

Médecine universitaire : réanimation en cours

Crise mondiale dans la médecine universitaire¹. C'est par ces mots que commence l'appel lancé par les rédacteurs du *BMJ*, Jocelyn Clark et Richard Smith, pour «revitaliser et réinventer la médecine universitaire». Leur appel à l'action découle d'un rapport récent de l'Academy of Medical Sciences sur l'état de la médecine expérimentale au Royaume-Uni². Le R.-U. perd son attrait comme lieu de recherche clinique, se plaint le groupe de travail de l'Académie, à cause d'une perte de capacité en établissements, personnel et financement, ainsi que d'obstacles au niveau de l'organisation, du comportement et de la réglementation. Le groupe de travail recommande de nouvelles structures de financement, des mesures incitatives sur le plan professionnel, des immobilisations, la «modernisation» du «contexte de réglementation» et la création de réseaux internationaux (c'est-à-dire européens) de recherche clinique. Tous ces éléments nous semblent bien connus au Canada, où le climat de recherche est glacial, affirment divers commentateurs^{3,4} (même si le groupe de travail mentionne spécialement «l'exemple encourageant» des Instituts de recherche en santé du Canada). Les chercheurs du Canada ont tendance à considérer que le verre du financement est à moitié vide et non à moitié plein. C'est pourquoi notre propre conseil de rédaction s'intéresse sur-le-champ et avec enthousiasme à l'initiative du *BMJ*.

Quelle est la place de la médecine «universitaire» dans la pratique de la médecine au XXI^e siècle? Le qualificatif «universitaire» jouit d'une popularité néoclassique de nos jours, même si le jardin de Platon est indéniablement loin de nos sensibilités modernes. Le mot «universitaire» en est venu à signifier en grande partie théorique, abstrait, voire sans intérêt. Depuis la réforme scientifique de l'éducation médicale de Flexner au début du dernier siècle, il existe une tension entre les cultures universitaire et professionnelle de la médecine^{5,6}. En 2004, le *Zeitgeist* de la médecine universitaire reflète un phénomène plus général que nous pourrions qualifier de commercialisme technologique. Les universitaires souhaitent peut-être ardemment revenir à une époque où la pratique et l'enseignement de la médecine étaient plus simples et moins bousculés et où, comme on nous le dit ou comme nous aimons nous le rappeler, il y avait du temps pour la réflexion, mais ils se retrouvent dans d'innombrables réunions et comités, à rédiger constamment des demandes de subventions et des rapports tout en enseignant à des étudiants dans un jardin universitaire où règne le fouillis des exigences de programmes rivaux, engorgé de «partenaires de l'industrie».

Y a-t-il crise, ou regrette-t-on simplement une époque plus bienveillante (et privilégiée)? La transformation de la médecine qui est passée du secteur privé au domaine public, constitue peut-être le changement le plus remarquable. Flexner considérait en fait le médecin comme «un instrument social»⁵. Les universitaires d'aujourd'hui ne sont plus le petit groupe (composé presque exclusivement) d'hommes qui contrôlait les facultés de médecine et les hôpitaux : ils font plutôt partie d'un groupe élargi de personnes siégeant à des conseils de régie et des comités interdisciplinaires qui rendent compte aux autorités publiques, sont jugés par elles et, de plus en plus, par le public. Certains pour-

raient conclure qu'en s'adaptant à ces changements, la médecine universitaire s'est affaiblie au lieu de se renforcer.

Un autre changement découle de la réussite et de l'expansion énorme de la recherche sur les sciences de la santé, et en particulier de la génétique moléculaire. Comme la recherche moderne est plus complexe et plus coûteuse, les gouvernements et les universités ont dû conclure des partenariats avec des commanditaires de l'industrie. Le virage de la recherche, qui délaisse les applications cliniques pour tendre vers la recherche théorique de haute technologie, et le virage du financement (et des programmes de recherche) public vers le secteur privé font certainement partie du malaise.

L'accélération de la sous-spécialisation de la recherche a de plus transformé la médecine en un fouillis de spécialités et de sous-spécialités. Il faut maintenant parler de «traduction du savoir». Ces phénomènes ont de profondes répercussions sur les programmes d'études. Pouvons-nous nous attendre à ce que les étudiants en médecine ou même les résidents terminent leurs études dotés de la vaste compréhension des sciences nécessaire pour pratiquer la médecine «universitaire»? Ou suffit-il de terminer leurs études en maîtrisant des lignes directrices et des énoncés consensuels, un peu comme un livre de cuisine?

Il ne faut pas oublier les problèmes osleriens au chevet du patient. Les médecins voient maintenant des patients qui se croient mieux informés, qu'ils soient ou non plus sages au sujet de la santé que leurs parents et leurs grands-parents. Armés de renseignements trouvés en vrac sur le web sans limite, les patients d'aujourd'hui craignent que leur médecin n'absorbe l'information plus lentement qu'un modem. Eux-mêmes insécurisés par l'évolution rapide de la science et des technologies nouvelles, les médecins peuvent penser que la médecine n'est plus ce qu'ils ont déjà connu ou la vocation à laquelle ils aspiraient.

Il y a bien plus que la disparition des possibilités de recherche clinique qui menace la médecine universitaire. Clark et Smith préconisent la création d'un conseil consultatif international et sollicitent l'aide de tous ceux et celles qui souhaitent sauver et renforcer la médecine universitaire. Après avoir sondé les membres de notre conseil de rédaction, nous avons envoyé plusieurs candidatures canadiennes au *BMJ*. Nous appuyons bien entendu la campagne du *BMJ*. — *JAMC*

Références

1. Clark J, Smith R. BMJ Publishing Group to launch an international campaign to promote academic medicine. *BMJ* 2003;327(7422):1001-2.
2. Strengthening clinical research. A report from the Academy of Medical Sciences, October 2003. Disponible à l'adresse : www.acmedsci.ac.uk/p_scr.pdf (consulté le 2004 janvier 12).
3. Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. *Leçons de la crise du SRAS: renouvellement de la santé publique au Canada*. Ottawa (ON): Santé Canada; 2003.
4. Avis de décès: le groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs [éditorial]. *JAMC* 2003;169(11):1139.
5. Flexner A. *Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. New York: La Foundation; 1910. Disponible à l'adresse : www.carnegiefoundation.org/eLibrary/docs/flexner_report.pdf (consulté le 2004 janvier 12).
6. Rae A. Osler vindicated: the ghost of Flexner laid to rest. *JAMC* 2001;164(13):1860-1.