

# ARTICULOS

## ENSEIGNEMENT ET ESPÉCIALISATION<sup>(1)</sup>

Professeur R. Merle D'Aubigné

Monsieur le Président,

Etre admis à l'Académie de Médecine de Barcelona n'est pas seulement pour moi un honneur émouvant.

C'est en quelque sorte la consécration d'un choix que j'ai fait à un stade avancé de ma vie, puisqu'il y a 25 ans exactement que nous avons choisi, ma femme et moi, de nous installer en Espagne pour des périodes de plus en plus prolongées qui ont abouti à une demi-résidence.

Ce lien n'était pas seulement de vacances et de soleil, comme c'est le cas pour tant d'Européens du Nord. Ce furent des liens de collaboration dans le travail — avec mes amis de Madrid, Sanchis Olmos, Vicente Senti Montagut —, mais surtout avec mes collègues de Barcelone: le Professeur Piu-lachs dont je reçus ma première invitation à donner une conférence en Espagne, puis Santos Palazzi par une participation répétée à ses «fin de semana» puis très régulièrement avec les délégués espagnols à la SICOT, San Ricart, Bastos Ansart, Palazzi, et finalement Esteve de Miguel, qui par sa personnalité et ses travaux et la réputation en particulier dans les pays de langue anglaise, contribue si efficacement au développement de l'orthopédie dans ce pays.

Mais il faut ajouter les liens multiples et durables établis avec les jeunes chirurgiens de ce pays qui sont venus se perfectionner à Paris, leur affection et leur reconnaissance me touchent infiniment. Et, depuis ma retraite, cultivant les agrumes avec les paysans espagnols courageux et généreux, j'ai la joie de voir se développer et fructifier les arbres que nous avons plantés et arrosés

avec l'eau que nous avons trouvée dans le sol, et la joie, encore plus grande de voir les chirurgiens que j'ai contribué à former, s'épanouir en une légion de spécialistes de qualité, rigoureux et enthousiastes et porteurs d'une belle récolte scientifique et humaine.

Ces liens sont particulièrement forts entre mon pays et la Catalogne. Ce pays qui fut la «Marche d'Espagne» de l'empereur Charlemagne dont l'histoire a été associée si intimement à celle de la France, tantôt alliée, tantôt adversaire, est bien le trait d'union, par la langue presque commune, entre la Provence de nos ancêtres et cette rive méditerranéenne d'Alicante où ma retraite a trouvé un climat si favorable.

Trait d'union, certes, les Catalans le sont pour nous avec le monde ibérique, mais aussi avec le reste du monde: grands voyageurs, épris d'aventure, de nouveauté, ils ouvrent largement leurs fenêtres sur le Monde. Dans la spécialité au développement de laquelle j'ai consacré ma vie, la chirurgie orthopédique, les chirurgiens de ce pays ne se sont pas limités à prendre, dans les pays étrangers qui sont à la tête du progrès, exemple et enseignement ils ont apporté une contribution de qualité et on ne peut oublier, que deux de mes amis de Barcelone, ont été appelés à y enseigner de façon prolongée, comme professeurs titulaires, l'un dans la vieille et fameuse université d'Oxford, l'autre dans la toute jeune université de Sherbrook, elle-même à caractère international puisqu'elle est à la fois francophone et anglophone. Couronnés par le succès, ils sont néanmoins tous deux revenus à leur ville natale.

Josep Trueta, mon vieil ami et contemporain, hélas, n'est plus parmi nous. Mais le

<sup>(1)</sup>Discurso de recepción como Académico de Honor. Febrero 1985.

jour où je suis reçu et honoré dans la ville à laquelle il était si profondément attaché, comment ne pas évoquer sa mémoire. D'abord connu pour ses travaux de chirurgie de guerre, il s'est acquis une renommée mondiale dans la discipline de l'appareil moteur, en sortant résolument des sentiers si fréquentés de la technique, pour chercher dans la biologie, la nature profonde des affections que nous avons à traiter. Bien peu d'entre nous peuvent prétendre être, comme il l'a été, aussi brillants au laboratoire qu'à la salle d'opérations: c'est grâce à lui que nous comprenons mieux le mécanisme de l'ostéogénèse et la nature intime des phénomènes de vieillissement que sont les arthroses dégénératives.

Il avait trouvé en Angleterre, notre spécialité déjà individualisée et fortement organisée et il fut avec ses collègues anglais de ceux, qui, m'ont aidé et soutenu, dans la longue et persévérante lutte que nous avons menée depuis 40 ans pour la développer en France.

C'est sur ce problème de la spécialisation, en médecine et surtout en chirurgie que je voudrais partager avec vous les réflexions que m'inspirent cinquante ans de pratique et d'enseignement de la chirurgie.

Tout le monde reconnaît qu'en matière d'enseignement et de recherche, une spécialisation de plus en plus limitée est nécessaire, la croissance constante des connaissances indispensables, en étendue et en complexité, leur évolution rapide forcent l'enseignant et le chercheur mais aussi celui à qui l'on adresse le cas le plus difficiles, à limiter son champ de travail.

Cette spécialisation de plus en plus limitée et multiple, si nécessaire qu'elle soit, comporte deux inconvénients graves: le premier danger est le risque pour le spécialiste d'être si absorbé par les problèmes scientifiques ou techniques qu'il néglige l'aspect humain de sa tâche. Je connais des médecins enseignants et chercheurs de grande valeur qui ne **voient** presque plus leurs malades, leurs **parlent** encore moins, et ne les **écoutent** plus du tout, et des chirurgiens qui sont surtout des intermédiaires entre la radiographie et le matériel.

Le deuxième inconvénient, c'est la diffi-

culté de former les praticiens non spécialisés et les spécialistes à large spectre.

On doit d'abord se demander sur quelles bases diviser la science médicale pour que le champ imparti à un médecin soit assez homogène pour couvrir à la fois le souci du progrès et celui de l'efficacité des soins.

Ne parlons pas des confrères qui se spécialisent dans les soins aux malades aisés, ni même des hôpitaux réservés à telle catégorie professionnelle, religieuse ou nationale: ces divisions sont contraires au but de la spécialisation. Mais on peut discuter la valeur d'une division pourtant largement pratiquée, celle basée sur l'âge: après les pédiatres qui ont montré leur valeur, voici maintenant les gériatologues. Les problèmes posés par l'âge sont spéciaux c'est vrai. Mais les limites sont gênantes. Et elles deviennent insupportables quand elles se superposent à une autre division: ni la neurologie, ni la néphrologie, ni l'oncologie, ni même l'orthopédie ne gagnent à être trop nettement divisées entre enfants, adultes, vieillards.

Les techniques thérapeutiques sont souvent un facteur impératif de spécialisation. On l'a bien vu avec la radiologie à laquelle les progrès de la physique apportent sans cesse de nouveaux et stupéfiants moyens d'exploration et aussi de thérapeutique.

Mais la grande division est celle qui sépare la médecine de la chirurgie.

Il y a trois siècles, elle est séparée, parmi les médecins, ceux qui avaient acquis la pratique des manipulations anglantes ou non, auxquels se sont joints les preteurs de couteaux, les barbiers, lorsqu'ils avaient appris le latin et acquis quelques connaissances médicales.

La division entre médecine et chirurgie est assez profonde: elle a séparé et sépare encore les intellectuels qui se sentent supérieurs, des **manuels** préservés du complexe d'infériorité par la faveur des patients. Mais elle tend à s'effacer, au niveau de la recherche et de l'enseignement, au profit de la spécialisation **per appareil**, par grandes fonctions: c'est entre médecins et chirurgiens s'occupant du même appareil que les échanges sont les plus fructueux: gastro-entérologues et chirurgiens digestifs, neurologues et neurochirurgiens, rhumatologues

et orthopédistes etc... Les mêmes connaissances anatomiques, biologiques, pathologiques leurs sont nécessaires, et l'apparition de moyens médicaux se substituent aux actes chirurgicaux rend une bonne liaison indispensable. Cette évolution a été très nette dans ma spécialité, celle de l'appareil moteur.

Cette spécialité dite orthopédie, s'est isolée et organisée de la fin de la première guerre mondiale en Angleterre sous l'impulsion de Robert Jones, d'où elle a gagné tout l'empire britannique et les Etats Unis. D'Italie, servie par la forte personnalité de Vittorio Putti, elle a gagné l'Amérique Latine. Dans ce pays, les orthopédistes, aussi médecins que chirurgiens, traitent les affections motrices des enfants, comme des adultes en utilisant, suivant les cas, les moyens non sanglants ou les techniques opératoires.

En France l'organisation très rigide de la chirurgie a très longtemps empêché cette évolution: les progrès rapides de la chirurgie viscérale et le prestige de ceux qui l'exerçaient, reléguaient dans l'ombre la chirurgie orthopédique confiée à des jeunes ou à des assistants non professeurs. Personnellement, attiré par la discipline qui avait pour but non seulement la conservation de la vie, mais la restitution de sa qualité de la fonction, je fis entre 1930 et 1940 des voyages en Angleterre, en Autriche, en Italie et je pris la résolution de suivre cette voie.

Mais il a fallu la 2ème guerre mondiale pour qu'après quatre ans d'isolement complet sous l'occupation allemande, nous puissions avancer dans cette direction, en amorçant avec nos collègues anglais et américains une coopération amicale. Les progrès de la réanimation, de l'anesthésie, de la lutte anti infectieuse, de la technologie des métaux et des matières plastiques ouvraient à la chirurgie une place large et pleine de promesses dans le traitement des lésions ostéoarticulaires.

En 1944, il n'y avait en France qu'un seul service universitaire spécialisé en chirurgie orthopédique, celui auquel j'ai eu la chance d'être élu. Je crois qu'en Espagne, il n'y en avait aucun. Les jeunes chirurgiens venaient à nous en nombre de France et de l'étranger pour s'engager dans cette voie nouvelle.

Aujourd'hui, dans nos deux pays, la chi-

irurgie de l'appareil moteur est une spécialité organisée et forte de la valeur et de l'enthousiasme des hommes jeunes qui s'y sont consacrés.

Cependant, dans tous les domaines de la médecine un problème se pose: comment concilier la spécialisation de plus en plus étroite et multiple des centres universitaires, indispensable au progrès et à la recherche, et la nécessité de donner, aux praticiens (médecins et chirurgiens) qu'ils sont chargés de former, le large spectre de connaissances théoriques, mais surtout pratiques dont ils ont besoin pour soigner la population? Comment ne pas laisser les spécialistes oublier, dans l'exigence scientifique et technique, la primauté des devoirs humains du médecin?

Avant de se pencher sur l'organisation, la durée, le lieu des études, ne croyez vous pas, mes chers collègues, que nous devrions, en priorité, ajuster aux réalités présentes notre approche mentale de la valeur respective du spécialiste et du généraliste?

Il est juste et normal qu'une sélection progressive dirige vers les centres universitaires ceux qui ont, ce que les Anglais appellent «l'esprit académique» c'est à dire, le goût et la capacité de l'enseignement et de la recherche, choix qui comporte aujourd'hui la spécialisation à un appareil, à une fonction.

Mais il est injuste de considérer les médecins généralistes praticiens, comme le **résidu** de cette sélection et anormal qu'ils soient défavorisés non seulement sur le plan des revenus, mais sur celui de la **considération** et surtout sur celui de la **qualité de la formation**. Je dis **qualité** et non pas durée, car pour tous les médecins la formation ne devrait plus être limitée dans le temps, mais organisée pour se poursuivre, continue pendant toute la carrière active. Le médecin praticien, par l'étendue des connaissances qui lui sont nécessaires, par le contact direct et continu avec les malades, par les responsabilités qu'il est amené à assumer seul, est celui d'entre nous qui porte la fardeau le plus lourd, mais aussi le plus noble, celui du contact humain.

Et puisqu'ici, comme dans toute ma vie, je me présente en défenseur de la spécialité, je n'hésite pas à dire que la médecine géné-

rale est la spécialité la plus difficile et la plus importante. Orienter vers elle ceux qui possèdent les qualités de cœur et le courage indispensables et leur donner la formation nécessaire devrait être le premier devoir des enseignants (devoir que je n'ai découvert, je l'avoue, qu'après ma retraite, en vivant hors de la ville au contact des médecins de campagne).

Quant à la chirurgie générale classique, qui ne tardera pas à achever sa disparition progressive dans nos pays à population dense et à forte médicalisation, elle est encore nécessaire dans de nombreux pays sous-médicalisés: aux jeunes hommes qui y travaillent, nous avons la charge de l'enseigner. Le faisons nous vraiment? La chirurgie de l'homme isolé en Afrique ou en Asie est, elle aussi, une spécialité, différente de celle que nous avons apprise puisqu'elle devrait comporter **toute** les urgences, de la plaie artérielle au glaucome, de l'écrasement d'un membre à la mastoïdite, en passant par les dystopies et même le coma urémique. Ce homme devraient être formés, bien sûr à la chirurgie **courante**, viscérale et ostéoarticulaire, mais aussi à reconnaître et savoir diriger vers les centres éloignés les cas graves qui peuvent être transportés.

Mais, dans nos hôpitaux de petite ville la chirurgie est divisée en deux branches égales, toutes deux **générales**: la viscérale et l'orthopédique. Là où elle ne l'est pas, elle devrait l'être. C'est celle des villes dont la population desservie peut occuper quatre chirurgiens, deux de chaque branche pour que la continuité soit assurée et la formation continue possible.

Je ne reviendrais pas sur les raisons qui imposent cette division: techniques différentes, matériel et instrumentation différentes, esprit différent en thérapeutique visant la fonction; et surtout la formation de ces chirurgiens, qui, si elle était trop étendue, resterait trop superficielle? Au Centre Universitaire où a lieu l'essentiel de leur formation les services sont de plus en plus spécialisés. Le danger d'isolement des hyperspécialistes, la difficulté de donner aux praticiens peu spécialisés une formation complète et de les entraîner à ce contact humain qui sera leur pain quotidien, nous

oblige à repenser la structure de nos centres hospitalo-universitaires.

Consulté il y a quelques années par une ville universitaire Suisse sur la place à donner à l'orthopédie dans l'organisation de l'hôpital qu'ils s'apprétaient à construire, je me permis de déborder mon sujet et de faire le plan de ce qui me paraissait devoir être l'hôpital d'enseignement du 21<sup>ème</sup> siècle. L'idée était, de favoriser à la fois l'orientation scientifique et progressive des services spécialisés, et l'orientation humaine et pratique de la formation des jeunes. Le premier but était visé en associant intimement les médecins, les chirurgiens et les scientifiques qui s'intéressent au même appareil. Un secteur consacré à la vie de relation réunissait les neurologues avec les neurochirurgiens, et aussi les rhumatologues et les rééducateurs moteurs, les orthopédistes, les chirurgiens de la main et plastique. Le secteur consacré à la vie végétative comprenait des départements médico-chirurgicaux, digestifs, cardio-vasculaire, respiratoire, néphro-urologique.

Mais pour favoriser le 2<sup>ème</sup> but, la formation pratique et l'orientation humaine, je voyais ces départements spécialisés établis en couronne autour d'un service central orienté sur la pratique et la formation des médecins que en pas spécialisés.

Ce service de médecine générale devrait avoir une structure différents des services spécialisés pour lesquels une organisation hiérarchique est nécessaire. Il devrait être largement ouvert aux praticiens qui, après y avoir acquis leur formation, y garderaient leurs entrées, la possibilité d'y suivre leurs malades et, par là même, de se tenir au courant des progrès continus. Car chacun des services spécialisés participerait aux soins et à l'enseignement dans ce service central.

C'est de ce service aussi que dépendrait le service d'urgence, aussi bien médical que chirurgical, car se sont les problèmes d'organisation qui lorsque les mêmes soins doivent pouvoir être dispensés 24 h sur 24 et parce que la connaissance des urgences de toute nature est la plus indispensable aux médecins non spécialisés. Même pour ceux qui se spécialiseront plus tard, cette formation pratique étendue est nécessaire. C'est au contact des malades que nous devons for-

mer jeunes médecins et jeunes chirurgiens. Et c'est à nous, enseignants, à leur donner non seulement les connaissances, mais aussi par l'exemple l'intérêt et la considération pour le malade si souvent négligés.

Si, en plus, nous pouvons leur donner l'enthousiasme pour ce métier merveilleux qui a la singularité de nous permettre de rendre service à nos semblables directe-

ment d'une façon désintéressée, sans que s'interpose une organisation administrative, si cet enthousiasme les amène à s'intéresser à leur service plus qu'à eux mêmes; alors nous pouvons être sûrs, non seulement qu'ils rempliront leur mission, qu'elle soit de soins, d'enseignement, de recherche, mais encore qu'ils trouveront, comme nous l'avons trouvé, le bonheur dans le travail.