

# De Grimentz à San Diego: réflexion sur la formation continue du généraliste

Comment passer d'un congrès sur la motivation du patient à Grimentz en juin 2002 à un congrès de pneumologie en novembre à San Diego. Si quelqu'un avait encore des doutes sur la difficulté d'être un médecin généraliste, en voici un bel exemple.

Von einem Kongress über die Motivation von Patienten in Grimentz im Juni 2002 an einen pneumologischen Kongress im November in San Diego. Wenn irgend jemand noch an den Schwierigkeiten zweifelt, mit denen man als Allgemeinarzt konfrontiert ist: hier ein schönes Beispiel dazu.

*Angelo Juliano*

Dans notre pratique il nous arrive tous les jours de passer d'une situation psychosociale inextricable à une franche pneumonie lobaire. La formation hospitalière ne nous a préparés que partiellement à affronter ces situations disparates. Et pourtant, avoir la bonne attitude au bon moment nous est indispensable. Alors comment organiser notre formation continue?

Certains diront qu'elle doit être effectuée en fonction de la sensibilité du généraliste. Si celui-ci a un penchant naturel pour la phytothérapie, celle-ci peut être axée surtout dans ce domaine. Je ne suis pas sûr que ce soit la bonne formule, car le drame du généraliste, c'est qu'il possède de nombreux penchants dans divers domaines, souvent disparates. Lorsque Berne impose une formation de 80 heures par année, le généraliste sourit car le dépassement du quota est naturel et je ne connais personne autour de moi qui soit à la limite dans ce domaine.

## Grimentz (juin 2002)

Après dix ans de pratique, je pensais que j'avais peu de choses à apprendre sur la relation médecin-patient. Avec l'intelligence et le brio du Dr Alain Golay, que je connaissais de vue lors de mon séjour hospitalier, mon avis

a diamétralement changé. Alain Golay est diabétologue et travaille surtout dans le domaine de l'obésité. Il est bien connu suite à la publication de son livre «Perso-Régime» [1]. Il a visiblement étudié de près la motivation d'un patient pour un régime et aussi le fonctionnement de ses résistances. Non seulement le congrès était intéressant sur l'approche de l'obésité, mais il était tout à fait applicable à d'autres situations telles que l'alcoolisme et le tabagisme. Voilà une grande partie de notre domaine, pour lequel nous n'avons pas eu de formation. Nous avons tout appris au front, sans théorie, tout au feeling. Et tout à coup, je découvre des théories de psychologie inspirées de l'école de Palo Alto (Californie) [2, 3] qui définissent des situations auxquelles je suis confronté tous les jours. Il y est décrit des attitudes qui permettent de mieux définir la capacité du patient à modifier ses comportements. Je pense qu'il est indispensable d'enseigner cela dans le cursus de formation d'un médecin de premier recours. Je pense même que les médecins installés devraient avoir une formation complémentaire de ce type afin de les rassurer sur leurs bonnes attitudes et les corriger de leurs travers. Je jubilai lorsque j'étais dans le vrai, mais il m'arrivait souvent de sourire énigmatiquement lorsque je me remémorais les situations où je n'étais franchement pas brillant. De nombreuses situations au cabinet illustraient ces théories dont l'application aurait été utile. Tout ce que j'ai appris m'a grandement facilité la tâche par la suite dans ma consultation. Cela semble une évidence mais il m'a fallu beaucoup de pratique pour comprendre que je ne devais plus apporter des solutions toutes faites au patient, que les ressources sont en lui et que même si ce que je dis peut être sensé, l'information n'est pas perçue s'il ne m'écoute pas. Tout l'art c'est d'apprendre à l'écouter et de se faire entendre, bref de communiquer.

Alain Golay, avec un art de la présentation hors du commun, a su donner à ce congrès une trame sans temps mort, alternant tour à tour de l'enseignement, des spectacles, des séminaires, des jeux de rôles, des invités de marque. Parmi ceux-ci Stefan Vanistandael, professeur d'ethnologie à Genève, et Françoise Kourilsky-Belliard, psychologue parisienne.

Tous les matins, nous avions la diatribe d'un philosophe espagnol, avec la profon-

deur d'âme qui sied à ce genre de personnage, et qui nous présentait la phrase du jour de Sénèque ou de Marc Aurèle. Ces réflexions décortiquées avec soin nous enrichissaient un peu plus l'existence.

Stefan Vaninstandael nous a parlé de la résilience [5–8]; ce terme difficile à conceptualiser définit la capacité d'une personne à rebondir dans un environnement défavorable. Il existe des personnes qui ne sont pas forcément détruites par des situations extrêmes, et les scientifiques s'intéressent à celles qui ont cette capacité de s'en sortir malgré l'adversité, pour en comprendre un peu mieux leur fonctionnement. Quant à l'autre invitée de marque, Françoise Kourilsky-Belliard, auteur du livre «Du Désir au Plaisir de changer», elle n'a rien à envier à son hôte en ce qui concerne l'art de présenter et de communiquer. Le titre de son ouvrage résume magistralement le contenu de son extraordinaire séminaire.

### San Diego (novembre 2002)

Que peut bien faire un généraliste à un congrès de pneumologie? J'appréhendais de perdre une semaine à faire de la médecine que je ne pratiquerai pas. J'avoue que j'avais tout de même du plaisir à me replonger dans une partie de la médecine interne, ceci d'autant plus que les sujets traités relèvent de la médecine de premier recours (COPD, EP, asthme, etc.).

Le Convention Center de San Diego est démesuré, plus de 25 000 médecins étaient inscrits; pour la plupart des pneumologues américains avec tout de même quelques milliers d'étrangers. L'inscription générale du congrès coûtait 300 dollars mais certains cours post-gradués avaient le même prix, ne duraient que deux heures et commençaient à 5h du matin. Possédant à mon cabinet un appareil de radiologie, je me suis payé pour le plaisir un cours de confrontation de radiologie et de clinique. La journée fut riche en quiz, en révisions de signes radiologiques de base et en analyses sophistiquées.

Certains cours très spécifiques traitaient des effets pulmonaires du drame du WTC, de l'effet anti-inflammatoire de certains macrolides. Dans le traitement des thromboses et des embolies, le fondaparinux tenait la vedette. En effet, cet inhibiteur du facteur X [9] appelé à remplacer nos héparines n'avait pas

d'antidote. C'est chose faite puisqu'il peut être contrecarré par un dérivé recombinant du facteur VII. Il y avait des cours trop barbants sur les cytokines impliquées dans la réaction asthmatique [10] et des cours passionnants sur les fonctions pulmonaires, l'exercice physique [11] et l'approche de la dyspnée. Dans les divers j'ai bien sûr suivi des conférences sur le syndrome des apnées nocturnes, les restless leg syndrome [12] répondant à un traitement dopaminergique et un cours très fun sur les médecines phytothérapeutiques; celles-ci ont pris une ampleur in soupçonnée de l'autre côté de l'Atlantique.

Il est important de se rappeler à ce propos qu'une dyspnée n'est ni une tachypnée, ni une hyperventilation, ni une hyperpnée, mais une sensation ressentie par le patient comme un souffle court et un serrement de poitrine qui fait intervenir un diagnostic différentiel large. Il comprend également de nombreuses maladies extrapulmonaires dont les maladies cardiovasculaires, l'obésité, les troubles métaboliques et bien sûr les problèmes psychiatriques. Une approche clinique sur 85 cas de dyspnée aiguë a montré que 64 étaient liés à des problèmes respiratoires dont 25 étaient dus à l'asthme et 12 aux COPD.

Par ailleurs le test à la métacholine avait 95% de valeur prédictive.

L'approche des dyspnées chroniques a montré que sur 72 cas, 36% étaient respiratoires, 14% cardiovasculaires, 19% dus à l'hyperventilation, et 19% non expliqués.

Le clou du congrès était «the state of the art» dans le traitement des maladies chroniques obstructives [13]. Le bromure d'ipratropium est le traitement standard du COPD mais celui-ci est souvent associé aux bêta-2 mimétiques en raison de leur efficacité et leur plus longue durée d'action. Les cortisoniques ne doivent être utilisés qu'en cas d'exacerbation ou de composante asthmatique. Dans les perspectives futures, un thiotropium (longue durée d'action) a été mis au point [14]. Celui-ci en association avec un bêta-2 longue durée sera le gold standard du traitement du COPD. Nos amis américains ont remarqué que 8% des asthmatiques utilisent des herbes et 6% du café et du thé noir. Ils ont relevé que la Grande-Bretagne utilise depuis 200 ans du Priar's balsam dont le mélange ésotérique n'a pas pu être identifié, que l'Allemagne utilise le Sinupret (gentiane, verveine, sureau), que

la Suisse utilise le Ricola (menthe, eucalyptus, sauge, thym, lavande), l'Inde l'«Indian therapy» à base de coleus ayant un effet mucolytique. Ils ont relevé également qu'en Europe l'utilisation du zinc aurait un effet antigrippal démontré. Mais la conférence était intéressante car elle nous rappelle que, dans la Mecque des guidelines, les patients écoutent plus les docteurs qui pratiquent une médecine «poétique» (traduction littérale de l'orateur) car le fait d'utiliser les plantes leur fait comprendre que nous les soignons avec la nature et non contre celle-ci.

«Last but not least», il ne peut y avoir de congrès sur la mécanique ventilatoire sans une course organisée dans le parc du Marriott Hotel. Etant marathonien depuis 8 ans, je n'ai pas hésité à m'inscrire au «fun run» de 5 km pour lequel je suis parti comme une fusée. Au troisième kilomètre, un pneumologue lausannois me dépasse. Ce patrouilleur des glaciers tenta de me rassurer en me prédisant une arrivée à moins de 2 km alors que j'étais au bord de l'asphyxie. Pour la première fois de ma vie, je fis un podium en arrivant troisième dans la tranche des 40–49 ans. J'ai remercié Dieu d'avoir mis le pneumologue dans la tranche des 50–59 ans. Pour l'anecdote, je me suis permis de prendre 5 mg de mélatonine (traitement inaugural) au vol de retour Los Angeles–Zurich et je suis arrivé frais et dispos en Suisse, contrairement à la plupart de mes collègues victimes du jet lag.

Cette double expérience illustre à quel point la formation continue doit porter à la fois sur le médicotéchnique et le psychosocial. Ceci est valable dans toutes les spécialités mais particulièrement chez le généraliste souvent ballotté entre ces deux extrêmes. Augmenter la formation dans l'un ou l'autre de ces domaines risque de l'amputer de sa vé-

ritable fonction. Jung [15] nous démontre dans plusieurs ouvrages l'importance symbolique de la conjonction des opposés qui permet de transcender la conscience. Cette conjonction entre le savoir faire et le savoir être doit être conservée dans l'élaboration d'un projet de formation continue. Si un projet devait être planifié par nos collègues de la SSMG et de la FMH, il devrait tenir compte de ces deux aspects, avant qu'une directive rigide et sclérosante ne nous soit imposée par des instances hors contexte Suisse. Je pense à notre future Eurocompatibilité. Je plains toutefois les préposés désignés à cet effet, car cela relève de la quadrature du cercle.

#### Références

- 1 Golay A. Le perso-régime. Paris: Payot; 1998.
- 2 Bateson G. Vers une écologie de l'esprit. Paris: Editions Le Seuil; 1980.
- 3 Watzlawick P. Faites vous même votre propre malheur. Paris: Editions Le Seuil; 1984.
- 4 Hourilsky F. Du désir au plaisir de changer. Paris: Dunod; 2003.
- 5 Vanistendael S. Humour et résilience: le sourire qui fait vivre. La Résilience: le réalisme de l'espérance. Directeur de recherches et développement. Genève: BICE.
- 6 Lucid SW. Six months on Mir. Scientific American, May 1998.
- 7 Van de Berg D, Van Bockern S. Building resilience through humor. Reclaiming children and youth. J Emotional and Behavioural Problems.
- 8 Lösel F. Resilience in childhood and adolescence. Children Worldwide. Genève, Paris: BICE; 1994.
- 9 Neutralisation of the anticoagulant effect of fondaparinux by recombinant activated factor VII in healthy male volunteers. Chest 2002;122:4(suppl): 58.
- 10 Asthma cytokines and drugs. Chest 2002;122(suppl.):64.
- 11 Application of pulmonary function testing and exercise testing. Chest 2002;122(suppl): 66.
- 12 The effect of smoking o periodic limb movement during sleep. Chest 2002;122(suppl):10.
- 13 COPD pulmonary function. Chest 2002;122(suppl):36.
- 14 Thiotropium is effective in Gold stage I disease (Mild COPD). Chest 2002;122(suppl):140.
- 15 Jung CG. Mysterium Conjunctionis. Tome I Paris: Edition Albin Michel. p. 32.