

Apprendre à apprendre



Dr Guy Beuken
Médecine Générale
Membre du comité de lecture

Il est bien loin le temps où j'étais stagiaire dans un service de médecine interne dont j'admirais le patron, à qui j'essayais tant bien que mal de m'identifier. Je me souviens qu'à l'entrée d'un patient, le rituel était bien établi. Sans même connaître la raison de l'hospitalisation, je débarquais dans la chambre, le stéthoscope dépassant discrètement, mais ostensiblement, de la poche d'une blouse blanche repassée avec soins et fierté par ma Maman. À peu de choses près, les mots étaient toujours les mêmes : « Bonjour, je suis le stagiaire. Je vais vous poser quelques questions et ensuite je vous examinerai. Lorsque vous aurez fait votre radiographie des poumons, je ferai votre électrocardiogramme. Est-ce que l'infirmière est déjà venue faire votre prise de sang ? »

S'ensuivait une interminable liste de questions, certaines pertinentes, d'autres beaucoup moins, mais c'était la tâche de chaque stagiaire digne de ce nom. Je pense qu'on appelait cela « anamnèse systématique » parce que systématiquement le patient répondait n'importe quoi à partir de la 15^e question... Ensuite, examen exhaustif de tous les coins et recoins de l'anatomie du pauvre patient, qui ne comprenait pas toujours pourquoi on lui faisait faire les marionnettes alors qu'il était hospitalisé pour un calcul, qu'il venait d'ailleurs de pisser deux heures avant aux urgences ! Quand tout cela était consigné au dossier et que les résultats des examens complémentaires étaient disponibles, nous étalions toutes les données sur le bureau et nous commençons enfin... à réfléchir ! Je me suis laissé dire, par les carabins que je côtoie, que les choses n'ont pas fort changé.

La reconstruction d'un pont sur sept longues années, savoir probablement nécessaire à l'une ou l'autre étape de la formation, nécessite un véritable « reformatage » pour pouvoir pratiquer en médecine générale. Dans notre métier encore plus qu'ailleurs, ce modèle de raisonnement — qui consiste à interpréter une importante quantité de données collectées de manière non spécifique pour en extraire un diagnostic — ne convient pas. Nous procédons par hypothèses, que l'anamnèse du patient ou de son entourage nous suggère, hypothèses que nous vérifions aussitôt par des questions plus précises et par un examen orienté. Dans la mesure où l'hypothèse se confirme, nous poursuivons par des examens complémentaires si nécessaire et/ou par un traitement. Si l'hypothèse émise en première intention est infirmée, nous en élaborons d'autres suivant le même schéma jusqu'à l'obtention d'un diagnostic. Des chercheurs ont montré que l'on organise son savoir en fonction des tâches à accom-

plir⁽¹⁾. S'il s'agit de connaissances destinées à prouver l'acquisition des matières enseignées (réussir un examen par exemple), celles-ci sont organisées et adaptées pour réaliser cette fonction spécifique. Mais lorsque les connaissances acquises doivent servir à soigner un patient, « les bons circuits » ne sont pas encore fonctionnels et le savoir doit être réorganisé afin d'être utilisable. Je pense que l'on peut postuler que cette réorganisation est différente suivant la tâche

que chacun aura à accomplir ; l'organisation des « réseaux » d'un interniste ne sera donc pas la même que celle d'un médecin de famille. Chacun « revisitera » son savoir en fonction du milieu dans lequel il pratiquera, des contraintes dont il devra tenir compte (par exemple, le généraliste devra s'enquérir, beaucoup plus que le spécialiste, de l'aspect psychosocial), de

l'épidémiologie (la répartition étiologique des HTA n'est pas la même en première ou en troisième ligne), du plateau technique auquel il aura ou non accès, etc.

Dans cette optique, on peut aisément comprendre qu'il est indispensable que nous reprenions notre formation continue en main. C'est précisément ce que nous faisons de plus en plus. Ce qui était impensable il y a 20 ans est courant aujourd'hui : non seulement les généralistes élaborent leurs programmes de formation, mais surtout ils sont experts dans leur dodécagroupe, présentent eux-mêmes des exposés magistraux, fonction naguère réservée aux spécialistes, échangent entre pairs et animent des formations où se côtoient omnipraticiens et paramédicaux.

La revue que vous tenez en mains est un autre exemple d'appropriation de la médecine généraliste de sa FMC (à ce propos, nous vous invitons à découvrir notre manière de travailler lors d'une journée « portes ouvertes » durant laquelle, qui sait, vous prendrez peut-être goût à l'écriture... Voir les pages vie SSMG...)

Un exposé fait par le Docteur Lefèbvre lors de la convention des animateurs en février 2005 retrace l'histoire de la FMC du généraliste belge francophone et aborde le domaine de la qualité des soins. Cet article nous semblait intéressant, entre autres pour nos jeunes consœurs et confrères fraîchement diplômés, afin qu'ils puissent comprendre l'évolution de notre FMC. Toute l'équipe de la RMG, et la SSMG en général, leur souhaite la bienvenue et beaucoup de satisfaction en formation médicale continue !

Plus le
maître enseigne,
moins l'élève apprend.
Confucius

1. Schmidt H.G., Norman G.R., Boshuizen H.P. A cognitive perspective on medical expertise : Theory and implications. *Academic Medicine* 1990 ; 65 : 611-21.