "confesseur", un mentor pour la vie, un psychologue, un psychiatre ? Aurai-ils aimé opérer eux-mêmes leurs malades à l'hôpital ou y travailler en tant que médecins consultants ?

Ils donnent, en tout cas, l'impression qu'ils n'ont jamais perçu leur fonction spécifique - l'acte médical rationnel et rapide - comme leur vraie motivation, mais comme quelque chose de subalterne qu'il s'agit à présent, pour eux-mêmes et pour leurs élèves, de dépasser.

Ces enseignants devront donc, préalablement, être sensibilisés à leur fonction spécifique : c'est-à-dire orientés sur les problèmes fondamentaux et les principes selon lesquels doit s'exercer la médecine générale moderne. De toutes façons, la multiplicité incontrôlée de l'enseignement est le prix dont on paie le manquement à l'idée universitaire. Celle-ci exige que l'enseignant unisse recherche, doctrine et pratique, l'exigence minimale étant la maîtrise de l'acquis fondamental de la recherche dans sa discipline. Que l'on se représente la confusion, si chaque anatomiste était libre d'enseigner autre chose !

Il me semble que beaucoup de professeurs de médecine générale se méprennent sur la "liberté de l'enseignement". On ne peut pas enseigner simplement ce que l'on considère comme important et judicieux. Tout d'abord, il s'agit de se tenir à l'intérieur des limites d'un savoir scientifiquement reconnu. Ce n'est que dans ce cadre que le professeur est libre. S'il existe plusieurs théories en concurrence, il peut, par exemple, défendre celle qui lui agréé davantage, même si par là, il se met en contradiction avec la théorie plus généralement acceptée et, de ce fait, avec la majorité de ses confrères. Mais qu'il n'aille pas croire qu'il fait oeuvre scientifique s'il fait enregistrer ses réflexions sur bandes, les fait copier, en fait une conférence et, finalement, parvient à les faire publier dans une revue de second ordre. Ce n'est pas si simple.

La liberté académique de l'enseignement ne se rapporte qu'à des données scientifiques.

Revenons encore une fois aux spécialistes. Que leur apporte leur longue spécialisation ? Ils voient beaucoup de cas, beaucoup de diagnostics, beaucoup de traitements. Ainsi, ils arrivent à avoir un aperçu de "l'histoire naturelle" des maladies. Ce qu'ils ne peuvent apprendre de façon suffisante -excepté en traumatologie- c'est la méthodologie spécifique à leur discipline, parce qu'il n'existe pratiquement aucune étude scientifique en la matière. Ainsi, les jeunes spécialistes apprennent-ils l'approche du cas particulier à partir de leurs propres erreurs. Ils reprennent certains éléments de leurs aînés, mais ceux-ci, non plus, n'ont pas appris leur manière de procéder ; ils y ont été conduits, au terme d'une évolution inconsciente. Ce qui est clair, cependant, c'est que la médecine interne ne s'apprend pas à partir de l'ophtalmologie, ni celle de la psychiatrie, en chirurgie. Une spécialité ne s'apprend qu'à l'intérieur de cette spécialité même.

L'anamnèse utopique

En principe, il est admis en médecine hospitalière -et pas seulement en médecine hospitalière- que la consultation doit commencer par une anamnèse approfondie et un examen physique complet. Suivent les examens de laboratoires et techniques. Ce qu'on entend par anamnèse approfondie est clair, on peut le relire dans les manuels.

Mais qui est en mesure, d'abord, d'écouter pendant une demi-heure le patient se raconter spontanément, ensuite de consacrer l'heure qui suit à établir les antécédents, puis l'histoire actuelle de la maladie, avant de procéder à l'anamnèse psychiatrique, sociale, etc..? Bien entendu, personne, même dans la clinique privée aux méthodes les plus personnalisées, n'agit de la sorte. L'anamnèse, dite approfondie, est donc une utopie.

En réalité, "l'anamnèse" est toujours un compromis. Quelquefois, il existe des formulaires fournissant certaines directives. Mais, il n'y a aucune vraie théorie avec des indications précises. Pour ce qui est de la manière de procéder, le médecin s'en remet largement à lui-même. On comprendra l'embarras du débutant sans expérience. Que fait le médecin-chef pendant la visite ? Il écoute le rapport du médecin du service qui lui présente brièvement le cas ; il pose l'une ou l'autre question, procède à un examen orienté et se trouve déjà au lit suivant où se répètera le même scénario. Et il ne peut en être autrement. Or, que se passe-t-il là, en quelques secondes ou en quelques minutes, quels sont les éléments que le médecin-chef ajoute à ce qui a déjà été établi ? Comment s'attaque-t-il à ses cas ? En quoi consiste son action effective ?

Et, que fait le médecin du service, comment utilise-t-il, pendant le bref contact avec l'assistant ayant procédé à l'admission, les données du "grand examen" effectué par celui-ci ? Que devrait-il pouvoir ? Que doit-il faire ? Quelle est son action effective ? Au fait, comment devient-on médecin-chef ? (fig. 18)



Nous nous trouvons là devant d'énormes zones blanches sur la carte scientifique de la médecine spécialisée. Ces zones pourraient, depuis longtemps, être l'objet de recherches approfondies, mais il n'y a encore jamais eu personne pour reconnaître cette "terra incognita" de la médecine.

Des économies grâce à l'expérience

Il y a quelques années, au Danemark, un essai fit les gros titres des journaux. Un service de gastro-entérologie, mis en difficulté par la croissance pléthorique de ses frais, fit l'essai de confier les premières consultations à des gastro-entérologues expérimentés, plutôt qu'aux jeunes médecins qui, en général, s'en voient chargés. On ne s'étonnera pas que le travail de ces médecins ait été plus rapide, de meilleure qualité et moins onéreux, tant il est vrai que, dans aucun secteur de la médecine, un jeune confrère ne sait ce qu'il peut laisser de côté dans le vaste programme de l'examen, alors que le médecin chevronné est orienté par son intuition ou plutôt par sa programmation inconsciente.

Enseigner et apprendre

Cependant, le système danois souleva de sérieuses réserves. On exprima, en particulier, la crainte que les jeunes confrères ne se voient ainsi privés de la possibilité d'en apprendre suffisamment. Un tel risque est évité si l'on organise le cycle de perfectionnement tel qu'il est instauré à l'Institut de Médecine Générale de Basse-Autriche (Niederösterreichisches Institut für Allgemeinmedizin) : les médecins qui s'y présentent pour les deux semaines de cours d'initiation à la pratique de la consultation, ont, d'ores et déjà, reçu une documentation écrite sur la théorie et la pratique de la médecine générale. Ayant terminé leurs semestres d'activité hospitalière et à la veille d'ouvrir leur propre cabinet, ils n'ont cependant encore aucune expérience vécue de leur future fonction. Or, par l'étude de ces documents, ils auront, d'entrée, une idée de ce qu'est la médecine générale, comment se présente sa méthodologie spécifique et comment une "consultation moyenne" peut être conduite sur une base scientifique.

Ce qui leur manque à ce moment-là, c'est la démonstration de la façon dont la méthodologie, fruit des recherches de pratique médicale, peut trouver sa réalisation dans la pratique de la consultation. C'est précisément cela qu'ils apprennent au cours de leur stage de perfectionnement. Sans qu'il soit fait appel à leur participation active, ils peuvent observer, en toute quiétude, et dans un esprit critique, dans quelle mesure ce que je fais correspond à mes théories.

Les conditions pour un cycle de perfectionnement efficace, sont donc : que la fonction médicale ait été structurée et que cette structuration soit publiée, ceci bien entendu dans un esprit et selon des méthodes strictement scientifiques.

En se fondant sur la méthodologie d'enseignement, il faut effectivement pouvoir travailler à un niveau relativement élevé. Le monde conceptuel nouvellement créé, doit être explicable afin que professeur et élèves parlent la même langue. Le reste du management et la rationalisation

de la pratique concernant la démarche diagnostique et la thérapie doivent être optimisés. Dans de telles conditions, les jeunes médecins et leurs épousés apprennent, dans le court laps de temps qui leur est imparti, un nombre étonnant de choses. Des rétrospectives après de nombreuses années, en font foi. Ce qui, par ailleurs, est fondamental pour un tel enseignement, c'est que la consultation de l'enseignant soit d'importance modeste, sans quoi, celui-ci manquerait de temps pour commenter dans le détail ce qu'il fait. Or, c'est cela précisément qui importe. Il ne suffit donc pas que le stagiaire observe. L'action autonome sans regard critique, d'autre part, donne trop peu de résultats.

Voilà pourquoi, il était déterminant pour le cycle de perfectionnement du système danois, de savoir si les gastro-entérologues avaient ou non mené des recherches fondamentales relatives à leur approche du cas particulier. M'étant enquis sur ce point auprès des Danois, je n'obtins pas de réponse positive, ce à quoi du reste je m'attendais. Les adversaires du système danois, dans la mesure où ils se placent au point de vue de la formation des jeunes médecins, ont raison : dans les conditions données, les futurs spécialistes apprennent effectivement trop peu. Par ailleurs, on a vu, à cette occasion, comment la situation pourrait être amendée : par des recherches de théorie professionnelle de la pratique gastro-entérologique.

Lorsqu'il s'agit de fonctions médicales encore inexplorées, le seul fait d'observer pendant la consultation le savoir-faire d'un médecin chevronné, ne donne pas de résultats appréciables. L'observateur, en effet, ne sait pas à quoi il importe de prêter attention. Comment distinguer le travail efficace de celui qui ne l'est pas ? Ainsi, il ne restera ici que l'apprentissage par la pratique personnelle. C'est un long chemin épineux sur lequel on progresse par une évolution inconsciente.

Pour en revenir à la traumatologie : c'est grâce à l'optimisation de l'action pratique et aux publications s'y rapportant, qu'il est possible de se préparer théoriquement au travail pratique. Celui qui, muni de ces connaissances préliminaires, regarde travailler le chirurgien expérimenté, en apprend beaucoup. Possédant le langage technique, il est en mesure de poser les questions significatives. Lorsque, plus tard, il aura des cas à prendre en charge sous sa seule responsabilité, il s'attaquera à cette tâche de façon très différente que le médecin qui, dans une discipline encore non structurée, doit commencer par acquérir toutes les expériences par lui-même.

Mini-schémas standards

Quand parle-t-on d'une spécialité ? En général, c'est à partir du moment où des chercheurs du milieu hospitalier ont abouti à isoler, à partir d'un champ d'action plus vaste, un secteur plus restreint, créant ainsi le besoin en spécialistes compétents. Il faut, ensuite, assurer la relève médicale, celle-ci pouvant être constituée par des "médecins moyens" dont la formation spécialisée concerne, pour l'essentiel, la connaissance des maladies et des méthodes thérapeutiques - y compris les techniques opératoires.

Le maniement de ces connaissances est de difficulté variable. Il peut être facile lorsqu'une lésion peut être mise en évidence sans problème. C'est le cas, par exemple, pour les radiographies des fractures. Il peut être relativement facile quand l'organe est perceptible dans son ensemble, comme dans le cas de maladies des yeux ou de la peau. L'application judicieuse des concepts et des méthodes est plus difficile quand il n'est pas possible d'expliquer les troubles par les moyens de la médecine somatique, sans que, pour autant, l'on puisse trouver rien de typique relevant d'un trouble psychogène.

Le niveau scientifique d'un secteur spécialisé dépend de la mesure dans laquelle l'ensemble de son champ médical est couvert par les résultats de la recherche. Une action ne procédant que de l'empirisme aura toujours quelque chose d'aléatoire, dépendant d'une infinité d'impondérables de l'intuition, elle ne sera jamais entièrement fiable. Cependant, toute spécialité comporte une part non négligeable de médecine reposant sur l'expérience empirique.

C'est à partir du niveau où la spécialité se trouve portée par l'élaboration scientifique acquise par sa matière et sa fonction, que peut se déployer l'art du médecin. Plus il doit s'épuiser à suppléer à ce qu'aurait pu être l'apport de la recherche en savoir et en méthode, moins l'art du médecin pourra s'exercer dans l'élément qui lui est authentiquement propre : celui de la synthèse, de l'appréciation, de l'aiguillage et de la décision salutaire.

En ce qui concerne la médecine générale, jusqu'à un passé relativement récent, la fonction et l'art y étaient pour ainsi dire "tout", la profession, la science, par contre, "rien". Comme disaient les vieux médecins : "on n'est un bon praticien qu'à partir du moment où l'on a oublié tout ce que l'on a appris". Ce qu'il y a de vrai dans cette boutade, c'est que, pour le travail quotidien en première ligne, les grandes descriptions de maladies largement développées et les anamnèses complètes ne sont vraiment pas d'une grande utilité. Chez un malade présentant un état fébrile atypique, il n'est pas possible, en consultation pratique, d'exclure toutes les maladies ainsi que cela se pratique tout naturellement dans une clinique universitaire (où cette manière de procéder se trouve inscrite dans la fonction). Le généraliste est obligé de se contenter de "schémas de maladies" assez "rudimentaires" comme par exemple : pas de raideur de la nuque = pas de méningite, pas de matité, pas de bruit respiratoire bronchique ou autre bruit "suspect" = pas de pneumonie, pas de douleur à la pression de l'abdomen droit = pas d'appendicite.

De tels mini-schémas sont une nécessité absolue pour le généraliste. Au cours de ses études, il n'apprend rien à ce sujet. Je ne pense pas que ce soit délibérément qu'on le prive de cet apprentissage. Bien plutôt, il semble que personne n'ait encore pris conscience de cet état de fait. Et, de la prise de conscience au début d'une recherche, jusqu'au résultat prêt à être enseigné et publié, il reste une longue route à parcourir. Contraint d'agir dans des conditions données auxquelles il ne peut rien changer, le généraliste se trouve poussé à créer, sans qu'il en ait conscience, les mini-schémas dont il a besoin.

Pendant ces consultations rapides auxquelles il se voit en permanence contraint, et pour lesquelles les schémas lui sont d'une nécessité

absolue, il est tout naturellement très mal à l'aise. Ce qu'il a appris n'est pas cela et il aimerait travailler comme on le lui a appris. Il souffre de ce qu'il ressent lui-même comme une négligence alors que, depuis longtemps déjà, il est arrivé - dans les conditions que l'on sait - à une méthodologie intuitive efficace, répondant à ses besoins.

La recherche de théorie professionnelle, il est vrai, ne peut encore lui proposer un seul mini-schéma mis au point dans ses moindres détails, mais les principes de la démarche diagnostique dont il a besoin, nous sont déjà très largement connus et, notamment, la démarche diagnostique praticienne programmée pour les situations non caractéristiques les plus difficiles. D'ailleurs, il est évident que toutes les spécialités médicales auront besoin de leurs schémas et directives pour les situations non caractéristiques. Ceci concerne particulièrement les spécialistes établis (note). Nous voyons donc s'ouvrir ici encore à la recherche, mainte terre nouvelle à défricher.

De toute évidence, la pratique médicale nécessite, dans toutes les spécialités, des schémas soigneusement mis au point, pour pouvoir confronter rapidement des types de troubles à des maladies typiques. La mise au point scientifique d'instruments enseignables sera certes difficile, mais, en principe, rien d'autre ne s'oppose aux recherches dans ce sens, que le manque d'initiative de la part des chercheurs.

Il n'est sans doute pas nécessaire de souligner que, par l'inéluctable diagnose rapide au moyen de schémas, aucune maladie ne se trouve définitivement exclue. Dans quelle mesure cette démarche donne-t-elle la possibilité d'exclure des maladies ou plutôt qu'est-ce qui détermine, en fin de compte, cette exclusion ? Voilà des questions auxquelles la recherche devra répondre. L'expérience de dizaines d'années de vie professionnelle me paraît, cependant, plaider en faveur de l'hypothèse que, moyennant une nécessaire vigilance, le travail avec les schémas forgés dans et par la pratique, fonctionne de façon relativement satisfaisante. Toutefois, une étude approfondie du problème devrait permettre la mise au point d'"outils", à l'aide desquels il nous sera possible, plus tard, de suffire encore bien mieux à notre fonction.

A en juger par nos résultats de consultations, les mini-schémas intuitifs, nés sous la contrainte de nos conditions de travail, se révèlent d'une efficacité inattendue. C'est pourquoi, il ne faut pas cesser d'y avoir recours, sans pour autant s'y fier aussi largement qu'à notre propre intuition.

(note) : R.N. BRAUN emploie le qualificatif de "établi" pour le médecin praticien exerçant en dehors des institutions de type hospitalier (N.D.L.R.)

Immortelle Médecine Générale

Qu'y-a-t-il de spécifique dans la fonction praticienne ? Constatons d'abord :

Une fonction se trouve justifiée dans son existence, quand rien, ni personne, ne peut accomplir ses tâches dans de meilleures conditions. De là, l'immortalité de la médecine générale.

Qu'a-t-elle de spécifique ?

- 1/ L'alternance des cas pour lesquels, en fin de consultation, on classe, d'une part, des symptômes, des groupes de symptômes ou des tableaux de maladies, et, d'autre part, de ceux pour lesquels le diagnostic d'une maladie peut être établi de façon convaincante, crée la nécessité d'un médecin "tous azimuts" chargé spécialement de ce travail.
- 2/ Pour pouvoir "fonctionner" en médecine générale, il faut "savoir" ce qui est d'apparition rare et quels sont les phénomènes fréquents (loi de la répartition des cas). Le choix aléatoire des patients est spécifique de la médecine générale.
- 3/ Les caisses de sécurité sociale ne peuvent se passer d'un type de médecin qui conseille dans de bonnes conditions, de six à dix patients ou plus par heure (note). La médecine hospitalière, en engageant des frais très importants, ne peut venir à bout que d'une petite fraction des cas.
- 4/ La médecine générale nécessite des programmes et des schémas diagnostiques spéciaux. Ceux-ci, aussi longtemps qu'ils ne peuvent encore être appris, se créent pour la fonction dans la fonction.
- 5/ Ceci est vrai, également, pour le reste de la méthodologie parfaitement originale, produit d'une sollicitation spécifique.

Rien que de par ces caractéristiques, la médecine générale est irremplaçable et le généraliste n'est remplaçable par aucun autre médecin.

Ce qui est spécifique de la médecine générale, ce sont les consultations de courte durée pour un choix aléatoire de patients, de composition typique. Une méthodologie parfaitement originale -susceptible d'être enseignée et apprise - est le résultat de contraintes imposées au généraliste par les circonstances extérieures.

(note) : De telles cadences pouvaient être observées, dans un passé plus ou moins récent, chez certains médecins, sous la pression d'une demande mal soldée par des médecins en nombre limité. Les choses ont changé, mais il reste que l'exercice de la médecine générale s'inscrit dans de réelles contraintes de temps et c'est probablement bien ainsi, d'autant que, compte tenu de la continuité des relations entre le patient et son généraliste, beaucoup d'éléments sont déjà connus (N.D.L.R.)

Les premiers médecins spécialistes furent naturellement les pionniers de la recherche. Bien que plus d'un d'entr'eux n'ait pas vu de son vivant l'établissement de la spécialité qu'il avait contribué à créer et ne soit jamais devenu médecin spécialisé, la qualification en tant que spécialiste était, en tout état de cause, admise comme une évidence par les pionniers. Quant aux médecins de la génération suivante, on doit supposer qu'ils ont appris dans leur spécialité, tout ce qu'il était possible d'en apprendre. En médecine hospitalière, ce sont, avant tout, les concepts des maladies et les méthodes thérapeutiques avec lesquels les confrères auront affaire. Il ne saurait donc y avoir en médecine une spécialité sans recherche fondamentale et sans résultats transmissibles par l'enseignement.

Une recherche fondamentale autonome aboutissant à des résultats significatifs et enseignables, fait partie intégrante de toute spécialité médicale.

La médecine générale académique fait une large part à l'enseignement de thèmes dont les disciplines, au domaine desquelles ils appartiennent, s'occupent trop peu ou pas du tout. Une telle mainmise est cependant inadmissible ; le généraliste, quand il rencontre une telle carence, devrait bien plutôt en saisir la discipline compétente et agir auprès de celle-ci pour qu'il y soit porté remède, car, seuls, les spécialistes ont compétence pour enseigner leur matière.

C'est en se référant à ces éléments qui ne sont pas de son ressort, que l'on rejette souvent aujourd'hui la médecine générale comme une spécialité fourre-tout. Nous savons que, dans ce sens, on ne peut parler d'une spécialité. Cependant, il ne faut pas juger la médecine générale académique sur ce qui lui est abusivement attribué, mais la mesurer à la qualité de la recherche fondamentale de théorie professionnelle. Vue sous cet angle, elle ne présente pas trace d'une discipline fourre-tout. Bien plutôt, elle apparaît dans cette perspective avec des contours précis la définissant comme une discipline à part entière.

En gros, on n'admet encore, de nos jours, comme scientifique en médecine, que ce qui vient des universités ou instituts similaires. Les recherches de théorie professionnelle praticienne peuvent cependant prétendre à ce rang. Elles sont, de plus, d'une urgence prioritaire puisque la masse des activités médicales reste presque ignorée de la science, alors que, dans le cadre des fonctions de la médecine spécialisée, de plus en plus éclatée, on s'occupe, avec des moyens de plus en plus perfectionnés, d'un nombre de plus en plus restreint de malades.

Ce qui est déterminant pour le niveau médical d'un pays, c'est non pas ce qui se passe dans un petit nombre de services hautement spécialisés mais ce que fait, dans la pratique de sa consultation, le "médecin moyen" à l'égard du "malade moyen".

Pour rétablir un équilibre, il est donc nécessaire de mener des recherches sur la médecine praticienne appliquée. En fin de compte, il s'agit là de la tâche éternelle de mise en ordre, dans le sens où l'entend Richard Hermann Koch. Il faut, notamment, qu'à partir de recherches médicales de tout ordre, séparées les unes des autres par une éclatement quasi explosif, un maximum de savoir utilisable soit mis à la disposition de la médecine appliquée. Ces deux derniers siècles nous ont appris que, sans recherche de théorie professionnelle, il ne se passe absolument rien.

VIII - REGARD SUR L'AVENIR

Je voudrais, encore une fois, citer la chirurgie traumatologique comme le prototype d'une discipline entièrement organisée et acquise à la science. Son fondateur, Lorenz Böhler (1885-1973) avait concentré son action en passant par une évolution (que nous avons reconnue comme caractéristique) de tâches plus vastes à des tâches plus restreintes : son effort se porta tout d'abord sur le traitement des fractures. Il recensa toujours méticuleusement ses cas en termes de statistiques. Il connaissait donc son "objet". Par des publications, il en fit une matière susceptible d'être enseignée. Pour lui, il n'y avait aucune difficulté particulière de nomenclature : en chirurgie des accidents, en effet, on n'a pas de cas pour lesquels cinq praticiens adoptant la même manière de procéder établissent néanmoins cinq "diagnostics" différents, contrairement à ce qui arrive "tout normalement" en médecine générale.

Thérapie optimisée

À la différence de ce qui s'est passé en otologie, Böhler n'eut pas à contribuer grandement à l'anatomie et à la clinique des fractures. Pour l'essentiel, la diagnose se faisait d'elle-même par l'examen radiologique. Le mérite principal de Böhler fut, sans conteste, l'optimisation de la thérapie. Il n'y ajouta, il est vrai, que peu d'éléments nouveaux, mais réalisa néanmoins des progrès spectaculaires. Son secret consistait à éliminer tout ce qui pouvait nuire à la guérison et à favoriser toute influence qui pouvait y contribuer.

Les méthodes de Böhler pouvaient être étudiées dans ses livres. Les débutants dans ses hôpitaux pouvaient donc se préparer très bien du point de vue théorique, à leur futur travail. C'est sur cette base solide qu'ils se constituaient une expérience de la pratique. Que peut-on, demander de plus à une spécialité médicale : en chirurgie des accidents, il existe des connaissances exactes concernant l'objet, une conduite diagnostique claire, des concepts non-équivoques pour les résultats de consultation, une thérapie optimisée programmée et des connaissances approfondies concernant le pronostic (fig. 19).

Etant donné que l'évolution ne s'arrêtera dans aucune branche tant qu'il y aura des médecins créateurs qui y développeront leur activité, il y aura toujours quelque chose de nouveau à apprendre et à expérimenter. Böhler lui-même, par exemple, n'hésita pas à introduire, plus tard, dans son domaine, la pose de broches médullaires dans la chirurgie des fractures. Ce fut un apprentissage onéreux. Actuellement, c'est le traitement opératoire de certaines fractures des vertèbres qui pose un problème particulièrement brûlant.

Dans le cas idéal, on connaît avec précision "l'objet" de la spécialité (la répartition des cas). On a structuré et optimisé la démarche diagnostique et l'on travaille avec des concepts nettement définis. La thérapie est programmée. Tout ceci, ainsi que le pronostic, peut se retrouver dans les manuels.

Connaissances spéciales
pouvant être transmises par
l'enseignement.

fonction ne pouvant
être enseignée

objet (statistique)

ensemble de l'expérience

méthodologie : diagnostic
thérapie
concepts

pronostic

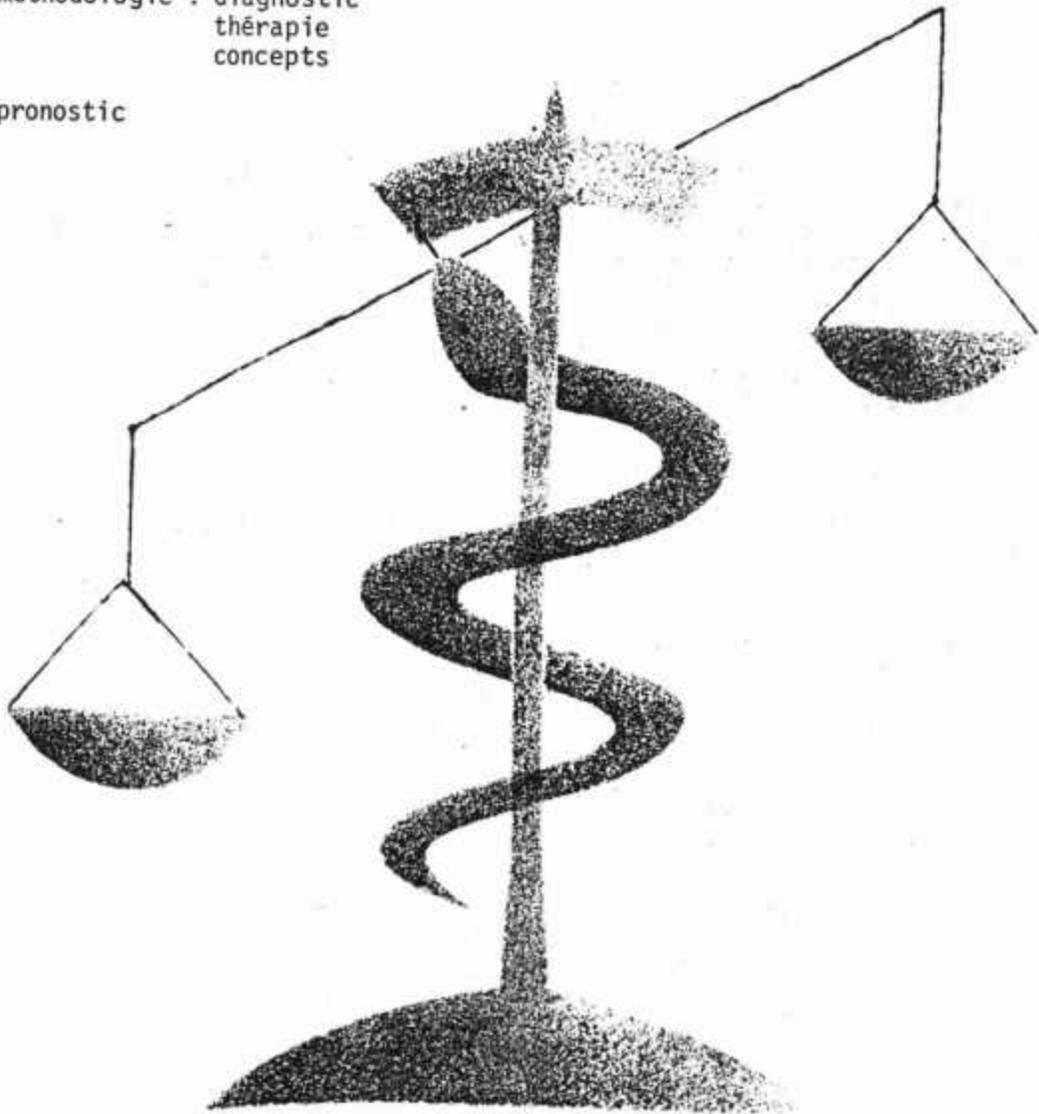


Fig. 19 - En chirurgie des accidents, les connaissances spéciales ont plus de poids que l'expérience non transmissible par l'enseignement.

Naturellement, comme dans tous les domaines, il existe en traumatologie des limites à ce qui peut être acquis par l'apprentissage et l'expérience, ainsi que des défaillances humaines dans l'exercice de la fonction.

Un jour que je rendais visite à un orthopédiste de mes amis, il me présenta un cas étrange : depuis la chute qu'il avait faite quelques jours auparavant, le patient se plaignait de douleurs violentes au niveau de l'articulation du genou. L'appui était impossible. Les examens radiologiques répétés n'avaient rien montré d'anormal. Le jour de ma visite, on procéda à une radiographie du bassin. Elle révéla une fracture du fémur à proximité de la hanche. C'était la localisation de la douleur, loin de la fracture, qui avait pendant plusieurs jours empêché l'élucidation de ce cas.

Encore quelques remarques au sujet de la loi de la répartition des cas chez Böhler : pendant la première guerre mondiale, celui-ci dirigeait un hôpital de campagne accueillant principalement des blessés souffrant de fractures par balle. Bien entendu, la répartition des cas rencontrés était toute différente de celle de l'entre-deux-guerres à Vienne où il eut affaire à un choix aléatoire de blessés provenant de l'ensemble de la capitale. Il est tout aussi évident que les causes des blessures dans les années 20 et 30 n'étaient pas exactement les mêmes que celles d'aujourd'hui, surtout les accidents de la circulation et, notamment, ceux qui surviennent pendant les loisirs qui occupent la première place. D'où la plaisanterie des chirurgiens orthopédistes : "le repos est plus dangereux que le travail". Ces changements se retrouvent partout où les conditions de vie de la population ont changé.

A l'époque où je travaillais à ma troisième monographie, je comparai mes chiffres avec ceux indiqués par Böhler dans ses livres. A ma surprise, il apparut que la catégorie de fractures relevée chez moi comme la plus fréquente ne figurait pas chez Böhler dans le peloton de tête. Je pris le téléphone et appelai le Nestor de la traumatologie. Tout en lui indiquant le motif de mon appel, je ne lui révélai pas encore de quelle fracture il s'agissait. Il y eut alors un silence au bout du fil. On sentait que Böhler réfléchissait. Puis; vint la question : "de quelles fractures s'agit-il ?" "Des fractures des côtes". Surpris, il concéda : "oui, nous en avons également souvent rencontrées".

Ceci prouve, encore une fois, que tout ce qui se trouve exprimé par le nom d'une spécialité, ne se déroule pas forcément dans le cadre réservé à ses fonctions. Ce phénomène s'explique -comme nous l'avons vu- par la diversité des principes sur lesquels se fondent les spécialités. De toute évidence, Böhler était persuadé que son champ d'activité comprenait la totalité des fractures. Or, voilà qu'il apprenait que l'une de "ses" fractures -et ce qui pis est - la plus fréquente, se présentait et se faisait traiter dans le cadre d'une autre fonction (c'est-à-dire dans le cadre de la médecine générale). C'est qu'à l'époque, pour un traumatisme de la cage thoracique, "on" allait d'abord voir le médecin généraliste.

Entretiens, les choses ont changé. Les spécialistes de traumatologie s'occupent actuellement d'un nombre considérablement accru de fractures des côtes. Cela s'explique du fait que nos pays se sont vus équipés d'un réseau d'hôpitaux accueillant les accidents, que la fonction pratique s'est modifiée en ce qui concerne la prise en charge des accidents, que les profanes sont devenus plus responsables et qu'ils ont appris à apprécier les soins des spécialistes. La fracture des côtes est ainsi

devenue la fracture la plus fréquemment traitée en chirurgie des accidents -comme me le confirmait un médecin-chef de grande expérience.

Ceci est en parfait accord avec mes statistiques : dans les années 40 et 50, je voyais ces fractures, en moyenne, dans 6 cas sur 1.000. La fracture des côtes occupait le 40^e rang de fréquence dans l'ensemble de mes cas de consultations. A la fin des années 70, je ne comptais, sur mille cas de consultations plus qu'une seule fracture des côtes. Sa fréquence passait de la 40^e à la 175^e place.

Le Médecin et l'Hôpital

Les autres branches cliniques, en comparaison, se trouvent dans une position moins favorable en ce qui concerne le rapport entre la spécialité et la fonction telle qu'elle s'exerce. Les grands services ne publient aucune statistique générale de fréquence dans cas qu'ils ont traités. L'anamnèse et l'examen complet seraient bien - selon l'opinion qui prévaut - la méthode recommandée en médecine à orientation spécialisée. En fait, il ne saurait y avoir ni un interrogatoire, ni un examen vraiment complets. Mais si ce qui est jugé bon n'est pas faisable, et ce qui est faisable ne peut être défini, nous nous trouvons devant une situation professionnelle proprement inadmissible.

Après que le médecin du service ait établi l'anamnèse et procédé ou fait procéder aux examens de routine, les médecins-chefs contrôlent les résultats. Ceci se passe selon un processus individuel et intuitif qui échappe à l'analyse consciente. L'orientation diagnostique s'en trouvera, soit confirmée, soit changée.

Le but recherché, c'est de faire la preuve aussi exacte que possible de la (ou des) maladie(s) entrant en ligne de compte ou, au contraire, de la (les) exclure. A la différence du reste de la méthodologie, les concepts de maladie sont clairs dans la majorité des cas.

L'orientation diagnostique de la clinique spécialisée compense bien les défaillances méthodologiques existant par ailleurs. Le cas, en effet, ne reste pas "ouvert et en attente", comme cela arrive nécessairement si souvent en médecine générale. Bien plutôt, on continue les examens jusqu'à ce qu'une maladie "du ressort" de la spécialité soit identifiée ou exclue. Au niveau de la clinique spécialisée, il n'existe pas de contrainte pesant particulièrement sur l'action médicale, ce qui rend cette fonction particulièrement propre à être enseignée (fig. 20).

Dans les hôpitaux de dimensions plus modestes, les contraintes restreignant l'action sont innombrables et pourtant, en regard de la médecine générale, les conditions y paraissent "paradisiques". Cependant, comparé à une clinique universitaire, le petit hôpital emploie bien moins de personnel, ce qui réduit le temps disponible pour le cas particulier. Les différentes ressources, d'ailleurs limitées, n'y peuvent être mises en oeuvre que parcimonieusement. Ces circonstances rendent les actes intuitifs des médecins responsables difficiles à saisir. Les relations entre les cas et des "diagnostics" donnés prennent souvent des aspects arbitraires, tout particulièrement quand

les examens (par rapport aux motifs de l'hospitalisation) sont restés sans résultats satisfaisants, les diagnostics paraissent problématiques. Dans l'embarras qui se fait jour ici, il n'est pas rare que le confrère ayant ordonné l'hospitalisation ait sa part de responsabilité. Je veux parler des cas où le médecin de famille a dissimulé ce qu'il sait du cas, derrière des formules comme "hospitalisation pour observation".

Il arrive ensuite fréquemment que, dans la communication du confrère de l'hôpital, sous le titre de diagnostic, le généraliste trouve un nombre important de résultats anormaux simplement alignés sans égard pour leur ordre d'importance. De facto, le médecin hospitalier se déclare ainsi comme dépassé dans sa compétence ET, s'en remet, pour le travail d'intégration et d'interprétation, au médecin ayant demandé l'hospitalisation.

La même chose peut se produire, bien sûr, dans des cas où le généraliste a bien rempli sa fonction et a suffisamment informé l'hôpital. Quoi qu'il en soit, dans ces résultats livrés pêle-mêle, la diagnose spécialisée ne fonctionne plus à la manière d'une démarche humaine, mais à celle d'une machine.

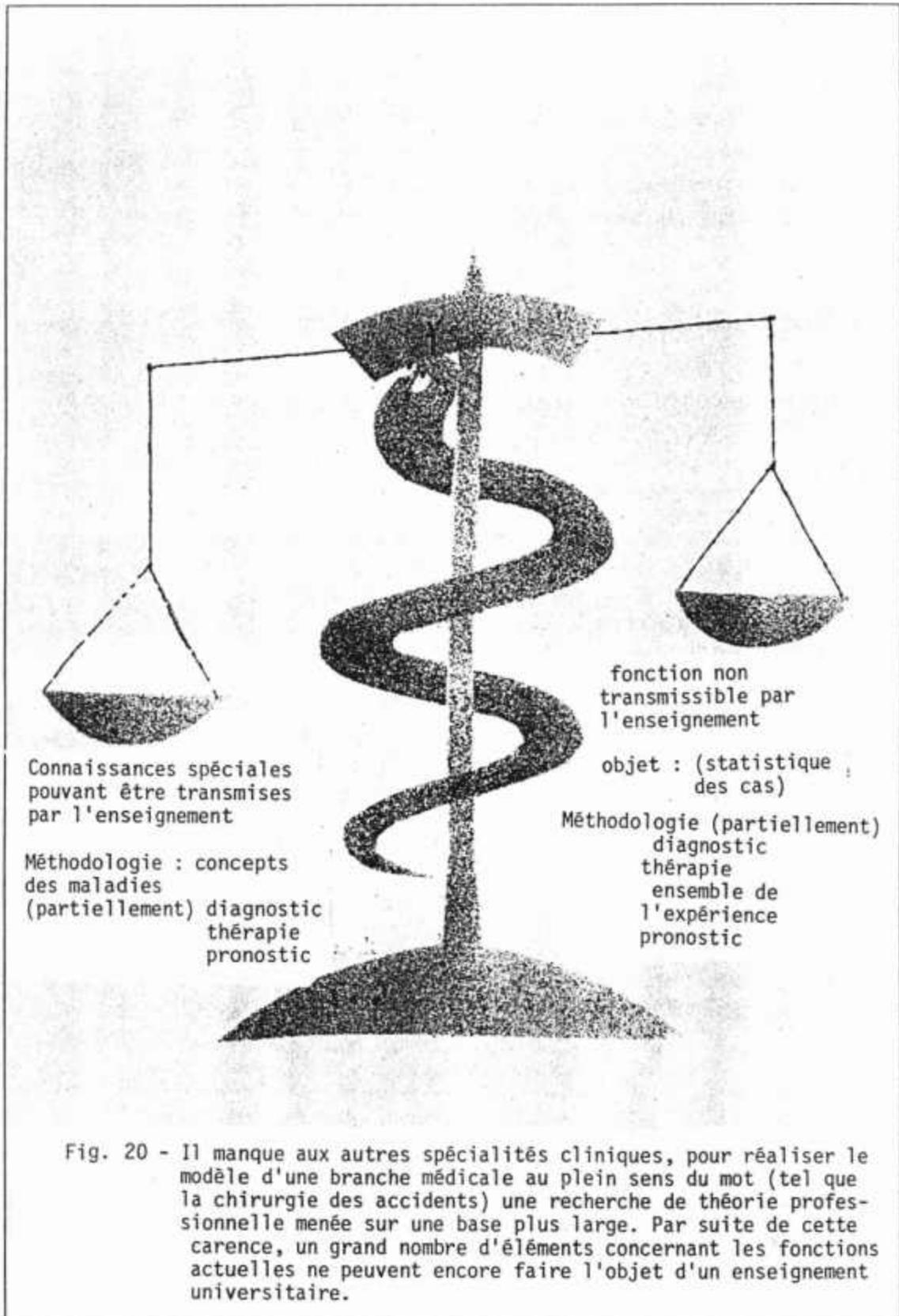
Les résultats d'examens livrés pêle-mêle sous le titre de "diagnostic" dans la lettre au médecin traitant après la sortie du patient de l'hôpital, sont autant de signaux d'alarme. Ils indiquent d'une fonction importante du teamwork médical n'est pas remplie. Ceci est vrai également pour les hospitalisations dont le motif se trouve dissimulé derrière une formule sans signification.

Il n'en reste pas moins que l'abondance des connaissances se rapportant aux maladies faisant l'objet de recherches, fait pencher la balance du côté des branches de la médecine spécialisée (fig. 20). Si, par comparaison avec la chirurgie des accidents, l'écart en faveur de la médecine spécialisée est moins marqué, la cause doit en être attribuée aux lacunes existant au niveau de la recherche de théorie professionnelle. Celles-ci se feront remarquer de façon d'autant plus sensible que le travail médical devra s'effectuer plus rapidement et avec des ressources plus limitées.

L'axolotl de la médecine

Comment la situation en médecine générale se présente-t-elle selon le schéma des fig. 19 et 20 (p. 67 bis et 70 bis) ?

La médecine générale représente un cas à part. Sa fonction est une réalité. Elle ne résulte pas d'un travail de recherche. D'autre part, il existe, d'ores et déjà, la concernant, d'importantes recherches scientifiques relatives à "l'objet", aux fondements de la démarche diagnostique, aux différentes modalités de la diagnose, et à bien d'autres aspects. Si tout ceci, bien compris, faisait l'objet d'un enseignement "centralisé" et d'examens, et se trouvait mis en pratique, il est indéniable que la médecine générale serait dès aujourd'hui à considérer comme une discipline dans le sens universitaire,



et l'on verrait certes, alors, se multiplier les efforts scientifiques avec tous les avantages qui s'ensuivent sur le plan de la doctrine et de la pratique.

Nous savons quelle est la situation réelle : les chercheurs professionnels devraient depuis longtemps s'être intéressés à cette science, parce que tôt ou tard on devra mener des recherches analogues de théorie professionnelle dans tous les secteurs spécialisés. L'intérêt reste néanmoins inexistant. Les généralistes ont l'habitude de se voir présenter des choses dont ils pourraient plus ou moins se passer. Ils ne pensent pas qu'il soit possible que quelque chose de vraiment valable soit mis à leur disposition - et ce par ces confrères ! Ils n'ont que faire de théories, ils pensent que "ça va aussi bien comme ça".

Pourtant, personne n'a pu dénier la valeur des résultats de la recherche de théorie professionnelle praticienne. Les arguments qu'on lui oppose circulent plutôt en sous-main. Mais, en science, cela ne compte pas. Les refus doivent être justifiés par des preuves et ce, au moyen de données objectives et de conclusions logiques. Une autre voie serait d'opposer à la recherche de théorie professionnelle une alternative scientifique. En effet, ce ne serait pas la première fois, en science, que l'on présenterait pour un même problème deux ou plusieurs solutions. Or, une alternative à la recherche de théorie professionnelle pouvant constituer une base scientifique différente pour la médecine générale, n'existe pas. Toutes les tentatives dans ce sens se sont révélées stériles.

Peut-être certains généralistes n'ont-ils pas vraiment intérêt à abandonner leur position de lanterne rouge dans la hiérarchie médicale. Tant il est vrai qu'en médecine on a plutôt tendance à complimenter et à protéger celui qui occupe la dernière place qu'à lui "enlever le pain de la bouche".

Les positions de pointe, au contraire, s'accompagnent de toutes sortes d'obligations malcommodes : plus de savoir, plus de savoir-faire entraînant un surcroît de travail, de responsabilités, d'initiatives, etc... Pour les positions plus élevées, il faut sans cesse se qualifier.

Malgré cela, on ne saurait, ni revenir sur les nouveaux acquis scientifiques, ni continuer à les ignorer délibérément. Et la médecine générale ne peut rester indéfiniment l'axolotl de la médecine.

Les conditions essentielles permettant à la médecine générale de devenir une discipline à part entière existent. Ce n'est qu'une question de temps jusqu'à ce que la répugnance ait été surmontée et que les modes de penser et d'action (voire les connaissances et les techniques) déterminants pour un rang médical adéquat se soient imposés dans l'enseignement et dans la pratique.

Soulignons encore une fois la position particulière de la médecine générale. Quand on fonda les spécialités, on commença par délimiter à l'intérieur des disciplines-mères, un petit secteur qui devenait, dès lors, l'objet d'études scientifiques intensives et d'attentives mises au point pratiques. Ceci conduisait, dans une dernière phase, à la demande de spécialistes compétents en la matière. Lorsque ceux-ci s'installaient hors de l'hôpital, la dernière pierre de la nouvelle spécialité était posée. Pour la médecine générale, ces différentes étapes ne furent pas franchies dans le même ordre.

Les consultations des généralistes installés étaient là avant qu'il n'y eût la première discipline. Contrairement à tout ce qui proclame sa mort prochaine, la médecine générale est plus vivante que jamais.

Ce qui manquait, c'était la structuration scientifique, si tant est qu'il y eût quelque chose de substantiel à structurer. Mais, étant donné qu'il s'est révélé que la médecine générale a, elle aussi, des problèmes de nature scientifique et que des recherches fructueuses ont conduit à des résultats d'une considérable importance pratique, les choses sont claires : s'il existe une fonction médicale irremplaçable mais ayant dû s'exercer jusqu'à présent d'une façon préscientifique, et si, d'autre part, il a été créé pour elle une base scientifique, il est indispensable - précisément au niveau de l'enseignement universitaire - de familiariser le futur médecin avec ces résultats. Il va de soi que ceci s'applique également à la formation complémentaire et de perfectionnement. Ce qui importe ici, n'est pas tant l'étendue des travaux scientifiques que le fait même qu'il existe des données fondamentales et d'importance pratique considérable se rapportant à cette fonction autonome.

La création des spécialités commença par la concentration de la recherche. La demande pratique vint ensuite. On a cru -et souvent on croit encore aujourd'hui- que la médecine générale n'avait pas besoin de fondement scientifique propre. Ces opinions se sont révélées fausses. Il est d'autant plus important de joindre à la formation préparatoire, complémentaire et de perfectionnement des médecins généralistes, ces nouvelles connaissances fondamentales. Celles-ci devront être transmises par des enseignants ayant une compétence réelle en la matière.

Demain : La spécialité Médecine Générale

Rappelons quelques résultats acquis jusqu'ici par la recherche de théorie professionnelle de médecine générale :

- 1/ l'exploration de "l'objet" de la médecine générale au moyen d'une nouvelle technique statistique de la morbidité,
- 2/ la redéfinition de la notion de diagnostic devenue incertaine,
- 3/ la désignation des différentes modalités dans l'approche médicale du cas particulier,
- 4/ la mise au point minutieuse de directives pour une conduite orientée sur la problématique des cas de consultation typiques,
- 5/ le développement d'une technique de documentation hautement rationalisée et d'un management en conséquence.

Somme toute, les résultats obtenus jusqu'ici corroborent à ce que disait Kant, qu'il n'y a rien de plus pratique qu'une bonne théorie".

Cependant, la plupart des confrères préfèrent persister à agir comme s'ils avaient assez de temps pour chaque patient, comme si, en fin de consultation, ils pouvaient toujours établir un vrai diagnostic. On ne peut leur tenir rigueur qu'ils cherchent à dissimuler leur manière de procéder que leur a enseignée l'expérience, derrière les principes qui leur ont été inculqués par leur formation, si tant est qu'ils aient conscience qu'il y a là quelque chose à dissimuler.

Sans doute, celui qui veut penser et agir à partir des nouvelles données acquises par la recherche, aura tout d'abord l'impression de perdre pied. Cependant, il s'apercevra rapidement qu'il a trouvé, en échange, un fond bien plus solide. En tout état de cause, l'anxiété éprouvée par les vieux praticiens devant la nouvelle science n'est pas fondée.

Le généraliste expérimenté consciencieux n'a pas besoin de craindre les résultats de la recherche pratique. Pour l'essentiel, il s'apercevra avec satisfaction qu'il est sur la bonne voie. Peut-être adoptera-t-il une meilleure nomenclature et même une conduite programmée. Il remarquera que tout cela ne rend pas son travail habituel plus difficile, mais le facilitera au contraire. C'est lorsqu'il traitera de façon programmée les cas à problèmes qu'il se rendra plus clairement compte de l'amélioration de sa fonction. En fait, son expérience l'a déjà lui-même "programmé" mais les programmes intuitifs dans son cerveau sont évidemment bien trop nombreux pour qu'il puisse, dans les quelques minutes dont il dispose, produire pour chaque cas plus de la moitié de toutes les questions importantes. Il s'ensuit que la consultation programmée accompagnée d'instructions relatives à la conduite de l'action, non seulement facilite le travail, mais l'améliore.

La situation n'est pas la même pour un débutant. Ici, il ne s'agit pas seulement d'améliorations. Sans l'introduction aux données de la recherche pratique, celui-ci aurait à subir le processus épuisant et démoralisant de l'adaptation aux contraintes réductrices de l'action, avant qu'il ne se sente - au bout de décennies - rompu à la pratique de sa fonction. Ainsi, sera dépassée enfin pour la médecine générale, la situation qui faisait que le vieux praticien emportait dans la tombe, sans en avoir rien transmis, toute l'expérience qu'il avait acquise.

Mais aussi longtemps qu'à l'intérieur de la médecine générale il n'y aura pas le désir clairement articulé d'une optimisation de sa fonction spécifique, sur la balance des spécialités médicales, elle "ne fera pas le poids".

Les découvertes autonomes et fondamentales de la discipline ne sont pas encore comprises entièrement et ne font pas encore l'objet d'un enseignement optimal.

Les "emprunts" ne font pas encore une spécialité

Dans la pratique, "tout" est fonction et expérience acquise sous la pression des contraintes réduisant l'action. Les dogmes dépassés et des concepts n'ayant plus de validité, continuent à peser sur l'activité professionnelle.



Fig. 21 - La médecine générale pourrait être une spécialité depuis déjà dix ans au moins. Mais comme on ne fait que très insuffisamment usage des résultats de la recherche pratique spécifique, elle ne restera, jusqu'à nouvel ordre, qu'une fonction sans le caractère d'une spécialité.