

IMPORTANCE ET FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES OPINION D'UN CHIRURGIEN

par J. GOSSET

La renaissance d'un cadre de médecins généralistes est à l'ordre du jour de nombreux congrès, colloques, réunions et tables rondes.

C'est assurément un problème d'actualité et l'intérêt qu'il suscite pourrait laisser croire qu'une unanimité s'est faite pour tenter de le résoudre.

Pour notre part nous croyons qu'il n'en est rien. Il ne suffit pas de discuter d'un problème, d'affirmer qu'il est urgent de lui chercher une solution si l'on ne trouve pas des moyens pratiques et efficaces à brève échéance.

Ces solutions n'apparaissent pas encore et, dans notre situation actuelle, seuls peuvent faire preuve d'optimisme ceux qui prennent les mots pour des idées, les phrases pour des actes et les discours pour des résultats.

Le problème est aujourd'hui clairement défini car c'est un problème international qui se pose autant en France qu'à l'étranger. La seule différence c'est qu'en France on se borne à en discourir tandis qu'à l'étranger on cherche des solutions sans cultiver de rassurantes illusions sur la force des courants qui, pendant ces trente dernières années, ont peu à peu éliminé la médecine générale au profit d'un morcellement de la pratique, divisée en spécialités de plus en plus étroites.

Le généraliste de jadis n'avait peut-être pas toutes les qualités scientifiques que l'on peut exiger dans une médecine moderne. Il était avant tout le médecin de famille. Ce terme même a pris une signification péjorative. Il évoque pour beaucoup l'aspect d'une médecine arriérée, dépassée, hors d'usage, inefficace et somme toute inutile. On n'ose même pas dire qu'il nous faut encore des médecins de famille. On préfère parler de généralistes, la terminaison en "iste" étant seule admise à la fin du vingtième siècle.

Très brièvement nous voudrions rappeler ici les raisons réelles de la disparition du médecin de famille, les arguments qui plaident en faveur de la résurgence d'une forme indispensable de la pratique médicale, la puissance des forces qui s'opposent et qui s'opposeront à une telle réforme. Nous n'avons pas la fatuité de proposer des solutions d'ensemble, encore moins de prétendre connaître de telles solutions vraiment efficaces. Comme universitaire et comme pédagogue, dans le cadre limité qui est le nôtre, l'enseignement de la clinique chirurgicale, nous montrerons que des transformations méritent d'être instituées. Si tous les universitaires et tous les hospitaliers en faisaient autant il resterait un espoir de voir se reconstituer un corps indispensable de médecins généralistes.

Toutes les enquêtes montrent une baisse numérique de ces médecins en même temps qu'un mécontentement issu des modalités de l'exercice de leur profession, mécontentement ouvertement exprimé et dont l'effet est de détourner les nouvelles générations de ce mode d'exercice de la médecine.

Nous ne possédons pas de chiffres sur la répartition en généralistes et en spécialistes des nouvelles générations médicales françaises. Les chiffres relevés aux Etats-Unis sont éloquentes. En 1930, soixante-dix pour cent des médecins issus des universités américaines se destinaient à la médecine générale et au rôle de médecin de famille. En 1950, vingt ans après, il n'y en avait plus que trente pour cent.

Parmi les médecins en exercice, soixante-quinze pour cent étaient des médecins de famille en 1935, quarante-cinq pour cent seulement en 1957.

De 1955 à 1965, la population américaine a augmenté de dix-sept pour cent et le nombre des médecins de vingt-deux pour cent mais si les postes de médecine hospitalière ont augmenté de quatre-vingt-un pour cent, les postes de médecine privée n'ont crû que de douze pour cent, ce qui constitue une baisse relative.

Il serait d'ailleurs faux, et on le fait toujours, de fonder tous les jugements sur la proportion entre le nombre d'habitants et le nombre de médecins. Ceci laisse dans l'ombre un grand nombre de facteurs qui concernent l'état sanitaire du pays. Rien ne justifie l'affirmation constante que plus il y a de médecins dans un pays, mieux on s'y porte. Certains pays de derrière le rideau de fer ont une proportion élevée de médecins. Les étudiants sont attirés par une profession moins pénible que celle d'ouvrier et qui, dans ces régimes démocratiques, assure quelques avantages. La mortalité infantile n'y est pas moins fort élevée, bien plus que dans d'autres pays où la densité médicale est plus faible.

Il faut aussi tenir compte du développement de la "consommation médicale" qui est proportionnelle au niveau de vie d'une population et à sa culture. Aux Etats-Unis la morbidité est inversement proportionnelle au revenu moyen des individus. Dans les milieux dits pauvres (revenu familial inférieur à vingt mille francs), le nombre de consultations demandées annuellement pour les enfants est la moitié de ce qu'il est dans les familles aisées. Les besoins sanitaires des pauvres sont plus élevés mais la demande des soins médicaux ne s'élève qu'avec le niveau de vie. C'est ainsi que l'on considère qu'entre 1965 et 1975, si la population des Etats-Unis augmente de treize pour cent, le nombre de médecins de dix-neuf pour cent, l'augmentation du niveau de vie entraînera une augmentation de quatre-vingt pour cent des demandes de consultation.

Il est faux de penser que les besoins médicaux sont proportionnels à la morbidité. Ils croissent avec la baisse de la morbidité qui s'accompagne d'une augmentation de la demande médicale, conséquence qui n'est paradoxale qu'en apparence. Il nous faut donc, dans tous les pays, nous apprêter à répondre à cette demande médicale croissante, à définir sa nature, à préparer les nouvelles générations à y répondre numériquement et qualitativement. Il est évident que l'objet même de l'appel au médecin va changer. Ce ne sera plus seulement la maladie grave, aiguë, impérieuse. Ce sera le malaise, le trouble vague, l'infime déviation de l'état de santé ; ce sera plus le souci de prévention que le besoin de traitement, ce sera le petit déséquilibre psychique plus que le grand désordre organique.

A toutes ces demandes, qui devra apporter la première réponse, la première aide, le premier réconfort ? Est-ce le médecin administratif, le chercheur, le savant, l'enseignant universitaire, l'hospitalier, le spécialiste ? Assurément non ; ce devrait être un généraliste, un omnipraticien, un médecin de famille, ce que les Américains appellent le "primary doctor". Le terme est intraduisible car "primary" n'a rien de commun avec l'adjectif primaire qui, en français, est péjoratif. Le "primary doctor" c'est à la fois le médecin primordial, principal, essentiel, le premier que l'on consulte et le premier en importance. C'est le généraliste si l'on veut bien faire abstraction de cette finale en "iste" pour ne considérer que le mot *général* qui évoque une suprématie en ce sens que ce médecin est le seul à saisir un problème dans son ensemble, dans sa totalité humaine. Médecin de médecine générale, il pourra alors exercer cette médecine de la personne, cette médecine humaniste, à la mesure de l'homme, mesure qui dépasse de loin l'étroite pathologie d'organes et de systèmes qui reste le lot du spécialiste.

Pourquoi retirer à ce généraliste ce nom honorable de médecin de famille qui n'a pris un relent de dérision qu'à la suite d'une conjuration des médecins savants et des spécialistes avides de profiter de la mode ? Le médecin de famille est déjà plus que le médecin d'un homme observé dans la période limitée d'un accident pathologique. C'est le médecin qui connaît le malade à travers toute la durée de son développement biologique, qui ne le sépare pas de l'unité sociale primordiale où il évolue, le cercle familial, cercle au sein duquel les interactions organiques et psychologiques prennent une importance trop souvent négligée.

A-t-on bien défini en France le rôle que doit jouer ce généraliste dans la médecine moderne ? Les fonctions de médecin de famille devraient être rénovées et accrues par les tendances actuelles de la médecine nouvelle.

Cette rénovation, on la trouve clairement exprimée dans trois études américaines : les conclusions de la commission Millis, celles de la commission nationale américaine sur les services communautaires de santé, enfin le rapport de l' "ad hoc", comité sur l'éducation pour la médecine familiale (A.M.A. Council on Medical Education).

1. — Le médecin de famille généraliste est le premier consulté. Il assure l'entrée du malade dans le système médical. Le premier contact médical, la première orientation diagnostique, la première amorce thérapeutique ont une telle importance que leurs modalités doivent être choisies par un généraliste.
2. — Aucun acte médical n'étant concevable sans débiter par un bilan de santé général physique et psychique, c'est au médecin de famille généraliste qu'il incombe d'établir ce bilan.
3. — Le médecin de famille généraliste, s'il a une formation médicale suffisante doit être libre de soigner le malade dans le cadre d'une ou plusieurs spécialités. C'est lui qui doit prendre la décision d'adresser, si besoin est, le malade à des organismes qualifiés : cabinets de spécialistes, hôpitaux, mais tout en assurant la continuité de la surveillance médicale.
4. — S'instituant et demeurant le directeur et le coordinateur de l'équipe soignante, il doit avoir l'autorité et la liberté qui sont les conditions indispensables de la responsabilité de soins compréhensifs et continus.
5. — Cette responsabilité thérapeutique, il ne l'assurera pas uniquement vis-à-vis du malade, mais aussi vis-à-vis de la famille et de la communauté.

Ceux qui ont réfléchi à ce que doit devenir la médecine dans les vingt prochaines années du siècle considèrent maintenant que s'il n'y a pas de généralistes pour assurer de tels rôles, l'anarchie et le désordre désorganiseront la médecine.

Knowles écrit : "Je pense que nous approchons de la fin d'un grand cycle de la médecine américaine qui a commencé avec le rapport Flexner (1910). Il s'est traduit par une expansion de la science et de la technologie dans la vie des médecins, le développement des organisations médicales. Nous sommes au début d'un nouveau cycle qui va nous obliger à orienter notre attention vers les problèmes médico-sociaux qui se posent au sein de la profession et de la nation."

"La multiplication de départements de médecine familiale, la promotion et la formation de médecins de famille doit être le plus passionnant et important développement de l'ère moderne. Il doit en résulter une révolution dans l'enseignement et les disciplines universitaires. Ce serait, dans la deuxième moitié du vingtième siècle, l'équivalent de la révolution flexnérienne des premières décades."

Si, aux Etats-Unis, quelques esprits libres, hommes d'intelligence et de progrès, osent crier de telles vérités, il faut reconnaître qu'ils se heurtent à une opposition puissante, organisée, déterminée qui parviendra sans doute pendant de longues années à bloquer les initiatives et les révolutions salutaires.

Aux Etats-Unis, le comité consultatif des spécialités médicales a catégoriquement refusé le 10 février 1968 la demande de l'Academy of general practice pour la création d'un certificat de médecin de famille. L'opposition de l'American College of Surgeons et de l'American College of Physicians était déterminante. Ce fait éclaire nettement la question que nous envisageons en nous plaçant au cœur du problème : l'opposition des spécialistes et des généralistes.

Le généraliste, l'omnipraticien ou médecin de famille sont actuellement des déshérités de la médecine et les spécialistes, des privilégiés. Les Américains qui sont assez clairvoyants pour comprendre la nécessité d'un renouveau, savent qu'il faut une révolution pour abolir les privilèges, même si ces derniers s'exercent au détriment de la nation ou plutôt ici au détriment de la santé de la nation.

En France, le problème se posera dans les mêmes termes le jour où nous aurons suffisamment évolué pour comprendre la nécessité d'une telle révolution.

Ce jour, quoi qu'on en dise, risque d'être fort éloigné, car nos meilleurs esprits ont la regrettable habitude de copier l'Amérique avec quelques décades de retard lorsque les systèmes que l'on se résout à copier sont déjà périmés dans leur pays d'origine. Une comparaison médicale, mais celle-ci architecturale, éclairera ce propos. Avec trente ans de retard on a copié à Lyon l'architecture d'hôpitaux danois de 1915 alors que la conception des hôpitaux en petits pavillons était déjà condamnée dans les pays nordiques.

Nous ne sommes pas adversaires de la colonisation de la France par les idées médicales américaines. Si nos maîtres sont incapables de concevoir des systèmes français valables (et on le voit en pédagogie depuis dix-huit mois) s'ils doivent, tout en le taisant, copier ce qui se fait ailleurs qu'au moins ils le fassent avant que ce qu'ils plagient (généralement en le déformant maladroitement) ne soit totalement périmé.

La grande réforme médicale française d'il y a dix ans était d'inspiration purement flexnérienne. On s'efforce encore de la développer avec tout ce qu'elle comporte d'hypertrophie scientifique alors qu'au pays de Flexner on en a déjà mesuré les graves défauts. On y cherche une nouvelle voie. A ce rythme, c'est vers l'an 2 000 que la France cherchera à copier la nécessité d'une promotion de l'omnipraticien dont les Etats-Unis ont actuellement pris conscience.

S'il s'agit essentiellement de lutter contre une hypertrophie néfaste des spécialisations et les prétentions excessives des spécialistes, il faut d'abord définir clairement ce qu'est la spécialisation et reconnaître que, sous ce vocable, on englobe des formes très différentes de l'exercice de la médecine, les unes idéales, les autres néfastes. Entre les unes et les autres on ne peut tracer une démarcation nette tant il y a d'états intermédiaires.

Selon nous, la spécialisation comporte deux aspects totalement différents que l'on associe arbitrairement alors qu'ils ne sont pas liés inéluctablement l'un à l'autre : c'est d'une part la connaissance exhaustive d'un secteur plus ou moins limité de la médecine et, d'autre part, la limitation stricte de l'exercice de la médecine à un secteur également limité.

Prenons le cas de la quasi-totalité des médecins universitaires et hospitaliers. Ils sont presque tous plus ou moins spécialisés mais dans le sens le plus élevé du terme. Ce sont tous des médecins qui connaissent toute la médecine. A ce titre ils pourraient tous revendiquer le noble qualificatif de généraliste. Comme ils se doivent d'être des Maîtres au double sens du terme, de guides et d'enseignants, comme ils sont assoifés de progrès et de recherche, ils ont développé leurs connaissances et leurs recherches et leur enseignement dans une branche particulière. Cela se fit sans doute sous l'effet de leurs goûts, de leurs aptitudes, l'influence de leurs propres patrons, peut-être parfois au hasard de leurs affectations.

C'est ainsi que naquirent tant de spécialités ; de la dermatologie à l'allergologie, de la néphrologie à la pathologie génétique.

Ce qui caractérise cette forme de spécialisation, c'est qu'elle représente l'enrichissement d'un homme qui est déjà un généraliste et qui n'est un grand spécialiste que parce qu'il est aussi grand généraliste auquel aucun aspect de la pathologie ne saurait échapper. Tel hématologue est un cancérologue averti

et un pédiatre éminent. La génétique englobe toute la médecine. Est-il une spécialité plus vaste que la rhumatologie qui, si elle est bien faite, concerne tout l'homme.

Si de tels maîtres en arrivent inévitablement à limiter leur exercice à une catégorie de malades, ce n'est ni par goût, ni par intérêt, c'est parce que l'activité humaine connaît des bornes et que pour rendre le plus de services possible au plus grand nombre de malades, la dispersion leur est interdite.

A l'opposé de cette forme noble de la spécialisation, s'est peu à peu instituée une caricature qui n'a retenu de la véritable spécialisation que sa conséquence : la limitation de l'activité. Certains s'adjugent le titre de spécialistes tout simplement parce qu'ils ont réduit leur pratique et leurs connaissances à une bricbe de la médecine, fût-ce les rides ou les verrues. Il y aura bientôt le spécialiste du gros orteil, celui du deuxième duodénum ou de la pathologie du diaphragme. Nous exagérons mais moins qu'il ne le semble. Ce qui est grave, c'est que dans le micro-domaine où ils exercent, rien ne démontre qu'ils en savent plus qu'un praticien banal. Ce n'est pas parce qu'on limite son champ visuel, que l'on voit mieux ou son champ intellectuel que l'on est plus intelligent. Porter des œillères n'est pas une preuve véritable d'éminence. Ce n'est pas parce qu'on s'occupe d'une seule maladie qu'on y est plus compétent. Le manque de culture, d'intelligence, la paresse, l'incuriosité peuvent très bien conduire un spécialiste à un abêtissement tel que, même dans sa spécialité, il sera un dangereux ignare.

Beaucoup d'étudiants s'orientent vers cette carrière de "stagiaire spécialiste" qui, dans l'état actuel du statut médical français, leur vaut, au prix de l'acquisition d'un diplôme d'études spéciales, vie douillette, aisance et considération.

Ni le public, ni le corps enseignant universitaire et hospitalier n'ont jusqu'ici fait de différence entre le faux spécialiste et le vrai, entre une élite incontestée et la médecine sectorisée, entourée de bornes, une médecine "à bornes" qui n'est souvent que l'apanage de médecins bornés.

Il serait facile mais trop long de développer les raisons de l'engouement du public pour le "spécialiste". Il fut un temps où l'on n'admirait que les grands esprits : c'était celui de Léonard de Vinci. Les progrès de la science ont rendu cette universalité impossible mais ce n'est pas une raison pour vénérer l'étroitesse mentale et lui reconnaître des vertus qu'elle n'a pas.

Il serait difficile et périlleux de chercher comment tant de faux spécialistes ont utilisé l'enseignement et la protection des vrais spécialistes pour acquérir les parchemins qui leur valent indûment la confiance des malades et une super-rémunération de la Sécurité sociale. On découvrirait le jeu conjoint de facteurs psychologiques, sociaux et humains, identiques en tous pays, en Europe comme outre-Atlantique.

On découvrirait peut-être que puisque la discrimination entre les vrais et faux spécialistes, les hommes supérieurs et les hommes bornés est très délicate, une regrettable solidarité, un esprit de caste s'est constitué et que tous les spécialistes sont désormais ligués contre généralistes et omnipraticiens. Ces spécialistes ont acquis la majorité numérique au sein d'une profession qu'ils prétendent désormais orienter avec d'autant plus de facilité qu'il leur suffit de soigner au fil du courant d'une opinion publique routinière et bien conditionnée. Nous n'oserons pas dire avec Alexis Carrel que les spécialistes sont d'autant plus dangereux qu'ils sont plus éminents. Dans certains pays comme les Etats-Unis, les spécialistes s'épaulent et se soutiennent dans la défense de leurs situations matérielles bien qu'un même terme y désigne des gens aussi différents que des hommes de recherche et de science, hospitaliers et universitaires et le marchand de "médecine en rondelles".

Quels liens attachent donc des gens aussi opposés ? Les maîtres doivent beaucoup de reconnaissance à la cohorte de leurs élèves. Au sens romain du terme, les élèves sont une clientèle indispensable au maintien des renommées universitaires.

L'attachement des élèves à leur patron n'est pas moins étroit. Il y entre pour une part la réelle reconnaissance que l'on voue à son maître. Il tient encore plus au besoin d'un soutien nécessaire pour conserver une considération que des techniques commerciales pourraient tenir.

Bien entendu il n'en va pas de même en France, sauf sur un point qui ne peut être contesté. La coalition des spécialistes écrase moralement le simple omnipraticien qui ne sait plus comment se défendre contre la dévaluation matérielle et morale de sa situation.

Avouons que ces omnipraticiens sont plus sensibles à la dévaluation matérielle et que jusqu'ici ils n'ont pas beaucoup insisté sur les arguments qui nous semblent autrement importants avec au premier chef le fait que le morcellement "spécialitaire" est nuisible au malade et que la médecine de demain pour être humaniste, sociale, préventive doit être une médecine de généraliste, d'omnipraticien, de médecin de famille.

Le ressentiment, l'aigreur, le désenchantement, la lassitude des omnipraticiens ont été remarquablement analysés dans un rapport établi par M. et R. Fichelet pour la Société d'études et de sciences humaines (1968).

"Moins payé pour ses consultations, l'omnipraticien a le sentiment d'être un médecin de seconde zone, chargé d'une besogne épuisante qui le frustre même des satisfactions intellectuelles de son métier. Il est à la recherche de compensations qui relèvent plus du phantasme que du domaine d'une réelle revendication." Le plus surprenant succès des spécialistes a été le suivant : persuader l'omnipraticien que la meilleure solution à ses maux est l'obtention d'un diplôme de généraliste-spécialiste. S'il ne s'agissait que d'obtenir de la Sécurité sociale un relèvement des tarifs, le ridicule d'une telle dénomination pourrait être passé sous silence.

Nous pensons qu'aujourd'hui ceux qui ont la responsabilité de forger la médecine de demain voudront bien s'inspirer de mobiles plus désintéressés où le souci de la santé publique occupera une place essentielle.

Au risque de passer pour un pessimiste irrécupérable, nous avouons que nous sommes persuadés que cette révolution médicale indispensable et dont tant de médecins étrangers clairvoyants proclament la nécessité ne s'amorcera même pas en France avant plusieurs décades.

Trop d'intérêts sont en jeu pour qu'on aille plus loin que des vœux platoniques dont les auteurs eux-mêmes souhaitent l'échec.

Il nous faudrait d'abord faire une critique lucide de l'évolution médicale dans laquelle nous avons été poussés. Il faudrait que l'on cesse d'excommunier ceux qui osent prétendre que le plein temps "hopkinien et flexnérien" n'a pas que des vertus.

L'Amérique, qui l'a importé d'Allemagne et développé au maximum, en découvre maintenant les défauts. Ses médecins ont la franchise de les dénoncer. Alors que de 1950 à 1965, le nombre des thèses augmentait de vingt-trois pour cent, le nombre des médecins plein temps dans les Facultés a augmenté de trois cent trente-six pour cent. Est-ce que cet attrait du plein temps ne s'expliquerait pas en partie par un souci des universitaires d'esquiver les responsabilités de la médecine pratique ? Il n'est donc pas surprenant que les universitaires plein temps perdent peu à peu le goût de former des omnipraticiens. Ils finiront même par ignorer ce qu'est une médecine de famille. L'ignorant, ils en arriveront à nier l'importance de son rôle.

La médecine de l'omnipraticien, celle du médecin de famille, n'est pas une médecine essentiellement régie par des concepts scientifiques. Elle n'en est pas moins noble. Si la recherche fondamentale lui est étrangère, elle est par contre la seule à fournir la base d'une *recherche clinique* dont le manque grandissant est alarmant.

Trouverons-nous avant longtemps des universitaires français qui "pensent que les activités dans lesquelles ils s'engagent sont secondaires à côté des problèmes essentiels de la médecine de demain et que la liste des priorités doit être reconsidérée" ?

D'autres Américains pensent que "le prix à payer pour une bonne élévation du niveau sanitaire de la nation sera peut-être une réduction de la recherche scientifique pure". "La recherche médicale a été hypertrophiée sous prétexte que ses résultats pratiques seraient pour demain. Or nous avons été déçus. La recherche fondamentale est l'espoir du futur, la base de ce qui assurera la santé de nos petits-enfants. Elle nous a fait oublier l'importance de plans à plus court terme."

Selon Williams (*New England Journal of Medicine* 279, 1030, 1968) "Une nouvelle stratégie pour l'amélioration de la santé publique") la "recherche" de ces quinze dernières années n'a guère abouti à de grandes innovations thérapeutiques. Les réels progrès ont été dus à l'accumulation de petits gains dans les connaissances et leurs *applications*. Le progrès résultera de la *variété* de petites trouvailles plutôt que d'une grande découverte (sauf peut-être en cancérologie) ou, par exemple, de l'application massive de l'informatique aux efforts cohérents et intégrés de tous les médecins".

On en vient à se demander si la médecine et la science biologique sont aussi *coextensives* qu'on nous l'a affirmé.

La biologie moléculaire a fait d'immenses progrès. La somme acquise en ce domaine est considérable mais cette science n'a pas encore trouvé de grandes applications cliniques et l'on peut se demander s'il faut accroître son importance dans les programmes pédagogiques.

La conception de ces programmes devrait, selon nous, être régie par l'intérêt pratique qu'offrent les matières enseignées dans la formation d'un type défini de médecin. Si l'on veut bien admettre que la promotion des omnipraticiens est le but essentiel à atteindre dans les vingt années à venir, il faut aussi admettre que l'on n'y parviendra que par la révision des programmes pédagogiques. Ceux qui ont cours actuellement servent à former de "petits spécialistes". Ils satisfont la grande majorité des maîtres et des élèves, aussi est-il chimérique d'espérer les modifier à une époque où la médecine française est en pleine euphorie de "scientification". Trop d'universitaires s'obstinent à éluder le problème de la formation des généralistes ou prétendent que l'on n'aboutirait qu'à la création d'une masse d'officiers de santé. Cela ne serait vrai que si l'on s'enfermait dans la routine pédagogique qui prévaut encore.

La plupart des réformes que l'on offre resteront inopérantes. L'enseignement post-universitaire ne nous dotera pas d'omnipraticiens. Cet enseignement post-universitaire qui offre aux spécialistes un recyclage utile, efficace et apprécié ne sera d'aucune aide dans la recréation d'un corps de généralistes. Les omnipraticiens le boudent et continueront à le boudier. L'enquête de Fichelet analyse fort subtilement les causes psychologiques de leur refus : ils récusent comme maîtres les spécialistes hospitaliers qui, à leurs yeux, les ont abandonnés. Ils ne veulent plus avoir l'impression de retourner en classe. L'omnipraticien établi, accablé de besognes peu intéressantes, borne désormais ses ambitions à l'acquisition du C 2.

Ce n'est que dans une réforme des programmes de la formation des jeunes médecins que l'on trouvera la clé de la constitution d'un corps de généralistes, lorsque l'on aura défini leur rôle, l'étendue de la culture *clinique* qui leur est indispensable, leurs fonctions essentielles dans la nouvelle médecine.

Avec Péquignot (*Réalités*, 1968, n° 260, page 27) nous pensons que "la revalorisation de l'omnipraticien nécessiterait un tel retournement de valeur dans les milieux professionnels, dans les administrations sanitaires et dans l'imagerie populaire . . . que nous craignons qu'il faille que la situation s'aggrave encore beaucoup pour espérer un sursaut".

“Sur le plan universitaire, c’est le retour à un tronc commun d’études cliniques au contact des malades les plus banals qui devrait être le point de départ des études médicales et non l’objet d’un stage d’application en fin d’études.” On arriverait ainsi à sélectionner positivement vers l’omnipraticque médicale des étudiants qui continueraient leurs études en sachant ce qu’ils ont à demander aux sciences fondamentales et aux spécialités cliniques.

En effet, aujourd’hui, les généralistes sont ceux qu’une sélection négative laisse sur la grève après le flux des spécialistes. Avec Péquignot, on peut penser que c’est à l’aide de structures plus saines de l’enseignement que pourrait peu à peu se modifier la situation morale et matérielle de l’omnipraticien.

Comme chirurgien, préoccupé de l’enseignement de la clinique chirurgicale, je concevrais facilement la transformation des programmes pédagogiques de notre spécialité pour les adapter aux deux seules classes de médecins dont la formation doit être notre but : le médecin omnipraticien d’une part, le chirurgien d’autre part. Il faudrait donc deux pédagogies, deux programmes différents dans leur technique alors qu’aujourd’hui il y a un enseignement commun et uniforme pour tous les étudiants en médecine. En deuxième, troisième et quatrième année, on couvre un programme unique, bien trop vaste pour un futur généraliste et insuffisant pour un futur chirurgien.

Bien plus que les titres des sujets de programme, c’est la nature même des faits à enseigner qu’il faudrait reconsidérer.

Le médecin de famille sera le “primary doctor” des Américains, l’homme du choix, du triage, en se rappelant que ce triage a toujours été considéré comme l’acte médical le plus difficile, le plus lourd de responsabilités, celui qui, le premier, sera appelé au chevet d’un péritonitique, d’un fracturé, le premier auquel on demandera son avis pour un panaris grave, etc.

L’enseignement actuel cherche à faire de lui un petit chirurgien, l’oblige à apprendre des notions qui ne lui serviront jamais mais omet de lui présenter les alternatives essentielles dans lesquelles une faute ou une omission peuvent avoir des conséquences irréparables.

Pourquoi lui apprendre à faire le diagnostic étiologique des péritonites ? Mieux vaudrait passer le même temps à lui apprendre à distinguer les péritonites qui, toutes, exigent un recours chirurgical des abdomens médicaux aigus.

Pourquoi lui citer les diverses techniques d’exérèse des cancers rectaux si on ne lui a pas appris l’importance du toucher rectal chez tous les hémorroïdaires, vrais ou faux ?

Mieux vaudrait ne lui enseigner aucun des signes d’examen d’une fracture puisqu’en définitive, seule importe la lecture d’un cliché que le médecin omet parfois de demander, simplement parce qu’il s’imagine que par la clinique on peut distinguer une entorse d’une fracture.

Insister sur les caractères cliniques des douleurs dans la gastrite, l’ulcère ou le cancer est non seulement inutile mais nocif car cela conduit le médecin à une conception fautive de la valeur diagnostique comparative de la clinique et de la radiologie.

Par contre combien de notions modernes qui n’ont pas encore trouvé leur place dans nos programmes surannés : la pathologie des tumeurs carcinoïdes, des artérites abdominales, des dystrophies osseuses, des formes chirurgicales de l’amibiase, la pathologie chirurgicale exotique, etc. Toutes peuvent tendre au médecin des pièges dont le malade sera la victime.

Ces pièges sont si nombreux que l’on ne saurait les énumérer. Le but pratique d’un enseignement clinique, d’un enseignement résolument tendu vers la formation d’un généraliste doit être d’enseigner à l’étudiant les moyens de les déjouer.

Je ne connais pas de programme d'enseignement de chirurgie qui fasse la plus petite place au rôle des états psychologiques des malades dans la conduite du traitement des affections organiques. La chirurgie est le terrain d'élection de ces questions que le psychiatre connaît bien mal car il veut tout ignorer des lésions organiques du corps.

Ces problèmes n'offrent-ils pas un sujet d'enseignement plus important pour l'omnipraticien que l'anatomie pathologique des tumeurs malignes ou des frottis vaginaux. Aucun médecin praticien n'aura jamais le devoir de lire une coupe. Tout ce qu'on lui demande, et c'est essentiel, c'est de ne jamais oublier de demander un examen anatomo-pathologique quand ce dernier peut être utile.

Il est facile de dire que de fil en aiguille on abaisserait le niveau scientifique de l'omnipraticien et que l'on créerait un corps d'officiers de santé.

Le risque actuel est autre : c'est de faire des médecins savants qui n'ont rien de commun avec de savants médecins.

J. Parkes (*Journal of Medical Education*, tome 44, page 1, 1969) pense qu'en seize à dix-huit semaines d'enseignement dans les premiers cycles on pourrait donner à un étudiant la totalité des éléments scientifiques qui lui seront utiles dans le second cycle. En France nous y consacrons trois fois plus de temps mais qu'en reste-t-il d'utile en fin d'études ?

Etablir un programme de formation des médecins généralistes, qu'il s'agisse de chirurgie, de médecine ou de sciences fondamentales, c'est ajouter au programme du tronc commun une infinité de notions pratiques indispensables au "premier consulté", "au médecin de famille", au "surveillant constant" d'une pathologie incarnée aux actes divers : diagnostic, traitement, conséquences sociales, familiales, héréditaires.

Il y a deux manières d'enrichir un programme d'études : la mauvaise consiste à oublier que la durée des études et la capacité des acquisitions de l'esprit ont des limites. Toute surcharge des programmes conduit à l'abêtissement, à la confusion, au désordre intellectuel et, en définitive, à la formation de mauvais médecins.

La bonne consiste à dresser la liste des nouvelles connaissances indispensables et à retirer des anciens programmes une quantité équivalente de notions moins importantes.

Au risque de heurter certains médecins légistes pour lesquels j'ai autant d'estime que d'amitié, je prendrai dans leur curriculum un exemple qui peut s'appliquer à toutes les disciplines et d'ailleurs aussi, en premier lieu, à la chirurgie. Si je le fais c'est parce que l'enseignement de la médecine légale est un des mieux organisés dans nos Facultés. Il est évident que l'omnipraticien devrait être plus instruit qu'il ne l'est des problèmes médico-légaux que pose la médecine moderne. Par contre pourquoi lui enseigner, si peu que ce soit, la technique des autopsies ou l'identification des taches de sang. Jamais, comme omnipraticien, il n'aura à en pratiquer et s'il se livrait à de tels actes ses conclusions pourraient être désastreuses. Qu'il songe à soupçonner un empoisonnement devant une mort suspecte, quoi de mieux mais pourquoi devrait-il même entendre parler des techniques de recherche de l'arsenic ?

Ceci n'est qu'un exemple mais on trouverait encore bien plus de sujets inutilement enseignés en chirurgie, en médecine, en biochimie ou en physique sans parler de l'anatomie où l'on enseigne tout ce que l'omnipraticien peut ignorer et où l'on omet de lui inculquer solidement les rares notions qui lui seraient indispensables.

Quand on veut rénover un logis il faut bien accepter de jeter au feu de vieux objets inutiles. Si l'on veut sincèrement former des généralistes il faudra concevoir pour eux des programmes d'études résolument modernes, applicables, raisonnables, dépouillés d'oripeaux poussiéreux et surtout de tout ce

ce que le fétichisme de la spécialisation a peu à peu introduit dans nos enseignements.

Que ceux qui se sentiraient heurtés par de telles affirmations se rassurent : ces décisions déchirantes n'auront point à être prises car, aujourd'hui encore, hormis quelques contestataires utopistes comme nous, nul ne désire réellement que l'omnipraticien, le généraliste, joue dans la médecine moderne, le rôle qui devrait lui appartenir. Ceci démontre d'ailleurs l'inutilité de l'article que nous venons d'écrire.

Professeur J. GOSSET

(Revue du Praticien - 7-12-1969)