

**DU PRATICIEN AUTODIDACTE
AU MEDECIN DE HAUTE QUALIFICATION GENERALISTE
LE PASSAGE OBLIGE PAR NOTRE PROPRE RECHERCHE
SUR NOTRE DISCIPLINE**

Le temps plein hospitalier s'impose, en France, aux enseignants médecins de rang universitaire. L'exercice en ville leur est inaccessible depuis plus de vingt ans.

En conséquence, le corpus qui forme l'enseignement donné aux futurs généralistes est issu du seul champ d'action hospitalier. S'y ajoutent quelques notions élémentaires issues de champs d'activité scientifique tout aussi étrangers à la pratique généraliste, par exemple, la psychanalyse, l'épidémiologie, la sociologie.

Dans l'esprit de cet enseignement, la médecine générale est un espace vacant où le praticien remplit par "délégation" des fonctions visant à satisfaire à des besoins de même nature que ceux relevant de la médecine hospitalière, voire de la psychanalyse, de l'épidémiologie, etc... mais besoins que leur bénignité rend indignes d'une prise en charge approfondie.

Dans cette perspective, le rôle des associations de formation continue est de fournir les modalités et compétences pour continuer à exercer sur les praticiens installés le modelage si bien commencé dans nos Facultés de Médecine.

Partout dans le monde, le dogme de la vacuité du champ propre de la médecine générale est déjà largement battu en brèche, voire totalement abandonné. Nous-mêmes, en France, l'avons largement démontré. Il existe là-dessus des travaux et une bibliographie déjà considérables dont nous sommes tout prêts à donner à ceux qui le voudront une sélection significative.

Reste que l'emploi de termes différents pour distinguer des médecins exerçant leur art dans des domaines distincts, recèle un sens très important à considérer.

En France, le terme de praticien s'applique aux médecins généralistes seulement. Toutes les autres disciplines médicales se désignent par le terme de médecin spécialiste. Il est vrai que la Grande-Bretagne, pays de tradition, conserve le mot de "General Practitioner" ; par contre, aux U.S.A., c'est bien une spécialité qui a été fondée : celle de Family Physician. Quant à nos confrères allemands, ils distinguent nettement les "Praktische Ärzte", médecins praticiens, ceux qui s'installent dès la fin de leurs études médicales (ils sont 16.000), d'avec les "Allgemein Ärzte", médecins de médecine générale. Ces derniers, ils sont 13.000, s'installent après quatre années de formation additionnelle bénévole et tout entière gérée, contrôlée, évaluée, légitimée, par l'association de médecins généralistes de ville qui, ensuite, les regroupe.

.../...

On se tromperait à croire que seule compte ici la durée des études. Il s'agit aussi de leur nature.

Selon le dictionnaire Littré, le terme "praticien" s'applique au médecin ou au vétérinaire qui a acquis beaucoup d'expérience dans son art. Ceci posé, l'acquisition de l'expérience peut se faire selon des modes de qualité différente.

Le mode le plus élémentaire d'acquisition est empirique. Selon le dictionnaire Robert, est empirique ce qui reste au niveau de l'expérience spontanée ou commune et n'a rien de rationnel ni de systématique. Les bibliophiles connaissent le petit opuscule introduit par le poète René Char et édité par Guy Levis Mano en 1954. Il s'intitule "PETIT DICTIONNAIRE PORTATIF DE SANTE" par M.Lxxx et M. DE R... y en tire un exemple de ce type d'expérience acquise :

CEPHALALAGIE : douleur de tête violente. Il y a plusieurs espèces de douleur de tête : quand il n'y a que la moitié ou un côté de la tête d'affecté, on appelle cette maladie MIGRAINE. Quand la douleur n'excède pas la largeur de la tête d'un clou, on l'appelle le CLOU HYSTERIQUE.

On recommande les sangsues appliquées à l'anus et un régime humectant.

Nous sommes heureux de dire que ce mode d'acquisition de l'expérience ne fait plus autorité. Le plus fréquent mode d'acquisition est aujourd'hui pragmatique. Selon le dictionnaire Littré, ce terme se dit de : qui tire des faits étudiés en eux-mêmes leur esprit, leur ordre et leur liaison nécessaire.

Ainsi, la constatation que deux faits sont corrélés, par exemple que l'inhalation de cromoglycate de sodium (10^{m}udal) prévient le bronchospasme chez les asthmatiques pendant six heures, confirme le praticien dans l'acceptation à mémoriser qu'il s'agit bien d'un médicament et qu'il possède dans l'asthme bronchique un effet préventif des crises. De même, constatant un effet curatif des radiothérapies dans certains types de tumeurs et leur absence d'action dans d'autres, un cancérologue peut-il déterminer et mémoriser les qualités thérapeutiques de ces radiations, leurs indications et leurs limites. Si ces constatations se vérifient chez eux de façon régulière, ces deux praticiens auront acquis une expérience personnelle.

Pour donner à cette expérience un sens général, ils devront cependant faire usage d'un troisième mode d'acquisition, le mode scientifique.

.../...

Où'on se reporte alors à la définition du terme science par le dictionnaire Robert :

"Ensemble de connaissances, d'études, d'une valeur universelle, caractérisées par un objet et une méthode déterminés et fondés sur des relations objectives vérifiables."

On passe ainsi du privé au général. Ceci est valable pour les sciences d'observation, tout comme pour les sciences expérimentales. Toutes deux sont fondées sur une méthode évaluable et sur la reproductibilité régulière des phénomènes sous l'effet de lois qui sont censées les corrélérer.

On conçoit comment la concentration hospitalière de patients sélectionnés, d'équipes en formation et de moyens matériels, a permis aux spécialités médicales le développement de séquences scientifiquement fondées au sens propre du terme.

On comprend aussi combien l'isolement des praticiens et l'absence surtout d'institutions distinctes de recherche dont elle ait la maîtrise, inhibent la médecine générale dans son développement scientifique et confinent chaque praticien dans la formation autodidactique à sa propre pratique que, pragmatiquement, chacun d'entre eux est bien contraint de se donner.

Il va de soi que, cet état actuel des choses en France, comporte une stratification hiérarchique entre les disciplines hospitalières dont certaines séquences sont scientifiquement établies, et la discipline généraliste autodidactiquement constituée et dont la légitimité scientifique reste donc à établir.

C'est alors que des interventions modélisantes émanant des pratiques hospitalières peuvent acquérir un effet déstructurant si elles prétendent dépasser le simple stade de l'information et projeter leur modèle dans une pratique qui leur est étrangère.

Seul, le corpus élaboré par leurs propres modèles d'identification dans des cadres institutionnels distincts et qui leur appartiennent, sont en mesure de donner naissance à une médecine générale de haute qualification et produisant une recherche de niveau acceptable et pertinente à son objet.

Dans tous les pays de langue anglaise et ceux qui s'insèrent dans cet univers culturel, ces cadres institutionnels distincts existent aujourd'hui aux plans académiques et universitaires. Dans d'autres pays, comme chez nous, ce sont des sociétés scientifiques de droit privé, comme la Société Française de Médecine Générale, qui remplissent, avec des moyens moindres, les mêmes fonctions.

C'est là que nous allons chercher les travaux que nous publions. Dans le présent n° 30 des "Documents de Recherches en Médecine Générale", nous présentons deux exemples où l'on voit comment s'opère le passage du pragmatisme personnel à la généralité scientifique.

.../...

Le premier travail est une traduction d'une publication de notre confrère suisse, le Dr LANDOLT THEUS, dans *Allgemeinmedizin* en 1986. L'auteur vérifie la reproductibilité dans sa clientèle, en Suisse, des faits établis par R.N. BRAUN en Autriche, sur les situations morbides prises en charge par la médecine générale, leurs formes spécifiques et leurs fréquences régulières.

R.N. BRAUN travaillait sur la base de ses définitions personnelles concernant les situations morbides en fin de consultation. Il tenait ses définitions constantes et employait une méthode épidémiologique rigoureuse. Dès lors, il constatait des faits d'ordre général, se reproduisant année après année, tout au long de sa carrière médicale et ce, en trois lieux d'exercice successifs en Autriche.

Usant des mêmes bases, le Dr LANDOLT THEUS constate la reproduction des mêmes faits dans sa clientèle suisse en 1983-84.

Le second travail présenté dans ce numéro, est constitué par les deux premiers chapitres du rapport que nous avons nous-même déposé à l'INSERM cette année, à l'issue d'un contrat de recherche externe de trois ans, signé en 1984. Ce contrat portait sur "la réalité de l'inclusion du médecin généraliste dans l'équipe de soins au cancéreux".

Notre groupe de recherche S.F.M.G. incluait 8 généralistes, 3 sociologues, 1 médecin anthropologue psychiatre-psychanalyste. Chaque discipline a employé sa méthode propre, appropriée à l'objet.

Nous donnons, ici, le travail des généralistes et la conclusion du rapport dont l'intérêt réside, non seulement dans les résultats, mais aussi dans la méthode d'analyse sémiotique du récit selon les travaux de J.A GREIMAS et le schéma de la communication de Roman JAKOBSON. Ces méthodes nous paraissent des voies originales et d'une grande pénétration pour étudier certains aspects subtils du rôle régulateur de la médecine générale dans le système de santé.

Les chapitres concernant l'abord sociologique et anthropologique, seront publiés dans les livraisons à venir des "Documents de Recherches en Médecine Générale".

O. ROSOWSKY