

Mots clés :

Compétence professionnelle ; Formation médicale continue ; Soins de santé primaire [Continuing Medical Education; Professional Competence; Primary Health Care]

## Bibliomed : quelle est notre légitimité à écrire ?

La question n'est pas spécifique à *Bibliomed*. Elle concerne tout mode de transfert des données scientifiques. Pourquoi un *praticien*, quelle que soit sa spécificité d'exercice, écrirait-il la médecine, même sous couvert de relecture vigilante de ses pairs ? Entre la *création* des connaissances, domaine du chercheur, et leur *utilisation* au quotidien, domaine du clinicien, les interactions et interférences sont innombrables. Entre questions testées par les premiers et savoir issu de la réflexion sur les pratiques des seconds<sup>1</sup>, il n'existe pas de connaissance *universelle*, utilisable à tout moment et pour tout patient. Il y a donc, outre l'actualisation nécessaire, sélection et contextualisation des données utiles<sup>2</sup>. La question de la *légitimité* à écrire est celle des conditions optimales du transfert des données scientifiques, pour les utiliser au mieux au service des patients.

### 1<sup>ère</sup> clé : faits et niveaux de preuve

Schématiquement, la réponse à une question clinique correctement posée a 3 composantes : *qui* est concerné par la question (quelle personne, quel groupe...) ? *quoi* (quelle action est envisagée, si nécessaire quelle pourrait être l'intervention témoin, médicament ou examen, quel est le risque de développement d'une maladie, etc.) ? *pourquoi* (quel est l'objectif recherché, sur quel critère vais-je estimer qu'il est atteint) ?<sup>3</sup>. La veille et les recherches complémentaires de réponses dans la littérature médicale – nécessitant sa lecture critique et l'évaluation des niveaux de preuves – sont le premier critère de légitimité de toute tentative de publication de synthèses utilisables pour la pratique.

### 2<sup>ème</sup> clé : le crible du « métier »

La médecine de soins primaires est habituellement le point de premier contact du patient avec le système de santé, qu'il s'agisse de prévention, d'intervention au stade précoce des maladies, de prise en charge simultanée de différents problèmes de santé. C'est une médecine centrée sur la *personne* et non la *maladie*, tentant une approche globale (dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle), inscrite dans la durée. Écrire pour cette cible professionnelle implique une double prise en compte des données scientifiques acquises à ce jour et de leurs particularités d'application en soin de premier recours. Pour la question posée par ce malade, les données sélectionnées doivent avoir été établies dans le contexte des soins

primaires ou y être pertinentes. Mais s'appliquant à un patient par définition virtuel, celui des essais, d'où nos patients réels sont souvent exclus, elles nécessitent une transposition, un transfert. Le crible *métier* est donc la seconde clé de la légitimité d'écriture. Même si de nombreuses passerelles et complémentarités sont nécessaires avec les secteurs secondaires ou tertiaires, cette seconde clé nous semble essentielle<sup>4</sup>.

### 3<sup>ème</sup> clé : le normal et le pathologique...

Une bonne partie des motifs de consultation en soins primaires évoluent sur un mode mineur et n'émergent pas dans le champ du soin secondaire. Pour une part non négligeable, ils n'ont pas de cause organique : le rôle fondamental du praticien est alors de dire et faire entendre la « normalité » en prenant en compte l'ensemble des aspects bio-psycho-sociaux. D'où la nécessité de formuler correctement la question, pour savoir arrêter ou différer les investigations et recours, tout en continuant les soins, pour protéger le patient contre une médicalisation excessive, en évitant tests, dépistages, et traitements superflus. Troisième clé de notre légitimité à écrire, que rappelait un centre de recherche canadien<sup>5</sup> : « *le transfert des données scientifiques est échange, synthèse et mise en œuvre éthique, au sein d'un système d'interactions complexes entre chercheurs et praticiens* ». Objectif : La production de données pratiques, actualisées, fiables, analytiques, fouillées, faciles d'accès, immédiates, partagées, confirmées...

## Que conclure pour notre pratique ?

La question de l'écriture de synthèses utiles concerne précisément la recherche des données les plus exhaustives et pertinentes sur la question posée. Elles sont surabondantes : il est évidemment impossible de lire les quelque 100 000 publications annuelles, les critiquer, les interpréter et s'en souvenir. Différentes institutions proposent des référentiels et textes réglementaires indispensables à l'exercice. Notre pari est que nous pouvons et devons assurer le relai et le complément, sur les questions ponctuelles qui se posent au quotidien.

Les soins primaires souffrent dans notre pays de l'absence d'un réel rapport existentiel entre écriture et pratiques. Pourquoi écrivons-nous ? La réponse à la question est assurément complexe<sup>6</sup>. Notre légitimité à le faire est après tout auto-proclamée. Au lecteur de juger si cela est justifié ou non, semaine après semaine, depuis presque 20 ans maintenant.

### Références

- 1- Schön DA. *Le praticien réflexif* (trad Heynemand J, Gagnon D). Paris: Logiques; 1997.
- 2- Graham ID et al. *Lost in Knowledge Translation: Time for a Map?* J Continuing Education in the Health Professions. 2006;26:13-24.
- 3- Sackett DL et al. *Evidence based medicine: how to practice and teach EBm*. London: Churchill-Livingstone; 1996.
- 4- WONCA. *La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille*. WONCA EUROPE; 2002.
- 5- Tetroe J. *Knowledge Translation at the Canadian Institutes of Health Research: A Primer*. Technical Brief N° 18. 2007.
- 6- Peile E. *Why we write. Education for primary care*. 2009;20:2-3