



Articles spécialisés :

«Une société sans drogue
est-elle possible ?»

par le Dr Jean Daniel Escande
président de
Généraliste & Toxicomanie 59/62

L'Éthique médicale «au
quotidien» comme un
«supplément d'âme»

par le Dr François Baumann
Président fondateur de la SFTG



Liste des articles :

• Editorial	1
• Une société sans Drogue est-elle possible ?	2
• Et si l'ordre des médecins s'intéressait vraiment aux relations entre confrères	4
• L'Éthique médicale «au quotidien» comme un «supplément d'âme»	5
• Arrêtez de tirer sur le pianiste	6
• Prévention transgénérationnelle	7
• Philosophie et Médecine	8
• Colloque du 17 octobre	8

LA RECHERCHE EXISTE, la SFTG l'a rencontrée

Le département recherche de la SFTG a été créé en 1990. C'était la «danseuse de la SFTG» disait alors un trésorier réputé pour son humour. Pourtant, sous l'impulsion d'Hector Falcoff, les qualités des travaux menés ont été très vite reconnues et distinguées : double prix au Concours de résumés d'études en soins primaires de La Revue Prescrire en 1994, prix de recherche en médecine générale de la Revue du Praticien – Médecine Générale en 1995 et à nouveau en 1998, prix Epidaur de la recherche en médecine et écologie en 1996, etc.

Les travaux menés se caractérisent par une certaine diversité : dépistage du saturnisme infantile, dépistage du cancer du sein, étude de la faisabilité du dépistage des cancers des voies aéro-digestives supérieures, évaluation médico-économique des bandelettes de détection de l'infection urinaire, prescription d'antibiotiques dans les infections respiratoires courantes.

Ni la liste des distinctions, ni la liste des actions ne sont exhaustives. Il ne s'agit pas d'un catalogue à la Prévert où ne manquerait que le raton laveur.

Au contraire, ce qui caractérise, le département recherche de la SFTG est plus que son éclectisme, sa créativité et l'exploration de territoires nouveaux. Abandonnant le terrain des essais thérapeutiques, des enquêtes de pratiques ou de l'épidémiologie, travaux dans lesquels les généralistes ne servent souvent que de pourvoyeurs de données, la SFTG en se tournant vers les méthodes issues de la recherche en sciences humaines : sociologie, économie, anthropologie se donne les moyens d'une recherche en médecine générale élargie, pleine et entière. Actuellement, les travaux en cours touchent à des sujets toujours aussi variés : amélioration de la qualité des soins grâce à l'outil informatique (Eo), participation à la conception de logiciels d'aide à la prescription (ASTI); participation aux travaux européens d'élaboration de critères de qualité des cabinets médicaux (TOPAS), étude des représentations de l'incontinence urinaire...

La distinction entre recherche fondamentale et recherche clinique est le plus souvent artificielle disait C. Bréchet dans son discours de nomination à la direction générale de l'Inserm. Leur spécificité tient à la nature des moyens nécessaires. Toute recherche nécessite à la fois des compétences, du temps, des ressources matérielles et un environnement de construction et de discussion critique. En médecine générale, c'est bien la recherche des moyens qui est le plus souvent le pire des problèmes.

En 1999, lors du 1^o congrès de recherche en médecine générale à Toulouse (congrès réalisé sous l'impulsion de la Conférence Permanente de la Médecine Générale -CPMG- avec le soutien logistique de l'URML Midi-Pyrénées), la recherche en médecine générale a prouvé sa vitalité. C'est ainsi que fut décidée la création du comité d'interface Inserm-Médecine Générale. En janvier 2000, donc, pour la première fois, la médecine générale avait une place institutionnelle à l'Inserm dans ce comité où siègent 8 médecins généralistes (dont Hector Falcoff et moi qui y représentons la SFTG).

Deux ans après, a été lancé le premier appel d'offres pour des postes de «généralo-chercheurs», généralistes rétribués pour se consacrer à mi-temps à un projet de recherche concernant la médecine générale. Nous avions espéré la création de 4 pôles de 2 puis 3 puis 4 généralistes, mais il n'y a eu finalement qu'un financement pour 4 postes à mi-temps. Malgré la relative déception, c'est une avancée majeure qui ne peut que nous réjouir et donner à toutes et tous ceux qui sont intéressés, l'énergie de continuer ou de commencer. Car recherche fondamentale, recherche clinique, recherche en médecine générale ne s'opposent pas, ne sont pas même hiérarchisées, mais se complètent.

«Les résultats de l'appel d'offre viennent de nous parvenir. A été retenu le projet SFTG d'Hector FALCOFF et de Patrick FLORES (qui seront 2 des quatre premiers généralistes chercheurs Inserm) sur les inégalités de santé et l'équité des soins préventifs. Un très beau projet - dont ils sont fiers et dont est fière la SFTG.»

Dr Anne Marie Magnier
Vice Présidente de la SFTG



Une société sans drogue est-elle possible ?

Le mélange des cultures que nous a offert le Premier Forum Mondial des Drogues de Montréal en Septembre 2002, la force des témoignages, la diversité des approches et des solutions pose la question : Une société sans drogue est-elle possible ?

Quel est l'homme public Français capable de témoignage public, comme le Premier Ministre du Nunavut Inuit, nous disant que 9 ans auparavant, il abusait encore de l'Alcool..., comme le Maire de Montréal racontant avec beaucoup d'émotions dans la voix la triste mort de sa nièce après un usage nocif de l'héroïne..., comme cet Indien, immense de charisme, Chef d'une tribu massacrée pendant des siècles dont on lui demande maintenant si ses rituels peuvent servir à remettre les idées à l'endroit des jeunes Canadiens «civilisés» consommateurs de drogues... ;

Au fond c'est comme dans nos cabinets où l'on croise des personnes de tous horizons. Lieu où il est possible de dire, de montrer, de se «dévoiler»

Comme ce patient qui me demandait :

«Dr. vous n'auriez pas une pommade qui efface les mauvais souvenirs?» en me montrant son bras pleins de cicatrices.

C'est le marocain de 31 ans qui, après avoir goûté au shit dès l'âge de 14 ans dans son pays, abuse ensuite jusqu'à la dépendance (jusqu'à 20 H par semaine) du Taï Kwan Do, au Maroc puis en France à 20 ans, et qui à 25 ans rencontre l'héroïne...

C'est le couple à quatre : le mari et sa maîtresse sous la forme de l'héroïne et la femme et sa drogue sous la forme de son amant...

C'est ce patient de 44 ans qui a goûté de façon abusive à de nombreux sports avant de devenir dépendant à l'alcool. Maintenant sevré, sa femme n'a plus de «drogué» chez elle, mais un dépressif, qui a perdu son produit-médicament.

L'enfer est pavé de bonnes intentions.

Tous, ils nous parlent de leur drogue, de leurs excès, de leurs souffrances.

De leurs problèmes qui leur prennent la tête.

Quand on voit tous ces questionnements, toute cette solitude, toutes ces femmes et ces hommes qui attendent une écoute, voire des solutions, la question d'une société sans drogue possible paraît presque incongrue, presque hors du champ des préoccupations de soignants que nous sommes.

Poser comme cela la question, c'est d'emblée, enfermer la réponse dans le oui ou le non, voire dans le bien et le mal. C'est espérer un idéal d'une vie parfaite.

Mais qu'est ce qu'une drogue ? Une addiction sans drogue est-elle une drogue ?

Comment «aménager» cette société pour qu'elle soit viable et supportable ? Pourquoi un problème de société se transforme-t-il en un problème médical ?

Michel Maffesoli, Pr. à la Sorbonne travaillant sur l'étude du quotidien, parle du bon usage du mal et dit que «l'animal humain est un être d'instinct ayant besoin d'excès et d'effervescence et c'est dans l'usage ritualisé de ceux-ci qu'une communauté se constitue en tant que telle».

Aurions nous en tête le mythe d'une société sans problèmes, robotisée, déshumanisée, parfaite qui s'apparenterait à de l'hygiénisme ?

Vouloir que l'Homme soit prévisible, formatable, c'est alors ne pas se permettre de dépasser les limites. C'est vouloir combler tous les manques au risque qu'il n'y ait plus de vie.

Car c'est le chaos et le désordre qui donnent la vie et l'Ordre qui mortifie.

Imaginer une telle société possible sans drogue, c'est poser la problématique de l'excès uniquement en terme de produit et non en terme de souffrance.

Mais le problème n'est pas le produit.

Si on pose comme postulat que l'homme dispose de lui-même, alors on reconnaît qu'il a droit aux soins, aux médicaments, mais aussi à l'excès, à l'ivresse, pour soigner sa souffrance intérieure.

Mais au fait, en quoi l'excès est-il pathologique ?

L'excès relève-t-il de la maladie, ou du droit à disposer de soi ?

Parce que ces patients dépendants sont tous des excessifs.

Faut-il alors exclure les excessifs, faut-il les isoler ?

A-t-on besoin de les désigner pour mieux les prendre en charge, ou bien le fait de les stigmatiser nous fait-il croire que l'on ne deviendra jamais comme eux ?

Cela suppose que le problème de la dépendance et de l'excès est partout le même. Pourtant un excès ici n'en est pas un là-bas, c'est ce que ce chef Indien nous a dit après avoir subi l'exclusion, la haine, la violence au nom d'un idéal de société «humanisée». Poser qu'une société d'hommes (d'humains) sans «drogué» est possible, c'est admettre, reconnaître et organiser l'exclusion.

Si la souffrance humaine est universelle, l'excès, lui, est une solution personnelle.

Vouloir une société idéale sans drogue, c'est aussi dire que l'excès n'est pas soignable par des produits-médicaments. Qu'il n'est pas tolérable de le faire.

Pourquoi ? Parce qu'il faut souffrir physiquement et mentalement ?

Etre «drogué» dans une telle société, n'est pas un état mais fait référence à une position particulière



Docteur Escande



dans cette société qui s'assimile à « l'exclu désigné ». Que ce soit l'héroïnomanie, l'alcoolique ou le sportif dopé.

Pourtant, accepter que les sportifs puissent consommer des narcotiques et des stimulants en dehors des compétitions, que l'on appelle dans ce cadre là : les drogues sociales, c'est peut être leur octroyer un droit à l'excès

C'est Paul, consommateur de musculation, de footing, de sophrologie tout ceci à raison de 6 heures par jour qui me dit : «c'est comme si j'allais au travail. Et si j'arrête : je suis mort !»

Ensuite, il me parle de la mort par overdose de sa copine avec qui il avait connu le monde du body building.

Mort survenue au moment où ils s'apprêtaient à faire un enfant, période où ils avaient réussi tous les deux à ne plus rien consommer pour faire cet enfant dans des conditions «propres» me dit-il.

Il a suffi d'une fois de plus ou de trop...pour que la vie ne soit plus au rendez vous.

Il ne me parle plus alors que de son no man's land où il zone depuis...

Evidemment, il me parle aussi d'héroïne, de cocaïne, de néo codion et d'anabolisants : ses «médicaments» qu'il doit prendre tous les jours.

Accepter qu'on se drogue, c'est accepter de la part des «praticiens de la limite» que sont les excessifs qu'ils posent les problèmes de la transgression et/ou de l'interdit.

Alors pourquoi est-il si urgent d'«expurger» les excès? Pourquoi les occulter? Est-ce que le patient dépendant nous dérange trop par son questionnement? Car le patient dépendant pose bien le problème de la souffrance humaine et introduit le doute, chez nous les «normaux», quant à notre pouvoir à dominer les choses.

Parler produit c'est éviter de se poser la vraie question, la drogue étant une fausse bonne réponse, qu'il faut entendre, à un vrai problème qu'il faut intégrer.

Alors j'ai envie de répondre Non : ce n'est pas possible de vivre sans drogues, surtout quand je vois dans mon cabinet de médecine générale que cela commence dès le plus jeune âge :

Le nouveau né qui a des coliques ou le petit qui ne dort pas : alors, il faut une solution : cet enfant parfait dont les parents ont rêvé, c'est grâce au médecin et à ses potions magiques que l'on va l'obtenir. Ce cher petit sera conforme aux attentes.

C'est Julien, 3 ans, avec un biberon de jus de fruit «scotché» à la bouche.

Sa mère me dit «Docteur, donnez lui des vitamines car il ne mange pas», sans se rendre compte qu'elle

lui administre un «biberon-calmant» qui n'est là que pour cacher son angoisse à elle.

Plus tard, ce sont ces ados que ces mères dévouées (sans aucun doute des mères qui cherchent à être bonnes) conduisent d'activités en activités. On les gave comme des oies avec de la musique, du sport ou d'autres loisirs et nous sommes consultés pour des certificats d'aptitude. «Et vous pouvez le surclasser, docteur...!»

C'est le début d'un engrenage dont beaucoup d'enfants sortiront avec un penchant pour les conduites excessives voire addictives.

Et plus tard c'est...

François, 33 ans, qui pratique plus de 25 Heures de sport par semaine en plus de ses 50 H de travail, qui doit tout arrêter pour une blessure au genou.

Du coup il s'enfonce dans la dépression avec le même excès.

Comme Lucien : 56 ans, usager successif depuis sa jeunesse : du jeu, du sport, du tabac, passant d'une addiction à une autre, d'un sevrage à un autre dès qu'il se sentait en excès.

Et pourtant, à chaque fois il croyait s'en être «sorti»

Où est la vérité?

Comment aider ces patients à intégrer leur part d'ombre, de colère et de haine? Comment parler avec eux de leurs émotions, de leur impossibilité dès le plus jeune âge à ne pas être parfait.

Qu'est ce qui répond à leur souffrance?

Comment leur éviter les aspects les plus nocifs de l'usage de leur drogue-médicament?

Comment les amener à découvrir que l'on peut composer avec une réalité quotidienne lourde à assumer, si l'on est persuadé que l'on est porteur d'un projet pour soi ou pour les autres?

Alors, si nos patients nous parlent souffrance il faut imaginer quelques réponses, pertinentes, multiples et variées pour les accompagner, et ce n'est sûrement pas en stigmatisant des comportements que l'on pourra le faire.

Finalement, le manque d'outils devant la détresse de nos patients dépendants nous conduit à réinventer sans cesse une autre relation médecin malade qui prend en compte les réalités quotidiennes de la vie en société et nous fait prendre conscience de l'humilité indispensable pour aborder ces questions.

Parler produit c'est éviter de se poser la vraie question, la drogue étant une fausse bonne réponse, qu'il faut entendre, à un vrai problème qu'il faut intégrer.

Dr Jean Daniel Escande

Président de G&T 59/62

Membre de la SFTG Lille



Et si l'Ordre des Médecins s'intéressait vraiment aux relations entre confrères !

«Que faire quand je suis confronté à des prescriptions ou des prises en charge inadaptées? Je me retrouve alors en position inconfortable car il me faut concilier la confraternité et la notion «de perte de chance» de la personne que j'ai en face de moi.»



Dr Ouri CHAPIRO

«le médecin du travail est un médecin à part entière dont la fonction nécessite une connaissance clinique poussée».

Je suis ancien médecin généraliste, reconverti depuis 1 an en médecine du travail. J'ai été enseignant à la faculté, actif dans les réseaux, nourri de médecine fondée sur des preuves et abonné à la revue «Prescrire» depuis le numéro 0. Je suis toujours impliqué en FMC à la SFTG nationale.

Un jour, un agacement subit m'a poussé à écrire à un confrère pour lui reprocher sa prise en charge inadaptée du diabète d'une femme de 80 ans, amie de ma famille, qui me demandait conseil. Ma lettre était fort courtoise mais se terminait par une proposition d'adresse pour se former dans le domaine du diabète. Elle déplut à son destinataire qui la transmit au Conseil de l'Ordre.

Le président départemental⁽¹⁾ eut une réaction pour le moins surprenante :

- Ecrire au directeur de l'association de médecine du travail dont je suis salarié pour l'informer que j'avais utilisé un papier à en-tête pour un courrier à caractère personnel.
- Ecrire que je me suis «immiscé dans la thérapeutique prescrite par le Docteur X qui, d'après ses dires, n'avait fait que suivre les recommandations de la consultation hospitalière».

La première attitude est dérisoire et n'appelle à mon avis aucun commentaire, d'autant qu'elle a beaucoup amusé le directeur de l'association.

La deuxième me paraît plus inquiétante. Tout d'abord je n'avais pas dévoilé l'identité de la malade et il paraît peu probable qu'elle ait été reconnue et quand bien même, elle n'avait pas mis les pieds depuis plusieurs années à l'hôpital. De plus il semble peu probable qu'un spécialiste ait conseillé de prescrire de la Metformine à une femme de 80 ans en insuffisance rénale, ou de ne jamais doser l'HbA1c.

Mais le plus grave, c'est que le président du Conseil de l'Ordre lui-même se permet de faire fi de l'article 69 du code de déontologie : «chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes».

Je passe sur l'article 11 : chaque médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances et sur l'article 32 qui se termine par «soins fondés sur les données acquises de la science».

Cette histoire a été classée sans suite mais il me paraît intéressant de la situer dans le cadre de la relation entre médecins intervenant à des niveaux différents dans la vie des patients.

En effet les raisons de contacter un médecin traitant sont réduites : le contact téléphonique est rare, pour des problèmes de présence incertaine du confrère à

son cabinet et risque de dérangement pendant une consultation. Je ne l'utilise que pour obtenir des renseignements «urgents» dans les problèmes d'aptitude ou demander des prolongations d'arrêt quand cela permet de prévoir une reprise dans de meilleures conditions.

Le courrier est surtout destiné à adresser le patient suite à une découverte de pathologie. Il faut noter qu'il est rarement suivi de réponse de la part du confrère!

Que faire quand je suis confronté à des prescriptions ou des prises en charge inadaptées? Je me retrouve alors en position inconfortable car il me faut concilier la confraternité et la notion «de perte de chance» de la personne que j'ai en face de moi.

Il n'est pas possible d'intervenir directement auprès d'un confrère. Cela ne fait pas partie de la culture française et risque d'être très mal interprété. L'évaluation des pratiques n'est que balbutiante et j'en conviens, ne peut se faire que par ses pairs.

Il ne s'agit pas d'être censeur ou de méconnaître les difficultés de la profession. Je sais que les patients ne disent que ce qu'ils veulent, qu'ils aiment parfois opposer les médecins les uns aux autres. Je soutiendrai un confrère dans le cas d'une erreur isolée de diagnostic par exemple. C'est plutôt les procédures non validées qui me posent problème. Les exemples sont multiples. J'ai déjà cité l'absence de dosage d'HbA1c chez les diabétiques, je peux ajouter la prescription de sulfamide en première intention en cas de surpoids, les hypolipémiants prescrits trop tôt, dont des fibrates pour une hypercholestérolémie isolée, les contraceptifs oraux de «3^e génération» en première prescription, etc.

Je suis conscient que mon parcours professionnel fait de moi un médecin du travail atypique. Toutefois le médecin du travail est un médecin à part entière dont la fonction nécessite une connaissance clinique poussée afin de pouvoir justifier ses décisions, en particulier sur l'aptitude au travail.

Pour conclure, l'objet de ce texte n'est pas de stigmatiser notre profession. C'est de faire réfléchir aux possibilités d'agir ensemble pour améliorer les services rendus à la population, dans le respect des rôles de chacun, qui ne devraient pas être opposés mais complémentaires. Je suis preneur de toute suggestion.

⁽¹⁾ Il ne s'agit pas de celui où j'exerce dont l'attitude a été moins contestable

Dr Ouri CHAPIRO



L'Éthique médicale «au quotidien», comme un «supplément d'âme»...

Projeté au centre d'une nébuleuse de spécialistes de la santé, le rôle du Médecin généraliste -et osons le dire du médecin tout simplement- se résume-t-il en une tâche de coordination technique, indispensable mais restrictive? Ou bien comprend-il dans sa définition même les deux volets d'une action et d'une réflexion associant la démarche scientifique essentielle et un abord psycho-relationnel qui ne l'est pas moins, car socle «humain» de toute communication? Cet «autre monde» de la médecine, un peu oublié de par l'écrasante puissance des découvertes scientifiques est pour autant encore plus nécessaire...

Ce monde-là nous parle de sens et de valeur. Il met le médecin, toutes spécificités confondues, dans une dimension paradigmatique où la responsabilité qu'il a de l'autre, la recherche du «bien» et du «bon», la relativisation d'une pensée contemporaine axée sur le résultat immédiat, sur la course effrénée à l'exploit, empêche le retour vers la véritable nature de l'être souffrant, ce patient qui s'adresse à nous pour être «soulagé, soigné, guéri parfois» mais toujours écouté dans sa douleur physique ou dans son mal de vivre.

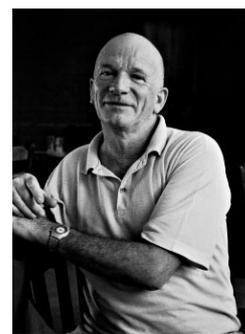
Ce retour vers «l'humain», cette distance prise face aux «machines», aux techniques toujours faites, comme la réflexion éthique, pour nous venir en aide et non pour nous imposer leurs lois, c'est à partir d'un retour normal vers les valeurs sûres que le monde et la vie nous proposent que nous devons l'amorcer. L'Éthique au quotidien, ou Éthique clinique, est un outil pour l'avenir, sans lequel toutes les connaissances, tous les savoirs évolueront dans un monde d'autant plus absurde que livré à une course sans fin vers un but inaccessible, comme fonctionnerait un corps sans tête et avec pour seul objectif l'auto-entretien et la vanité toujours renouvelée de ses attentes...

Les concepts de l'Éthique médicale se posent alors non pas comme une deuxième voie qui viendrait compléter les insuffisances de la première, mais comme une partie intégrante, un peu oubliée et toujours mésestimée, mais impossible à distinguer, à dénouer, à séparer en somme de ce tout unitaire qu'est le patient qui se confie à nous.

L'Éthique médicale, dans la clinique quotidienne, doit redéfinir ainsi sa juste place.

Impérative, et accessible pour peu qu'on s'interroge sur sa présence, elle est ainsi comme l'eau pour le poisson ou l'air pour la colombe, une impérieuse nécessité, sans laquelle l'acte médical s'asphyxie ou s'écrase au sol, incapable de l'indispensable «supplément d'âme» qui justifie la vocation médicale.

*« la relativisation d'une
pensée contemporaine
axée sur le résultat
immédiat, sur la course
effrénée à l'exploit,
empêche le retour vers
la véritable nature de
l'être souffrant »*



*François Baumann
Président Fondateur
de la SFTG*

Dr François BAUMANN
Février 2003



ARRETEZ DE TIRER SUR LE PIANISTE

Au lieu de mettre en cause de manière répétée, injuste (car non prouvée) et agressive la compétence des médecins généralistes, il serait plus juste de se féliciter au contraire de leurs extraordinaires capacités d'adaptation. Les indicateurs de santé publique mettent la médecine française en position plus qu'honorable. Bien sûr, on peut discuter de la valeur de ces indicateurs, on peut aussi croire que n'en sont responsables que les progrès techniques et la médecine hospitalière, à l'exclusion de la médecine ambulatoire mais ce serait une attaque si énorme que personne ne s'y est encore risqué...

En 25 ans, sont apparus l'échographie, le scanner, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) - toutes techniques nouvelles que les généralistes ont bien dû apprendre à connaître et... la maladie VIH. Et face à l'émergence de cette maladie nouvelle, grave et déroutante pour les professionnels, ce sont bien les généralistes qui ont su mettre en place une réponse originale et efficace : les premiers réseaux de soins. Grâce à eux, se sont développées à la fois une formation rapide et pertinente pour tous les soignants et une coordination adaptée interdisciplinaire de tous les acteurs de soins. Il est vraiment étonnant que la mise en place des réseaux, leur conceptualisation, leur modélisation ne soient pas davantage reconnues comme un progrès considérable.

Il serait plus juste de s'étonner et de féliciter les généralistes du fait que la plupart d'entre eux se forment - comment pourrait-il en être autrement - alors même que ce n'était pas obligatoire (mais ça l'est depuis les ordonnances Juppé de 1996) et qu'il existe des associations de formation indépendantes et de l'industrie pharmaceutique et de l'université et cela depuis 1977...

Il est pourtant bien difficile de résister à l'industrie pharmaceutique. Qui a protesté lorsque le contrôle de la publicité destinée aux médecins est devenu un contrôle a posteriori - au lieu de rester a priori ? Certains industriels ne se cachent pas d'accepter le risque d'une amende pour une publicité - peut-être condamnée a posteriori - mais qui aura en attendant touché sa cible et fait augmenter les ventes.

Il est pourtant difficile de résister à l'université en regard du respect qu'étudiants nous portions à nos maîtres. Mais comment accepter, maintenant, que se posent en donneurs de leçons des médecins qui n'ont jamais exercé notre métier et qui ont souvent du mépris pour les «généralistes de base» ? Les médecins hospitaliers peuvent-ils comprendre que les patients qu'ils voient à l'hôpital sont ceux qui ne peuvent plus être pris en charge ailleurs soit parce qu'ils relèvent d'explorations complexes indispensables, soit parce qu'ils nécessitent des traitements qui ne peuvent être instaurés qu'à l'hôpital. Mais bien sûr, tous les patients bien et vite soignés en ville - soit une énorme majorité des soins dispensés chaque jour en France - restent complètement ignorés de la médecine hospitalière.

Il serait plus juste de se poser des questions sur les «référentiels» actuels de la médecine. Leur élaboration repose sur des patients qui n'auraient qu'une maladie, aucune intolérance, aucune allergie, qui auraient tous moins de 65 ans, qui, ne seraient pas des femmes enceintes, qui n'oublieraient jamais leurs médicaments et n'en auraient jamais besoin d'autres (pas même une petite aspirine). Ces patients là servent à élaborer des recommandations et à tester les connaissances. Mais ces patients là n'existent que dans les livres. Car dans la vraie vie du généraliste, les patients minimisent leurs maux - car ils ont peur d'être malades - ou les majorent - car ils sont submergés d'anxiété, oublient parfois leurs médicaments, n'expriment pas bien leurs plaintes, ne font pas toujours les examens demandés car ils en ont marre d'attendre, n'aiment pas qu'on les oblige à se déshabiller alors que d'autres enlèvent spontanément leurs chaussettes même s'ils viennent consulter pour une angine, demandent à leur médecin de les examiner dans des lits profonds (trop profonds) et dans des pièces surchauffées (juste parce qu'il fait froid dehors) - appellent tard le soir parce qu'ils n'ont pas eu le temps dans la journée.... (le médecin a-t-il eu le temps lui dans la journée?) C'est dire qu'il ne suffit pas d'avoir des connaissances (sur les signes de maladie, le mécanisme d'action des médicaments et leurs doses) encore faut-il être capable de compétence : écouter, examiner, faire le ou les «bon diagnostic» ou attendre et choisir le traitement le mieux adapté à la situation et le surveiller et négocier et expliquer.... Et depuis des années, des médecins généralistes, tous acteurs de formation médicale continue, s'interrogent et travaillent sur les manières d'améliorer les compétences (parce que l'objectif de chaque médecin est de toujours mieux faire) et de les évaluer. Ceci en utilisant des situations réelles, des référentiels complexes et des procédures adaptées.

En guise de conclusion et pour proposer un échange qui pourrait être améliorer le respect dû aux généralistes - ce qui est bien la revendication essentielle des mouvements de protestation -, nous proposons donc à tous les médecins hospitaliers de venir en stage 10 jours par an chez leur correspondant généraliste. Je ne parle pas de remplacement bien sûr car aucun d'entre eux n'imaginerait pouvoir être - même un peu - compétent à la fois pour un tout petit, un très âgé, un pas-encore-né, un qui a mal partout, une qui pleure tout le temps et savoir en même temps reconnaître une appendicite, un paludisme, une attaque de panique, une anxiété diffuse, une colite spasmodique, une maladie non organisée encore en maladie, une simple souffrance.... simplement aider, soulager au mieux ceux qui viennent nous voir, qui ont mal un peu, beaucoup et parfois énormément.

Dr Anne Marie Magnier

«Mais comment accepter, maintenant, que se posent en donneurs de leçons des médecins qui n'ont jamais exercé notre métier et qui ont souvent du mépris pour les «généralistes de base» ? Les médecins hospitaliers peuvent-ils comprendre que les patients qu'ils voient à l'hôpital sont ceux qui ne peuvent plus être pris en charge ailleurs soit parce qu'ils relèvent d'explorations complexes indispensables, soit parce qu'ils nécessitent des traitements qui ne peuvent être instaurés qu'à l'hôpital.»



PRÉVENTION TRANSGÉNÉRATIONNELLE

Ceci me semble être une situation assez spécifique de la médecine générale.

J'observe que le médecin généraliste est souvent au contact, dans un même groupe familial de 2 à 3, voire 4 générations.

Donc, ce qui se discute avec une personne peut avoir une incidence positive, en terme de bénéfice de santé naturellement sur d'autres membres du groupe.

Ceci nous (quelques lillois) est venu à l'esprit, à force de réfléchir à la médecine de l'adolescent et des dangers de cette période; en s'apercevant que ce qui se passe à l'adolescence commence ... avec le premier biberon (je crois que Freud s'en était déjà aperçu).

Je n'ai pas lu que ceci ait été jusqu'ici beaucoup étudié. Je vois ici poindre les branchés de la systémique familiale qui vont dire qu'ils font ça tout le temps. C'est vraisemblable, mais à mon niveau de médecin généraliste, je constate en pratique que ça dépasse le cadre de la vie psychique, pour avoir trait à l'ensemble de la vie de la personne, y compris sur les pathologies physiques.

La question que je me pose est autre chose que de la systémique familiale.

Je suis plutôt concret, pratique, que grand théoricien. Voici 2 exemples pour illustrer ceci :

Un jeune couple, avec un nourrisson de quelques mois. La maman de la petite fille reprend son travail, et en confie la garde à sa mère. Il m'arrive donc d'aller chez cette grand-mère dont je ne suis pas le médecin, pour soigner le bébé, généralement pour de banales infections respiratoires.

Je deviens donc le témoin des questionnements de la maman et de la grand-maman autour de ce bébé. Sur le traitement de la fièvre ou du rhume, l'éveil du bébé, les vaccins, ou les allergies de la grand-mère dont elle me parle le jour où la petite fille a quelques « boutons » très ordinaires. Jamais aucune pathologie grave chez ces gens. Il m'arrive aussi de croiser les hommes : le père, le grand-père, ou les frères de la maman chez leur mère (enfin la grand-mère : vous suivez?).

Je découvre peu à peu les divergences d'appréciation entre la mère et la fille sur comment faire avec un bébé.

Avec ces gens, j'ai donc fait un travail patient d'écoute, demandé d'expliquer leur point de vue, repéré les différences, puis apporté petit à petit de l'information concordante et compréhensible par au moins la mère et la grand-mère, et si possible les hommes, sur des aspects aussi banals que la fièvre, l'usage du paracétamol, la banalité des rhumes, la façon de nourrir où comment être à l'écoute du bébé, le sens des pleurs d'un petit, et beaucoup d'autres points somatiques, ou éducationnels. Ceci sans directivité excessive.

Ce bébé a maintenant 15 ans, va bien, sa mère aussi, et je pense aussi la grand-mère que je ne vois plus.

Quoique quelques années plus tard nous avons parcouru un chemin similaire (un peu plus loin sans doute) autour du 2^e enfant. Je sais aussi que la mère a fini de grandir par rapport à la sienne.

Ceci n'est pas à mes yeux de la thérapeutique systémique. C'est de la prévention pédiatrique, que seul un médecin généraliste peut faire. Car ni le pédiatre, ni le gynéco, ni l'ORL, ou le rhumato de la grand-mère n'auront toutes les cartes en main.

Autre exemple :

Hier je reçois M. J., 25 ans, qui vient me montrer l'uricémie (à 75 mg) de sa mère. Cette dame, d'origine centrafricaine, était venue une semaine auparavant, pour son contrôle de TA : elle est obèse et hypertendue, a déjà eu des crises de goutte, et souffre de lombalgies. J'avais prescrit la biologie à cette occasion.

Il m'explique qu'il vient à sa place, car ce samedi elle travaille.

A sa demande, nous avons donc discuté de la diététique pour sa mère. Ce jeune homme qui a fait des études comprend beaucoup mieux que sa mère les explications, et j'ai l'espoir qu'il saura mieux lui expliquer que moi ce qu'elle doit faire. Elle comprend parfaitement le français, mais je pense que ce fils, que je sais très attentionné pour sa mère saura trouver des mots plus culturellement adaptés que moi.

En tous cas je l'espère, nous savons tous qu'il est très délicat de changer les habitudes alimentaires d'une femme de 52 ans, dans une culture où l'obésité est valorisée.

Il m'a parlé aussi d'un aspect social : faire reconnaître le handicap de sa mère, car cette femme qui souffre de lombalgies, est femme de ménage. Lui, intellectuel, est bien plus à l'aise avec la bureaucratie.

Là aussi, il me semble qu'il y a des aspects de prévention : amélioration métabolique (HTA, goutte, obésité et leurs complications), diminution de la dégradation lombaire si on obtient un emploi aménagé grâce à la COTOREP, diminution de la souffrance psychique de cette femme qui n'a qu'une alternative actuelle, travailler avec mal au dos, ou ne pas travailler et n'avoir que de très maigres ressources.

En conclusion : il me semble que cette prévention est très spécifique de la médecine générale.

Je pense que si nous y réfléchissons, nous pouvons approfondir le sujet, à partir de bien d'autres exemples plus pertinents.

Puis conduire un véritable travail de recherche.

Et peut-être arriver à quelques lignes de force utiles à tous les médecins généralistes.

Je crois que nous le pratiquons tous sans le savoir. Serait-ce mieux en le formalisant clairement ?

Dr Luc Beaumadier
Secrétaire Général de la SFTG

«Ce jeune homme qui a fait des études comprend beaucoup mieux que sa mère les explications, et j'ai l'espoir qu'il saura mieux lui expliquer que moi ce qu'elle doit faire.»





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

*Ecrits 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 2003

MEDECINE ET PHILOSOPHIE

Le groupe médecine et philosophie créé en 1994, étudie de façon conjointe l'histoire de la médecine et de la philosophie afin de comprendre comment ces pensées se sont influencées l'une et l'autre et quelles sont les implications dans notre pratique actuelle.

Le groupe se réunit tous les 2ème mardi du mois dans les locaux de la SFTG. Il a organisé en mai 2001 un voyage sur la côte ouest de la Turquie et sur l'île de Cos en Grèce afin d'étudier le contexte philosophique de la médecine hippocratique.

Des journées d'étude sont organisées de temps à autre sur un thème précis en rapport avec la pratique de la médecine : en 2003, nous réfléchissons sur le jugement médical. Le thème prévu en 2004 est : La médecine est-elle un art ?

Les personnes intéressées peuvent contacter :

Nathalie Leconte (nathalie-leconte@wanadoo.fr) ou **Didier Couturier**.



Invitation ... au travail et à l'échange

Nous avons besoin de vous, de vos réflexions, de vos expériences et de votre réflexion

Car la SFTG organise un

COLLOQUE le vendredi 17 Octobre 2003

Thème :

THERAPEUTIQUE, SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE GENERALE

Après les colloques :

- 1990 Médecine générale et santé publique avec la DGS
- 1996 Le Pivot du système de santé avec le CFES
- 1997 Indépendance et expertise

Objectifs :

- Favoriser la communication des acteurs de santé publique
- Explorer et valoriser les initiatives et expérimentations en pratique clinique
- Renforcer la qualité et l'image de la médecine générale
- Optimiser le rôle pédagogique du médecin et du pharmacien
- Mener une réflexion sur l'implication du médecin généraliste dans la Santé publique tout particulièrement dans son activité de prescripteur

Thèmes proposés :

Le Monopoly de la Pharmacopée (intervention plénière)

avec un journaliste économique ou un médecin de santé publique

Ethique et médicament (intervention plénière)

Ateliers :

Anthropologie du médicament

Médicaments de prévention et remboursement, inégalités de l'accès au médicament

SMR, DCI, homéopathie, classes thérapeutiques et prix, place du placebo

Pharmacologie et médecine générale, veille sanitaire

Europe des médicaments : regards sur la Formation et Information thérapeutique en Europe (Avec la participation de médecins Belges, Allemands, Anglais)

Liberté de prescrire et régulation des dépenses

Formation en thérapeutique

Merci après lecture de ces thèmes de nous faire connaître vos expériences, vos réflexions polémiques, scientifiques, pratiques.