

Articles spécialisés :

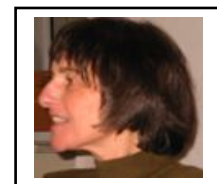
- Pourquoi choisir aujourd'hui la médecine générale. Un article de François Baumann, paru dans Primary Care (Revue Suisse de Médecine Générale)
- Compte rendu d'un Atelier sur le Burn Out du médecin généraliste. (Séminaire de formation et de réflexion SFTG Saclay en mars 2002)



Liste des articles :

- Editorial 1
- Pourquoi choisir aujourd'hui la médecine générale 2
- Le burn-out du médecin 5
- Attention aux bébés 6
- Des fichiers joints lisibles par tous 7
- Les maux de l'autre 7
- Agenda 8

Editorial



La Constance du Médecin*

L'écrit dans le domaine médical est souvent mercenaire et cependant depuis des années un petit groupe de professionnels (c'est nous !) résiste et même écrit avec les mots que d'Alembert souhaitait que tout intellectuel ait gravé devant sa table de travail : liberté, vérité...pauvreté. Restons-en à la liberté, celle qui nous tient à distance des pressions qui s'exercent sur des médecins généralistes comme nous : politique, économique, idéologique ; celle qui nous permet d'aborder et d'explorer les multiples chemins qui s'ouvrent à notre curiosité, celle qui nous confère le ton et la diversité des contenus de nos actions et réflexions.

Les « Ecrits » de la SFTG sont le nouvel espace que nous vous proposons. Tous les 2 mois y seront rassemblés les écrits que vous nous ferez parvenir, qu'ils concernent vos réflexions sur la profession, sur un événement qui y a trait, une information importante à faire connaître, le compte rendu d'une réunion ou d'un séminaire de formation particulièrement intéressant... Il faut que cette revue devienne le reflet de notre diversité mais aussi de notre sensibilité et de notre spécificité. Qu'elle dessine au travers de nos mots les traces que nous imprimons dans cet espace ou nous intervenons.

Isabelle de Beco

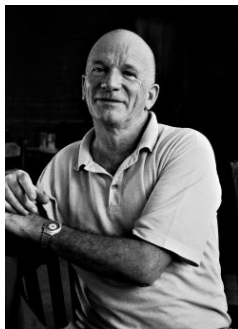
Présidente de la SFTG

**Ce titre fait allusion au roman écrit par Jonh Le Carré en 2001 et paru au Seuil intitulé « La constance du jardinier » et dans lequel apparaissent toutes les contradictions et la violence autour de l'industrie pharmaceutique.*



Pourquoi choisir aujourd'hui la médecine générale

Les nombreuses modalités d'exercice et les innovations que la médecine générale connaît aujourd'hui incitent à réfléchir sur sa place par rapport aux spécialités et sur son avenir. En témoignant de ses nombreuses années d'expérience de médecin généraliste et en partageant ses convictions sur ce qui fait l'originalité de la médecine générale, le Dr François Baumann, président fondateur de la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) en France a non seulement «défendu» la médecine générale mais aussi et surtout montré l'aspect attrayant de celle-ci.



François BAUMANN
Président Fondateur
de la SFTG

Si l'on tient compte du recours excessif à des explications spécialisées et puisque nous sommes de plus dans une société de la spécialité, on est en droit de se demander s'il est bon de choisir aujourd'hui d'exercer la médecine générale. Et pourtant, il s'agit de la médecine par excellence «celle autour de laquelle gravitent les spécialités» qui sont d'une apparition relativement tardive, l'ensemble formant un système interactif cohérent. La médecine générale aurait-elle besoin de retrouver une certaine légitimité, de reconsidérer son image? Peut-être. Ce qui est certain, c'est qu'elle représente une spécialité à part entière bien que non reconnue comme telle.

Une médecine plurielle et universelle
Ainsi que son nom l'indique, c'est par la diversité que la médecine générale se distingue; on pourrait même dire que la diversité est sa spécificité. Qu'y a-t-il en effet de commun entre une hypertension artérielle, une grippe, une entorse, des varices, une crise d'urémie ou encore une cystite? A priori rien, sinon leur appartenance à l'univers quotidien du médecin généraliste. Un univers ancré dans l'universalité, fondatrice de l'idée que je me fais de la médecine générale et qui peut s'appuyer sur une citation de Pascal: «Il est bien plus beau de savoir quelque chose de tout que de savoir tout d'une chose». Une diversité telle que le médecin généraliste doit faire preuve d'une grande capacité d'adaptation : une personne déprimée ne demande pas le même type d'attention qu'une personne grippée ou qu'un enfant souffrant. L'exercice de style est délicat. Adaptation constante

est un maître mot de la médecine générale. Cette vision de la médecine générale implique le praticien dans l'exercice d'une discipline équivalente à «un art qui utiliserait des instruments scientifiques» mais aussi un peu à la manière des arts martiaux. Pourquoi un art? Parce qu'il n'y a pas de science du particulier. On ne sait pas encore ce qu'est la science d'un individu, on n'est pas encore près de le savoir et en s'en approchant on s'en éloigne peut-être aussi, comme c'est souvent le cas dans la démarche scientifique.

La part scientifique proprement dite, réside dans le savoir indispensable à la formation du médecin acquis à la faculté de médecine mais qui, à lui seul, n'est pas suffisant, même s'il est absolument fondamental, c'est ainsi que le sens, l'intérêt voire la grandeur de la médecine générale est qu'elle va au-delà de sa part scientifique pour atteindre cette dimension artistique qui sous-entend: attention à l'autre, curiosité et envie permanente de se perfectionner.

Des qualités relationnelles nécessaires et indispensables

Le métier de médecin généraliste repose donc sur cet équilibre entre part scientifique et part artistique, cette dernière reposant à son tour sur des vertus indispensables que sont: la patience, la douceur, la compassion, ou encore le respect d'autrui dans sa personne comme dans l'originalité de son être. Toutes ces qualités qu'on attend d'un médecin doivent servir la relation médecin-malade qui ne cesse d'évoluer. En effet, la pensée médicale change de telle sorte que l'on s'oriente de plus en plus vers un échange de conscience à conscience alors qu'il n'y a pas si longtemps on parlait de la rencontre d'une confiance et d'une conscience! Deux consciences qui se rencontrent cela signifie une autonomisation du patient toujours plus grande d'une part, et une approche communicative du médecin plus adaptée d'autre part. Pour faire de la médecine générale avec plaisir, pour aimer ce métier, il faut aimer communiquer c'est-à-dire mettre en commun et non pas se contenter d'asséner une médiparole à un moment donné; la démarche que l'on doit avoir quotidiennement, c'est l'échange. Ce patient qui arrive chez son médecin avec un article de journal

pour s'assurer que ses connaissances sont à jour ou cet autre qui veut qu'on lui prescrive le dernier médicament qui vient de sortir parce qu'il l'a vu sur Internet, sont des pratiques qui vont aller en s'intensifiant, trouvant leur origine dans le déploiement médiatique que l'on connaît aujourd'hui. Cette évolution ne doit pas effrayer les médecins, même si certains s'en plaignent; je dirige des associations de médecins à un niveau national et j'ai beaucoup de médecins autour de moi. Je vois bien qu'ils réagissent de manière très épidermique. Quelle attitude doit adopter le médecin généraliste dans de pareils cas? Celle de l'échange, consiste à ne pas se renfermer derrière un orgueil professionnel mais plutôt à discuter avec la personne – soit vous savez ce qu'est ce médicament nouveau et vous pouvez choisir de le donner – soit vous ne le savez pas – ce qui est possible mais pas dramatique – la médecine générale est un être organique, elle bouge, elle change, elle vit, et demande là encore une adaptation phénoménale – c'est un organisme vivant dont le représentant, le médecin généraliste ne peut se contenter d'être une sorte de supermarché du diagnostic et du traitement.

La formation

Est-ce que le savoir enseigné à la faculté est adapté à cette pratique où le relationnel prime? Probablement pas, puisqu'il est de toute façon, donné par des enseignants qui eux-mêmes n'ont pas le vécu de cet exercice. Où l'on revient à la notion artistique exprimée plus haut: quand on ne vit pas dans son art on ne le connaît pas véritablement, on en entend parler c'est tout; c'est intéressant mais limité. Qu'en est-il alors de la formation initiale en médecine générale?

Un enseignement incomplet mais en progrès

Il y a manifestement un désir des enseignants universitaires d'améliorer le contenu de l'enseignement de la médecine générale, d'en faire quelque chose de mieux adapté; il y a tout un cursus d'enseignants généralistes qui vont des chargés d'enseignement aux professeurs associés; tout cela est un acquis relativement récent qui date de ces dernières années, c'est un progrès fon-



damental pour cette discipline qu'est la médecine générale et même si tout n'est pas parfait, notamment du point de vue du contenu, l'institutionnalisation est en cours; la médecine générale grâce à cette progression sera à part entière dans l'université, reconnue par ses pairs. Mais tout ça n'est pas suffisant, et il existe un véritable contenu extrêmement complexe de la médecine générale, qui touche à la fois aux sciences humaines et à des savoirs multiples. La médecine générale ne s'arrête pas le soir après une journée de travail: c'est un métier qui impose de se former en permanence, dont la qualification doit être remise en cause à chaque instant. Autour de quoi s'articule cette qualification? Trois types de savoirs composent la médecine générale: le savoir, le savoir-être et le savoir-faire. Le premier est assuré par l'université, les deux autres jusqu'à présent, ont vu leur prise en compte dans la création de la maîtrise de stage qui réalise un progrès évident; on est dans le vécu, dans l'action, le stagiaire est là qui regarde, se calque plus ou moins sur ce que fait le médecin et surtout une relation se crée, proche de la réalité du terrain, le stagiaire vient avec moi en visite bien sûr, en consultation, mais aussi aux réunions de formation continue.

Le rôle déterminant de la formation continue

Cette formation médicale continue (FMC) est légalement et déontologiquement obligatoire mais la loi n'est pas appliquée bien que le décret date de plus de quatre ans; la raison de cet échec tient au fait que la FMC risquait d'être prise en charge en-dehors des universitaires et de l'état, essentiellement par l'industrie pharmaceutique, ce qui serait purement scandaleux, et qui a empêché dans les faits l'application de la formation continue obligatoire sur le terrain. Je fais donc partie de ceux qui sont opposés à la commercialisation de la médecine et qui pense que la formation continue ne doit pas non plus passer de manière exclusive par l'université dans la mesure où les médecins ne sont plus des étudiants mais des professionnels en exercice. J'ai donc créé en 1977 la SFTG (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste) dont l'objet est la formation continue médicale du médecin. La SFTG s'efforce de retrouver et de cultiver par la formation médicale continue ce qui fait la spécificité de la médecine générale, à l'aide

d'une confrontation d'expériences et d'idées entre les différents médecins qui la composent. Dans ce cadre ce sont nos propres besoins que nous exprimons, et c'est souvent dans l'échange qu'on arrive à une formation qui nous paraît plus adaptée, la parole ne vient pas de l'extérieur, comme dans une relation d'étudiant à professeur; il ne s'agit plus de savoir quel médicament donner mais de savoir comment le donner; cette dimension relationnelle, est un défi. Notre Société a notamment développé un département des sciences humaines important et je crois original, pour le corps médical précisément parce que l'attention à l'autre que j'évoquais plus haut nécessite autre chose que la formation de type hospitalo-universitaire stricto sensu. Mais en quoi les sciences humaines sont-elles intéressantes pour la médecine générale? C'est un glissement vers le socio-psychologique qui préoccupe certains et qui ne m'effraie pas, bien au contraire. Je crois qu'il fait partie intégrante de ce métier multiforme. Il faut avoir entendu parler d'anthropologie, de psychanalyse, de psychologie ou encore de théâtre pour faire de la médecine générale car un des éléments fondamentaux de cette profession n'est pas seulement de connaître le patient mais aussi de se connaître soi-même: mieux se connaître de façon à mieux soigner l'autre. L'exemple du théâtre peut surprendre, mais par exemple lors de la dernière séquence que nous avons organisée à Avignon pour des médecins, il s'est passé ceci: les médecins se tenaient debout et devaient dire bonjour à la comédienne; et grâce à ça beaucoup ont pris conscience de ce que c'était que de dire «bonjour» même si cela peut paraître anodin. Ils ont pris conscience de leur manière de serrer la main et je me suis aperçu que je tirais mon patient vers mon cabinet, ce qui n'est pas neutre. Il y a d'autres organisations en ville qui s'intéressent aux sciences humaines, ce sont les groupes Balint, du nom du psychiatre Michael Balint qui avait reconsidéré de manière fondamentale le problème des relations entre les médecins et leurs malades. Dans les groupes Balint, les techniques s'inspirent de celles développées par la psychanalyse mais transposées hors du contexte de la cure classique donc modifiées en conséquence.

L'humain au centre de la pratique médicale généraliste

Les sciences humaines au cœur de la médecine générale comme instruments

de formation du médecin permettent entre autres d'apprendre à se connaître soi-même dans les situations difficiles, car pour pratiquer une médecine générale efficace, il faut réfléchir à ce que représente cette discipline dans son contexte scientifique, mais aussi sociale et psychologique; on ne peut pas annoncer une mauvaise nouvelle à quelqu'un, ce qui fait partie de notre métier, sans avoir un minimum de formation; cela s'apprend même si ça n'a pas toujours été le cas au cours des études. Pour comprendre l'état d'esprit dont il est question ici et qui permet de relativiser son action dans les moments difficiles, il faut se rappeler que «le métier du médecin consiste à soulager souvent, guérir parfois et consoler toujours». Les patients n'attendent pas toujours la guérison de leurs troubles, ils attendent des soins, ils attendent un soulagement, ils attendent éventuellement d'être consolés – dans le sens de compassion – ils attendent surtout une écoute. Dans cette optique relationnelle, on doit aussi replacer le médecin généraliste dans son rôle de coordinateur, même si cela reste plus spécifique à la ville où les spécialistes sont nombreux, il est de notre rôle de bien choisir nos correspondants; c'est véritablement une tâche difficile et qui demande du temps et de l'expérience. Les gens que l'on soigne reportent leur confiance sur le correspondant qu'on leur a trouvé et bien souvent ils sont très demandeurs de ce carnet d'adresses; les échanges de carnets d'adresses entre collègues d'un quartier ont lieu au cours de ces séances de formation; ceci est important pour nous car ce n'est pas rien d'effectuer le report de cette confiance sur un spécialiste, il faut qu'il démontre ses compétences dans tous les registres. Cet échange permet d'éviter de conseiller quelqu'un qui fait revenir les gens pour rien ou qui ne va pas peser ses paroles car les mots aussi peuvent tuer. A l'heure actuelle, la formation continue s'organise comme suit: d'un côté l'industrie pharmaceutique avec 80% des actions, de l'autre le syndicalisme médical et puis une troisième voie représentée par des sociétés dites Sociétés savantes ou encore, l'université. Parce qu'au bout d'un certain nombre d'années le savoir devient caduc, ou parce qu'il manque au médecin généraliste quelques éléments dont il ressent le besoin, il se tourne vers la formation continue. Les acteurs de la formation continue mentionnés ci-dessus ont des objectifs différents; la vigilance doit être aussi un réflexe

La médecine générale ne s'arrête pas le soir après une journée de travail: c'est un métier qui impose de se former en permanence, dont la qualification doit être remise en cause à chaque instant.



« La médecine générale est un métier de curiosité qui pousse à en faire toujours plus et pour lequel on est très sollicité; le danger qui guette alors certains praticiens, hommes ou femmes, c'est le «burn out» le point d'épuisement extrême »

«le médecin généraliste n'est pas un homme-orchestre, c'est un chef d'orchestre».

permanent pour le médecin généraliste dans ses relations avec l'industrie pharmaceutique qu'on le veuille ou non et quelle que soit sa discrétion, l'objectif de celle-ci est de faire de nous des prescripteurs qui prescrivent dans son sens; on critique le généraliste parce qu'il prescrit trop: trop d'antidépresseurs, trop d'anxiolytiques mais qui le pousse à donner ces produits? Le visiteur médical. S'il y a un seul message à entendre sur la formation continue, à mon sens, c'est l'importance de considérer toujours comme une priorité l'indépendance de notre métier: malheureusement c'est quelque chose qui peut passer vraiment inaperçu du fait des pressions subies.

Quelles conditions pour exercer

La formation continue est aussi un moyen de rompre la solitude inhérente à l'exercice du métier de médecin généraliste. Nous pratiquons un métier de solitaire; le généraliste est un référent isolé en contact avec les autres, ce qui peut apparaître comme un concept un peu complexe. Il s'agit d'une solitude vraie parce que les décisions quand même c'est nous qui les prenons bien que nous soyons de plus en plus dans le partage avec les patients. Le fait de s'installer en cabinet de groupe ne change pas cet état de fait car la notion de groupe recouvre souvent des réalités diverses. Ainsi l'exercice dans un cabinet de groupe qui est une juxtaposition de personnes qui partagent finalement peu de choses à part le loyer et les services de la secrétaire; c'est un groupe au sens de moyens mais il n'y a pas de mise en commun des dossiers des patients ... on ne partage pas les patients. D'autres choisissent de monter un cabinet ensemble parce qu'ils sont amis. Alors quelle formule pour s'installer? Seul? En cabinet de groupe? Quand on commence à se poser la question de l'installation, choisir le groupe c'est bien mais il comporte le risque que tout explose parce que rapidement ce ne sont plus des questions de connaissances ou d'amitiés qui se posent mais des questions d'économie. C'est un élément important à prendre en considération. La médecine n'est pas un commerce, et les médecins n'ont pas de clients mais des patients; cependant, le système libéral impose que l'on doive être à la recherche d'une rentabilité minimale. C'est un système pervers. C'est pour cela qu'il est faux de penser qu'on peut travailler très peu d'heures par jour et payer ses charges pour faire vivre un cabinet. Finalement la rémunération du

médecin qui repose sur un tarif à 18,5 € la consultation est faible en comparaison avec d'autres professions dans d'autres lieux de la société. Il n'est pas paradoxal de dire qu'on peut aimer son métier mais penser aussi parfois qu'il est sous-estimé par les pouvoirs publics. Certains préfèrent s'installer seul plutôt que «mal accompagnés », d'autres peuvent aussi choisir d'avoir quelque chose de fixe à côté, comme des consultations à l'hôpital ou dans un dispensaire, c'est une solution possible. Ainsi il n'y a pas de recette pour s'installer. En outre chacun a des manières de vivre et de travailler qui lui sont propres et les réalités de la ville et de la campagne sont différentes ainsi que les priorités personnelles. Je pense qu'on peut tout à fait exercer en ville avec des horaires à peu près normaux, à ne pas confondre cependant avec des horaires de fonctionnaire, car on risque alors d'être déçu; ce n'est pas seulement la question des horaires mais aussi une question d'investissement personnel. La médecine générale est un métier de curiosité qui pousse à en faire toujours plus et pour lequel on est très sollicité; le danger qui guette alors certains praticiens, hommes ou femmes, c'est le «burn out» le point d'épuisement extrême. Un état dans lequel il ne faut pas tomber et pour cela rester vigilant quant à sa disponibilité, à ses «distances ». Le plus difficile reste donc de trouver un équilibre qui satisfasse à la fois les contraintes économiques et l'épanouissement personnel. J'ai des collègues en médecine de campagne qui travaillent toute la journée, font des gardes et sont d'une immense disponibilité et qui ont une vie de famille, mais celle-ci a accepté que ce soit leur choix parce qu'ils se sentent bien comme ça. Autant de médecins généralistes, autant de styles de vie. J'ai également des consœurs et des confrères qui non seulement sont généralistes mais qui en plus prennent des responsabilités dans la voie associative, dans la formation continue, dans la vie de la cité. Reste, il est vrai qu'au début lorsqu'on s'installe, il faut s'imposer par sa personnalité, par son mode de travail et que ce n'est pas vraiment de tout repos. Plus tard, en revanche, en avançant dans le métier on est plus attentif à gérer son temps. C'est plus facile. C'est sans doute la définition d'une forme de «maîtrise ».

La pratique quotidienne: les aspects «techniques» dominants

Paradoxalement le facteur temps est un allié précieux dans l'exercice même de

la médecine générale. On n'est pas toujours dans l'urgence; il ne faut pas s'imaginer la médecine générale comme une suite d'urgences passant des traumatismes crâniens aux plaies à suturer. On suit plutôt les gens sur la trajectoire de leur vie. Il n'est pas toujours nécessaire de passer une heure avec quelqu'un car on sait qu'on va le revoir; notre travail s'effectue sur la durée. J'ai des patients que je vois depuis vingt-trois, vingt-quatre ans. Le spécialiste lui n'intervient que sur une petite partie de la trajectoire dite pathologique. Mais s'il nous arrive d'avoir des doutes, il faut accepter de ne pas être omnipotent; lorsque j'ai débuté, j'envoyais beaucoup chez les spécialistes ou à l'hôpital aux urgences quand j'avais peur car je craignais de passer à côté de quelque chose d'important. Cela rejoint la notion d'humilité: l'humilité par rapport aux connaissances; il faut relativiser les connaissances acquises; lorsque l'on passe de l'univers hospitalo-universitaire que l'on connaît à celui de la ville par exemple qui peut faire peur, en fait il ne faut pas avoir peur car on relativise toujours grâce à l'expérience acquise.

Enfin, pour élargir son champ d'action, il est important d'essayer d'avoir une compétence particulière en plus de la médecine générale. Il ne faut pas négliger les Diplômes Universitaires; il faut que pour celui ou celle qui va s'installer il y ait des points d'ancrage; une compétence c'est un atout de solidité par rapport à la médecine générale qui elle va dans tous les sens. Certaines spécialités sont intéressantes à approcher: si on a la possibilité de faire un stage de psychiatrie je crois qu'il est important de le faire, car il y a beaucoup de pathologies psychiques en ville à côté desquelles on risque de passer, si on a une clientèle importante de personnes âgées, il est bon de s'intéresser à la gérontologie. Également, l'ORL et la pédiatrie sont des grandes spécialités que j'encourage à connaître. Un savoir complémentaire, au service de la médecine générale et non pas au détriment des spécialités en elles-mêmes ni des spécialistes. Voilà ce qu'apportent ces compétences. Le médecin généraliste reste un spécialiste – de médecine générale – mais aussi un «passeur », celui par lequel on doit passer avant de consulter un spécialiste. C'est le médecin référent par nature: «le médecin généraliste n'est pas un homme-orchestre, c'est un chef d'orchestre».



Le « burn-out » du médecin

Compte rendu du quatrième atelier du séminaire SFTG d'animation et de réflexion qui s'est déroulé à Saclay les 9 et 10 mars 2002

Une séquence ludique a débuté cette séquence. On nous demande :

« Si je pense que le médecin est une vertu » :

Nous avons répondu : douceur, écoute, tranquillité, sérénité, réassurance, constance, efficacité, patience, apaisement, doute, altruisme, modestie, humilité, humanité, objectivité, réceptivité, compassion, colère juste, honnêteté.

« Si je pense que le médecin est un sentiment » :

Amour, attention, soucis, tendresse, confusion, culpabilité, compassion, préoccupation de l'autre, protection, maternel – paternel, aveuglement, mort, impuissance.

Voici les mots du **brain-storming** joué ensuite :

ne plus sentir, ne plus s'en tirer, rythme endiablé, désintérêt, j'ai peur d'être gravement malade, j'ai peur de me tromper, submergé par le réel, épuisement professionnel, culpabilité, répétition, parano, dépasser les limites, frustrations, tard le soir, craquer, colère, manque de réconfort, ne plus supporter les patients, scènes de ménage, mise à distance, repli sur soi, une hache dans la tête (dessin), erreur médicale, isolement, haine des autres et de soi, impuissance sans la colère.

Puis exposé de François Baumann :

Burn out syndrome. Utilisé au départ en recherche aérospatiale: fusée dont l'épuisement de carburant risque d'entraîner une « surchauffe » et donc une détérioration.

Les **symptômes** : troubles du sommeil, troubles digestifs, baisse de rentabilité, sensation progressive d'épuisement, avec retentissement familial, irritabilité à l'égard des proches, manque de dialogue, sensation d'être VIDE ou ailleurs, impression que le travail envahit tout.

Un médecin généraliste sur 2 est en souffrance de burn-out : épuisement moral et intellectuel, débordé, largué ne pouvant plus donner ni se donner à ses patients.

Cinq causes au burn-out du médecin généraliste.

① une formation trop exclusivement scientifique

-> inadéquation des études aux réalités humaines (sciences humaines, santé publique), avec formation trop hospitalière

-> inadéquation entre le savoir technico-scientifique médical et la réalité individuelle

② illusion de la toute puissance de la médecine

-> discours spécialiste dominant, idée

du « tout est possible », tout répondra à votre manque, médiatisation outrancière

-> hypertechnicité allant vers le progrès universel (alors que le médecin généraliste résout environ 80 % des problèmes), d'où fuite en avant des patients et des actes médicaux

③ médicalisation des problèmes de société

-> e médecin gère les conséquences médicales et sanitaires des drames de la vie (environnement, crises, dégradations sociales...)

-> l'hypercompétitivité: ce choix de société conduit au stress, au chômage, à la précarité et la dépression

④ dévalorisation du rôle du médecin généraliste

-> faible reconnaissance du rôle central du médecin généraliste

-> manque d'organisation de la collaboration spécialistes, médecins généralistes, hôpitaux... au sein de la profession, rivalités corporatistes

-> place du médecin généraliste dans un monde qui lui échappe : université, industries, hôpitaux, politiques...

-> conflits d'intérêts, rôle d'entreprise de service, patient consommateur, et médecine : produit à vendre

-> la médecine générale est autre chose qu'une consommation de soins, d'où :

IMPORTANCE DE L'INDEPENDANCE financière et intellectuelle de toute structure et de tout intérêt qui seraient en conflit MORAL ou FINANCIER avec les intérêts médicaux des patients

-> maintenir cette indépendance, c'est lutter contre la diminution des revenus des médecins (indépendance financière)

-> l'indépendance intellectuelle menacée par les conseils de l'industrie pharmaceutique, les assurances...

⑤ impuissance relative des pouvoirs publics

les pouvoirs publics, otages de la société marchande, d'où conflit entre la société marchande et la santé publique

Conclusions:

- rôle central du médecin généraliste
- la complexification de la société modifie la relation médecin-malade
- la marchandisation de la médecine et des patients crée de l'insécurité

Que faire ? :

plus de sciences humaines dans les études de médecine

promouvoir « publiquement » les compétences de la médecine générale établir une politique de bien-être (prévention, etc...)

-> plus grande collaboration au sein du système de soin

-> limiter le champ commercial de la pratique médicale

-> et puis favoriser la pratique de groupe en médecine générale

-> promouvoir la formation médicale continue,

-> les formations à l'approche relationnelle, sur la réflexion sociale, l'éthique et la politique, couplées aux formations scientifiques, pour **donner un sens individuel et collectif** au travail accompli

Débat :

Permettre le partage du doute, pouvoir ressortir d'un séminaire en ayant discuté avec les confrères, s'apercevoir que leurs problématiques sont connexes, donc se sentir remotivé après cet échange.

Réussir à gérer le temps, avec repos, repos compensateur.

Ce métier peut conduire à l'épuisement, la perte du plaisir. Nous sommes confrontés au problème de faire un travail non voulu (médicalisation des problèmes de société par exemple).

La **formation médicale continue** aide à trouver des solutions aux problèmes, aide à briser la solitude du médecin dans une relation à 2, réanalysée dans le groupe.

On peut y réfléchir aux conditions de travail, réveiller le plaisir /désir, la curiosité /étonnement.

C'est plus facile en formation médicale continue qu'en réunion syndicale, où souvent on ressasse tout le temps les mêmes problèmes, ça peut rendre hypernégatif, tandis qu'aborder le concret de la pratique remotive.

Puis nous discutons du **nouveau statut** de la médecine générale « élevé » au rang de spécialité.

Ce terme ne nous convient pas. Au contraire notre métier est à l'opposé de la spécialité, nous préférons voir la médecine générale comme **spécificité**, non comme spécialité, la généralité est une richesse, peut-être pas la spécialité.

Lisons des revues de réflexion comme Pratiques en France, « Santé conjugée » en Belgique.

Problème de la surcharge de travail qui entraîne la perte du plaisir à travailler. Avoir le temps de se former, de travailler ensemble.

Le **plaisir** est sous-tendu par un désir. Sachons en formation médicale continue stimuler le désir d'apprendre. Une bonne formation, par son contenu et sa richesse d'échanges peut remotiver.

L'objectivité de la formation médicale continue nécessite impérativement une indépendance intellectuelle, et une indépendance financière.

CR : **Luc Beaumadier**

« Un médecin généraliste sur 2 est en souffrance de burn-out : épuisement moral et intellectuel, débordé, largué ne pouvant plus donner ni se donner à ses patients. »



Luc Beaumadier
Secrétaire
Général
de la SFTG



ATTENTION AUX BEBES : LA COQUELUCHE RESURGIT CHEZ L'ADULTE



Serge Gilberg
(département de
Médecine Générale
de la Faculté de
Médecine Necker-
Enfants Malades)

« Au vu de l'importante incidence de la coqueluche chez l'adulte mise en évidence par la présente étude, et en l'absence de protection actuellement applicable chez l'adulte, il est important de protéger les nouveau-nés de tout contact avec des personnes souffrant d'une toux persistante. »

Communiqué de presse Paris, le 15 avril 2001

La coqueluche est aujourd'hui la première cause de mortalité par infection bactérienne chez les nourrissons de moins de deux mois. Comment sont-ils contaminés? Médecins, épidémiologistes et chercheurs ont montré que les jeunes parents, bien que vaccinés dans l'enfance, pouvaient contaminer leurs bébés, leur protection ayant diminuée au cours du temps. Une étude menée en Région Parisienne, met en évidence une proportion élevée de cas de coqueluche chez l'adulte : dans cette enquête, 32% des adultes toussant depuis plus de 7 jours sans cause évidente sont infectés par la bactérie responsable de la coqueluche. Ce qui pourrait signifier qu'à l'échelon national, 300 000 personnes souffrent actuellement de coqueluche!

La coqueluche, due à la bactérie *Bordetella pertussis*, est caractérisée par une toux prolongée. Il était habituel de l'évoquer devant la persistance de quintes ("le chant du coq", d'où son nom). En 1986, l'incidence de la coqueluche (qui était d'environ 5000 à 8000 cas par an avant la vaccination) était devenue si négligeable que cette maladie n'était plus considérée comme un problème de santé publique. Mais une augmentation du nombre de cas de nourrissons hospitalisés pour coqueluche a été observée en 1990 à l'hôpital Trousseau : pourtant, un haut niveau de couverture vaccinale avait été maintenu pendant plus de 30 ans, la vaccination contre cette infection ayant été appliquée en 1959 et généralisée en 1966. Une étude nationale avait été lancée par l'Institut de Veille Sanitaire dans plusieurs hôpitaux pédiatriques : elle a non seulement confirmé la résurgence, mais aussi montré un changement dans le mode de transmission de la maladie, qui ne s'effectue plus d'enfant à enfant mais de parent à nouveau-né. Plusieurs études ont alors suggéré que la cause majeure de la ré-émergence de la maladie en France était due à une baisse de la protection vaccinale au cours du temps et à un manque de rappels naturels (la bactérie ne circulant plus ou presque plus dans la population) ou vaccinaux. Ceci a conduit le Comité Technique des Vaccinations à introduire en 1998 un rappel vaccinal vers 11-13 ans, pour protéger les adolescents.

L'étude à paraître dans *Journal of Infectious Disease* a été menée par Serge Gilberg et ses collaborateurs (département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine Necker-Enfants Malades), principal investigateur, pour la conception et l'expertise clinique, Isabelle Parent-du-Chatelet et ses collaborateurs (association d'Aide à la Médecine Préventive : AMP), pour l'analyse épidémiologique, La SFTG (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste) pour le recrutement d'un réseau de médecins généralistes et Nicole Guiso et ses collaborateurs (Centre National de Référence de la Coqueluche et autres Bordetelloses, Institut Pasteur), pour la conception et le diagnostic biologique.

L'enquête effectuée en collaboration avec 80 médecins généralistes, répartis sur tous les départements d'Ile de France, visait à déterminer la proportion des infections à *Bordetella pertussis* chez leurs patients adultes consultant pour une toux persistante (plus de 7 jours, sans cause évidente). Sur 217 patients, 32% des cas ont été confirmés. Chez ces sujets atteints de coqueluche, 60% avaient été vaccinés et 33% avaient eu la coqueluche dans l'enfance. La durée moyenne de la toux chez ces sujets était de 49 jours. Cette étude montre que les médecins doivent penser à la coqueluche face à une toux persistante aiguë ou chronique. Elle souligne la nécessité de disposer d'un test biologique facile à réaliser en pratique de ville : il n'a en effet pas été mis en évidence de différence clinique significative entre les sujets atteints de coqueluche et les autres. Cette enquête a également permis d'estimer l'incidence actuelle de la coqueluche en France à environ 500 adultes pour 100 000 habitants, soit environ 300 000 personnes. Des chiffres très proches de ceux observés aux Etats-Unis, confrontés à une situation analogue quant à la résurgence de la maladie. Elle soulève aussi la question d'un éventuel rappel vaccinal chez l'adulte. L'intérêt d'une telle mesure en matière de santé publique va devoir faire l'objet d'études complémentaires. Rappelons que la primo-vaccination a lieu à 2-3-4 mois : les nourrissons de moins de deux mois ont donc à haut risque de contracter l'infection auprès d'un sujet malade. Au vu de l'importante incidence de la coqueluche chez l'adulte mise en évidence par la présente étude, et en l'absence de protection actuellement applicable chez l'adulte, il est important de protéger les nouveau-nés de tout contact avec des personnes souffrant d'une toux persistante.

Source :

"Evidence of *Bordetella pertussis* infection in adults presenting with persistent cough in a French area with very high whole-cell vaccine coverage " *Journal of Infectious Diseases*, 2002

Serge Gilberg^{1*}, Elisabeth Njamkepo^{2*}, Isabelle Parent du Châtelet^{3*}, Henri Partouche⁴, Pascale Gueirard², Christian Ghasarossian¹, Martin Schlumberger³, Nicole Guiso^{2*}. (* Premiers auteurs à part égale)

1 Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine Necker-Enfants Malades 2 Centre National de Référence de la Coqueluche et autres Bordetelles, Institut Pasteur 3 Association pour l'Aide à la Médecine Préventive (AMP) 4 Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG)



Des fichiers joints lisibles par tous

Chers amis,

Je lis régulièrement dans des mails que tel ou tel ne peut pas lire un fichier joint.

Quelques propositions pour améliorer cette communication, ceux qui sont venus dans les journées informatiques se souviendront des propositions faites à cette occasion.

Si le texte est court (20 lignes par exemple), ça ne vaut vraiment pas le coup de faire un fichier joint, beaucoup plus simple de faire un copier-coller à partir de votre traitement de texte. Ca permet la lecture directe du message sans manipulation, et fait gagner du temps au destinataire.

Merci pour lui.

Le seul format de traitement de texte lisible par tous est le format ".rtf" (rich text format), tous les autres, même Word (.doc), ne sont pas universels. Pensez-donc à faire la conversion en RTF quand vous voulez vraiment envoyer un fichier joint de texte. Si vous ne savez pas comment on fait, je vous expliquerai.

A tout le moins, quand vous envoyez un fichier joint, ayez la gentillesse de nous dire à partir de quel logiciel est écrit ce document.

L'envoi de fichier joint est surtout intéressant quand on veut envoyer un document complexe, un diaporama, ou un tableau de calcul avec de formules complexes, pour un texte simple, bof...

Vive l'informatique simple !

Luc Beaumadier



Les maux de l'autre

L'anthropologie ne se définit pas seulement par sa référence au symbolique, mais essentiellement par son intérêt pour l'Autre au travers des différentes cultures qu'elle étudie. Ainsi, quiconque a un jour séjourné dans un pays du Sud n'a pu qu'être interpellé par le nombre de postures et de pratiques gestuelles sollicitant le dos d'une façon si inhabituelle pour nous occidentaux, qu'elles suscitent à leur simple vue une véritable sensation de "mal de dos". En effet, comment en Asie ces cultivateurs peuvent-ils à demi courbés repiquer les jeunes pousses de riz des journées durant, comment ces femmes africaines font-elles pour porter sur leur tête de lourdes charges sur des kilomètres, comment enfin plus généralement font-ils pour dormir, s'asseoir, manger ou préparer le repas à même le sol et ne pas avoir "mal au dos"? Au final, les pratiques de l'Autre nous rappellent que les attitudes corporelles sont propres à chaque culture et sont essentiellement acquises (soulignant dans le même temps toute la pertinence des programmes de prévention déjà mis en oeuvre). Essentiellement enfin, ce détour par l'Autre nous interpelle sur l'(in)adaptation de l'homme occidental à un milieu en perpétuelle évolution. En définitive, s'il y a près de trois millions d'années, notre lointain cousin l'australopithèque se redressait ingénieusement vers la station bipède donnant au genre *homo* une de ces caractéristiques majeures, on peut aujourd'hui ironiquement se demander si l'Homme du 3^{ème} millénaire n'est pas en train de se (re)plier sous le poids de ce que d'aucuns nomment la modernité.



Fabienne Héjoaka
Anthropologue





24 rue Wurtz
75013 Paris

Téléphone :
01 45 81 09 63

Télécopie :
01 45 81 09 81

Adresse de messagerie :
sftg@wanadoo.fr

**La passion
de la formation
La convivialité
des échanges**

Retrouvez-nous sur
notre site Web !

Contactez-nous à :

www.sftg.net

Ecrites SFTG

Trimestriel

Directeur de la publication :

• François Baumann

Comité Scientifique :

- Isabelle de Beco
- François Baumann
- Luc Beaumadier
- Patrick Ouvrard
- Philippe Regard

Maquette/Réalisation :

• Patrick Ouvrard

© SFTG 2002

Sur votre Calendrier 2002/2003

Séminaires FAF

Internet débutant	29 novembre 2002	Paris
Internet approfondissement	30 novembre 2002	Paris
Internet débutant	31 janvier 2003	Paris
Internet approfondissement	1 ^{er} février 2003	Paris
Recherche et analyse critique de l'information médicale disponible sur internet	18 janvier 2003	Paris
Création et présentation de diaporamas	13 décembre 2002	Paris
EO médecin Niveau 1	6 décembre 2002	Paris
EO médecin Niveau 2	17 janvier 2003	Paris
EO médecin Niveau 3	7 février 2003	Paris
Le jugement médical : outils philosophiques pour une démarche éclairée	24 et 25 janvier 2003	Narbonne
Place de l'entourage familial dans la prise en charge du patient en médecine générale	7 et 8 février 2003	Narbonne

Après le succès des séminaires anthropologiques (Portugal, Sénégal, Bénin), le département Sciences Humaines et Sociales de la SFTG organise un séminaire du 30 avril au 10 mai 2003 à Pondichery (Tamil Nadu, Inde), autour des médecines traditionnelles indiennes. 10 jours intenses de rencontres avec la population et avec les différents intervenants du système de santé traditionnel indien, associés à un programme culturel riche. Renseignements et inscription auprès du secrétariat de la SFTG et sur notre site www.SFTG.net. Nombre de places limité

