

WONCA 2000 Vienne

Bruce Brinkley
Danièle Lefèbre
François Mottu
Denis Spahni

Introduction

Comme généralistes enseignants (Unité d'Enseignement en Médecine Générale, Faculté de Médecine, Genève), en participant à la «grande messe» de Vienne, rassemblant environ 2500 participants, nous cherchions à:

1. Ne pas nous laisser noyer face à l'abondance des informations disponibles!

Les séances plénières, résumées ci-dessous, étaient faciles à trouver (sic!) et fascinantes. Par contre, lorsqu'une moyenne de 15 séances parallèles sont proposées, on peut avoir l'impression frustrante de rater la «bonne information».

2. Présenter nos travaux, et découvrir ceux de nos amis

Un tel congrès est une formidable stimulation à mettre au net ce que nous faisons! Nous avons eu le plaisir de réaliser trois présentations:

- «An introduction to primary care training course: impact on young medical students» (workshop).
- «Primary care training course for second year medical students: a new method of assessment» (theme presentation).
- «End of life conditions of patients from semi-urban primary care practices» (poster).

Ces présentations ont été bien suivies, et suscitent encore des demandes d'informations complémentaires.

Nos collègues de Berne ont proposé deux sujets passionnants (il faut venir à Vienne pour mieux se connaître entre suisses!):

- «Core competences in primary care better learned in primary care practices than in hospital» (workshop, P. Schlaeppli).
- «Postgraduate education in primary care medicine: training scheme in private primary care practices» (free presentation, B.K. Rindlisbacher)

3. Rencontrer des collègues généralistes exerçant dans d'autres contextes (cela distrait du Tarmed!)

Nous avons eu le plaisir particulier de retrouver, parmi la forte représentation des pays de l'Est, cinq de nos collègues de Sara-

jevo (Bosnie-Herzégovine) qui achevaient leurs deux ans de recertification en Médecine de Famille. Ce programme, dans lequel nous sommes fortement impliqués, est soutenu par la Coopération suisse et organisé par l'Antenne humanitaire du Département de Médecine Communautaire de Genève (Professeur H. Stalder, Docteur L. Loutan, Docteur C. Goehring – coordinatrice). Deux présentations ont été proposées par ces collègues:

- «Referrals from primary to secondary care in ambulatory clinics of the Canton Sarajevo» (free presentation from Doctors S. Viteskic and C. Goehring).
- «Main reasons for patient's consultations of General Practitioners in ambulatory clinics in the Canton Sarajevo» (poster).

Ces présentations ont provoqué des contacts riches et passionnés entre kazakhs, albanais, hongrois ou croates! Voilà toute la richesse d'un congrès: les médecins sont animés d'un désir de partage, qu'ils soient chercheurs de grandes unités au nord de l'Europe, ou qu'ils se trouvent encore au début du chemin vers une Médecine Générale de qualité.

4. Trouver des stimulations

Les multiples contacts et les contenus scientifiques du congrès sont des encouragements à continuer d'innover dans l'enseignement, à découvrir de nouvelles pistes de recherche, et enfin à continuellement nous remotiver pour ce qui reste notre travail de base, c'est-à-dire la relation dans la consultation et la recherche de la réponse adéquate à la demande du patient.

Les séances plénières

Etre généraliste: significations et implications (Professeur Ian McWhinney, Canada)

En médecine générale, la maladie se mêle à une histoire de vie: la médecine devient dès lors plus complexe, inscrite dans le contexte. Le généraliste fait une médecine concrète, appliquée; il se méfie des abstractions, et supporte de vivre avec l'incertitude. Mais attention, la paresse intellectuelle peut

Bruce Brinkley, Danièle Lefèbre,
François Mottu, Denis Spahni
Unité d'Enseignement de Médecine
Générale
Département de Médecine Commu-
nautaire
Hôpitaux Universitaires de Genève
Rue Micheli-du-Crest 24
CH-1211 Genève 14
Tél.: ++41 22 372 96 31
Fax: ++41 22 372 96 30
E-mail:medecine.generale@hcuge.ch
Site web: [http://www.hcuge.ch/dmc/
fr-ensei.htm](http://www.hcuge.ch/dmc/fr-ensei.htm)

nous faire tolérer des niveaux d'incertitude inutiles ou même nuisibles! L'incertitude et la précision, le concret et l'abstrait sont des polarités inévitables, et qui doivent rester complémentaires.

Le fondement de notre méthode clinique est d'impliquer simultanément le corps, les émotions et le ressenti de la maladie («patient's experience of illness»): la santé doit être vue comme le bien être d'un individu en relation avec son environnement.

Donc, pour mieux soigner nos patients, nous devons:

- pratiquer une bonne médecine clinique: bon diagnostic et bon traitement basés sur les meilleures évidences;
- aider nos patients à retrouver ce sentiment de plénitude propre à la santé.

La principale qualité du soignant est la compassion; sa principale aptitude est une écoute attentive et active; le principal danger pour lui est le cynisme. Être soignant, c'est être impliqué, c'est être une personne face à son prochain. Être impliqué ou envahi par ses propres émotions peut être dévastateur: notre protection est la bonne connaissance de soi, autorisant dès lors une intelligence émotionnelle.

La continuité des soins: un concept revisitité (Docteur Douglas Fleming, Grande-Bretagne)

La continuité des soins a été un des principes fondamentaux de la médecine générale de ces 50 dernières années. Historiquement, cette notion est fondée sur une relation personnalisée, individualisée entre un médecin et un patient se déroulant dans le temps. Actuellement, ce concept est érodé par les possibilités de choix de la part du patient, par la complexité croissante de certaines prises en charge («disease management»), et enfin par l'organisation des médecins eux-mêmes. En Grande-Bretagne, la proportion de médecins installés en groupe a passé de 50% en 1950 à plus de 90% en 1998; les patients, en particulier entre 15 et 44 ans, préfèrent les femmes médecins, alors que celles-ci s'installent plus souvent à temps partiel.

Lors du passage à des soins fournis par une équipe pluridisciplinaire («team-based care»), les bénéfices traditionnellement associés à la continuité du couple médecin-patient devraient pouvoir être maintenus. La

continuité doit reposer sur une combinaison de compétences, une homogénéité des pratiques, une communication et une coopération sans faille entre les divers membres de l'équipe. Elle doit reposer sur une institution et une organisation plutôt que sur un individu.

Ainsi, pour Fleming, il est clair que la continuité des soins dans sa version historique, reposant sur une relation à deux, est morte: elle représente un déni du choix des patients, et elle implique un niveau de compétences et de disponibilité du médecin qui ne sont plus réalistes.

Troubles fonctionnels en médecine générale: pouvons-nous améliorer le diagnostic et les soins? (Professeur Frede Olesen, Danemark)

Les recherches récentes en médecine générale ont mis en évidence le nombre important de patients en souffrance psychologique (environ 20 à 30% des nouveaux patients). Beaucoup de ces patients souffrent de dépression et de troubles anxieux, deux affections bien étudiées. Un grand nombre de nouveaux symptômes présentés au généraliste restent médicalement inexpliqués, et peuvent avoir leur origine dans une détresse psychologique.

Les patients avec un trouble somatoforme présentent leur souffrance mentale sous forme d'un symptôme somatique, tout comme certains patients déprimés ou anxieux. Le trouble somatoforme est un parent pauvre de la recherche et de la formation médicales, les généralistes ont besoin de plus de notions théoriques et de formation pour bien prendre en charge ces patients.

L'approche classique du généraliste découle d'une pensée linéaire: d'abord exclure une maladie biologique, ensuite se pencher sur les aspects sociaux et ceux liés au travail, enfin – peut-être – rechercher les aspects psychologiques. En fait, idéalement, le généraliste devrait adopter une approche simultanée, intégrée, des trois dimensions. Nombre de patients souffrent de symptômes qu'il considèrent comme une maladie («illness»), ce que les médecins nient (pris dans leurs classifications biomédicales – «diseases»): faire mieux coïncider ces deux territoires est une de nos tâches prioritaires.

Les défis de la médecine générale (Docteur Michael Boland, Irlande)

Bien que dans de nombreuses régions du monde il soit admis que les services de santé doivent être basés sur la médecine de premier recours, le champ d'action de celle-ci est en continuelle évolution. Des actes auparavant réservés aux spécialistes sont maintenant devenus des gestes routiniers pour les généralistes. Des soins traditionnellement prodigués par des généralistes deviennent des gestes accomplis par les infirmières, par les membres de la famille, ou par les patients eux-mêmes. La manière dont l'information sera collectée, partagée et utilisée va devenir un des principaux défis de ces prochaines années. En nous penchant sur la gestion de l'information, nous devons rester attentifs à respecter les valeurs fondamentales de notre discipline (secret du patient).

L'infirmière a un rôle clé dans des soins de base efficaces. Qu'elle soit rattachée à un cabinet médical ou à un service communautaire, elle permet un élargissement et une amélioration de la qualité des services offerts. L'association médecin-infirmière forme le noyau d'une équipe efficace. Nos organisations doivent, au niveau des nations comme sur le plan international, se rapprocher des organisations infirmières.

Les nouvelles compétences requises pour une médecine générale efficace doivent entraîner des modifications dans la formation. Dans beaucoup de pays, le statut du généraliste est inférieur à celui d'autres disciplines médicales. Nos organisations doivent exiger une représentation équitable au niveau des institutions étatiques comme académiques. La durée de formation post-graduée devrait être équivalente à celle des autres disciplines médicales (5 ans dont au moins 3 en médecine générale). Cette formation devrait se poursuivre par 5 ans de travail en pratique privée, structuré et supervisé, considéré comme phase finale précédant la formation continue.

Dans une perspective globale, le plus grand défi pour la médecine de premier recours est de s'imposer dans nombre de pays où elle n'existe pas, ou alors (pire!) est si mal organisée qu'elle est inefficace. En Afrique, les enjeux de santé publique dépassent largement la problématique de la médecine de premier recours: la tragédie du SIDA semble dominer toute autre considération. La



WONCA devrait, elle aussi, s'interroger sur ce qu'elle fait face à un tel désastre.

Conclusion

Notre participation au congrès de la branche européenne de WONCA, à part l'effet stimulant que permet la prise de recul face aux quotidiens, nous a permis de constater:

- que des médecins très engagés dans leurs pays respectifs nous ont montrés clairement la diversité des cultures, des possibilités d'accès aux soins, ou des problèmes prioritaires de santé;
- que les conférences plénières, surtout lorsqu'elles sont provoquantes (voir Fleming), permettent de conceptualiser et de repenser la médecine de famille;
- que la médecine de premier recours est complexe! En particulier, les influences socio-économiques sur la santé et sur l'organisation des soins apparaissent évidentes.

Nous espérons que ce résumé de congrès vous donnera envie d'en savoir plus! N'hésitez pas à nous contacter pour de plus amples informations.