

DES SOINS PALLIATIFS AUX SOINS CONTINUS :

Interview du Docteur Jean-Marie GOMAS

par le Docteur Jean-Luc Gallais

JL.G : SIDA et Cancer ont pris une place particulière en tant que mythes et on assiste à une "montée en puissance" de la place des médecins généralistes dans ces domaines. Pensez-vous que cela traduit un changement concernant la médecine générale ?

JM.G : Je ne suis pas certain que la "montée en puissance" dont vous parlez soit significativement plus développée chez les médecins généralistes que dans l'ensemble de la société. La prise de conscience et l'emploi du mot "soin palliatif" sont récents. Si, de tous temps, de nombreux soignants ont considéré comme normal et naturel " d'accompagner" les malades, il faut bien dire que de nombreux services – en particulier de gérontologie – et de nombreux médecins généralistes ont toujours fait des "soins palliatifs" sans employer le mot. MAIS, et le mais est de taille, on se rend parfaitement compte maintenant que le niveau avec lequel ces soins étaient pratiqués est largement en retrait par rapport à ce que l'on sait faire maintenant, et par rapport à la "théorisation" actuelle.

Par ailleurs la compétence des médecins est, dans le meilleur des cas, en rapport avec la formation reçue. Les insuffisances en matière de traitement de la douleur, sont confirmées par deux exemples récents :

– l'étude de la Direction Générale de la Santé de Larue et coll. en 1992 :

1 malade sur 3 seulement est correctement calmé de ses douleurs cancéreuses.

– l'étude nationale (Sebag-Lanoe, Gomas, Salamagne en 1990) qui montrait que moins d'un gériatre sur deux savait prescrire correctement la morphine... Ceci étant, la prescription de morphine a largement évolué; la connaissance de la psychologie du "mourrant" a bénéficié de travaux récents dont ceux de E Kubler Ross : la découverte récente (moins de 20 ans !) des mécanismes de douleurs par désafférentation permet de les calmer, ce qui n'était pas le cas avant etc...

Ainsi de nombreux éléments me semblent révélateurs d'une RE-découverte des sens profonds de l'accompagnement des malades graves.

Le SIDA joue lui aussi un rôle dynamisant dans ces recherches et ces prises de conscience.

On peut donc penser effectivement de cette espèce de "courant de pensée" récent (10 ans) peut induire un "changement significatif" des médecins généralistes.

Depuis la première séance d'enseignement que j'ai faite sur ce sujet en 1986 : que de chemin parcouru tant au niveau de ce qui est demandé que du message délivré !

Il faut espérer que l'ensemble de notre profession réintègre ce qui n'aurait jamais dû quitter ses attributions : être les coordinateurs et les soignants qui peuvent être dans la CONTINUITE des soins, et ceci d'ailleurs quelle que soit la maladie et le pronostic.

Cette notion de soins continus est fondamentale en médecine générale, le terme "soins palliatifs" est bien regrettable mais désormais consacré par l'usage.

JL.G : Ce thème concerne à la fois la norme biomédicale et sociale et celle de l'intimité de la relation soignant-soigné. Une telle grille de lecture vous semble-t-elle un outil d'analyse des cas cliniques et une aide à la décision ?

JM.G : La première fois que j'ai lu un article de la SFMG sur ce sujet, j'ai été frappé par la correspondance profonde avec ma démarche qui était une recherche de rigueur et de méthode. La médecine générale souffre souvent de son manque de rigueur et de méthode !!

Il est évident que c'est un des arguments classiques des hospitaliers pour penser que notre métier n'est pas ou peu crédible... **Toute analyse incluant une " grille de lecture " de notre expérience quotidienne ne peut que favoriser la prise de conscience de notre fonctionnement et de ses enjeux.** Il y va de la légitimité comme de la qualité des soins prodigués en médecine générale.

JL.G : Quelles sont les différences essentielles que vous avez constatées entre vos interventions chez vos patients habituels et chez ceux pour lesquels vous agissez en tant que consultant ?

JM.G : Il s'agit là de questions cruciales pour moi qui reçois beaucoup de patients cancéreux. Car au fil du temps et de la diffusion des soins palliatifs, on m'appelle fréquemment alors que toute une équipe est déjà en place.

a) Pour les patients suivis par moi, ou conjointement avec mon associée et moi-même (a fortiori lorsque le cancer a été découvert au cabinet) l'histoire suit naturellement son cours en ce qui me concerne, c'est à dire que je suis et je garde mon rôle de référent thérapeutique : beaucoup de décisions majeures sont en général contrôlées au cabinet par l'intermédiaire de la famille ou par contacts directs avec les hospitaliers.

Il n'est pas question de laisser un patient, suivi dans le cadre des "soins continus" au cabinet, disparaître sans nouvelles dans un hôpital quelconque... J'écris, je téléphone, je faxe, je tempête, et pour finir s'il le faut, je fais une descente dans le service (souvent, alors, très conflictuelle) pour obtenir des explications ou de vraies réponses.

Ce qui ne veut pas dire que je reste participant aux décisions; ou que le malade est toujours respecté comme je le souhaite. Mais jusqu'au bout je tente de jouer le jeu de la collégialité et du partage des informations et des décisions. Il est clair – tous les lecteurs connaissent les mêmes services hospitaliers que moi – que ce sont hélas le plus souvent des insitutions peu humaines, à la structure orientée vers une médecine qui ne laisse guère de place au "sujet".

Les soignants qui y travaillent sont prisonniers du système, souvent sans s'en rendre compte; ainsi ils ne protestent même plus lorsque le planning de leur rendez-vous convoque les malades toutes les 10 minutes (quelle médecine, quelle écoute !).

b) Pour les patients pour lesquels je suis appelé "en renfort".

Mais justement si on m'appelle, c'est que la situation clinique ou éthique est sévèrement perturbée (douleurs graves non contrôlées, conflit avec l'hôpital, demande d'euthanasie, conflit avec le généraliste local qui semble dépassé, en tout cas aux yeux de ceux qui m'appellent...) un danger évident existe alors : celui de devenir " le spécialiste" des soins palliatifs ou du contrôle de la douleur.

Ce danger me semble limité car j'essaye toujours de ne pas jouer le jeu du "spécialiste qui sait tout" :

1) je prends des précautions déontologiques importantes comme par exemple : l'accord impératif du médecin généraliste avant toute intervention à domicile; cet accord est en général demandé par la famille sur mes conseils, ou par le malade lui-même.

Je n'interviens plus jamais sans cet accord explicite, qui ne suffit d'ailleurs pas à éviter les quiproquos et la souffrance du médecin généraliste en place ¹. Plus gênant mais inévitable, la famille et le malade saisissent immédiatement la qualité et surtout l'efficacité des soins de ce nouveau praticien, sur qui va souvent se faire le transfert de confiance. Je n'insiste pas plus sur les douloureuses relations ressenties par le confrère: même si l'on dit à une famille de rappeler le généraliste habituel ils comprennent bien que ce sont des explications adaptées et les 150 mg 2 fois par jours de Moscontin qui soulagent et pas les 30 mg 2 fois donnés avec réticence... L'entourage a parfois du mal à se situer vis à vis du généraliste qui ne calmait pas suffisamment la douleur ou ne répondait pas aux questions.

¹ Car soyons logique et réaliste : si un médecin généraliste parvient rapidement à calmer les douleurs, ou dénouer une crise éthique en 1 ou 2 visites à domicile (comme c'est souvent le cas, car ce n'est pas si sorcier lorsque l'on est bien formé et que l'on prend le temps...) alors que le généraliste déjà présent n'y parvient pas depuis 10 jours, 3 semaines, voire 3 mois, celui-ci ne peut que se sentir massivement remis en question.

Heureusement cette gêne n'existe pas toujours, et de plus en plus de confrères acceptent de collaborer à des stratégies thérapeutiques nouvelles pour eux en particulier lors de l'emploi de fortes doses de morphine ou de corticoïdes, et lors des discours authentiques sur la maladie ou la douleur .

Mais je me heurte encore souvent à cette difficulté déontologique à laquelle je ne vois guère de solution.

2) Une lettre et/ou un appel téléphonique le jour même ou le lendemain est **systématiquement** effectué, surtout en direction du généraliste si des modifications thérapeutiques sont rapidement nécessaires, et surtout en direction des hospitaliers si je prends des décisions de nature à infléchir les stratégies en place (ex: annuler un rendez-vous de chimio à un patient à l'agonie, demande en urgence une radiothérapie antalgique, annuler une X^{ème} séance d'un traitement qui ne freine rien du tout, annuler un scanner hépatique alors que le foie déborde dans la fosse iliaque et que les doigts suffisent pour comprendre, etc...)

3) un suivi relationnel par famille et malade interposés pour intégrer tous les soignants à la dynamique qui s'est mise en place. (cahier de transmissions avec tous, surtout les infirmiers qui ont souvent des réponses à des questions posées x fois, proposition de rencontres à domicile, proposition de se recontacter si problèmes...)

Des nuances doivent être apportées concernant les patients qui m'ont appelé comme "consultant" d'une situation insuffisamment éclaircie par leur médecin habituel. Je ne suis pas le docteur miracle et ne suis pas magistralement efficace sur telle ou telle situation. Parfois je n'effectue qu'une seule visite "de synthèse" ou "de conseil" et on ne me rappelle plus. Cela ne veut pas dire échec de mon travail, mais cela signifie que j'ai encouru à dénouer une crise ou à permettre de reprendre un cheminement utile pour tous.

Ainsi, sur les 64 malades décédés à domicile, dans 9 cas une seule visite a été effectuée :

- 2 fois en visite conjointe avec des confrères généralistes qui ont donc poursuivi les soins palliatifs à partir de ce que nous avons décidé ensemble.

- 4 fois les patients étaient à l'agonie, non calmés, et ma visite a permis les bonnes adaptations d'antalgiques pour les dernières heures de vie.

- 3 fois des situations particulières où les relais étaient pris par d'autres soignants.

Concernant les patients vus plus de 3 fois, en "collaboration" avec un autre généraliste, il faut de nouveau malheureusement observer l'étonnante difficulté des confrères à s'écrire entre eux ! Alors que correspondre avec un spécialiste ne fait pas de difficulté, il semble bien que le rapport "inhabituel" créé entre 2 généralistes soit source de bien des difficultés. Il est arrivé même que des confrères me parlent aimablement au téléphone lorsque je leur donne un compte rendu de ma première visite, puis agressent les hospitaliers ou la famille en demandant qui m'a fait venir comme s'ils étaient surpris...alors qu'ils ont donné leur accord préalable à la famille pour ce travail en commun ! Il est clair que nous sommes peu habitués à laisser de la place symbolique à un confrère généraliste, alors que nous sommes très habitués à ce que les spécialistes interviennent.

En revanche, la collaboration avec les soignants non-médecins est un vrai succès : souvent plus conscient des impératifs des soins palliatifs, ils sont très heureux de voir correctement traitée la douleur et prises en compte des questions éthiques. Ils acceptent avec joie les arrêts de chimiothérapie délirantes ou les ablations de tuyaux multiples sans aucun intérêt sur de patient à l'agonie. Sans parler des bonnes doses de morphiniques qui leur permettent enfin de faire les soins sans cris de douleurs...

c) Patients suivis par des confrères et qui demandent une visite conjointe

Formidable exemple de notre complémentarité, magistrale efficacité du travail d'équipe, ce type de demande me plonge dans la joie ! Quoi de plus confraternel que la visite, ensemble, au lit du malade, ou chacun s'échange et se complète dans ses compétences respectives et sa connaissance du milieu familial ? Quoi de plus gratifiant pour le malade et la famille que de voir que sa situation est prise avec sérieux, temps, collaboration, et non pas dans les habituels conflits institutionnels ?

Ce sont les visites à domicile qui démontrent parfaitement que nous sommes faits pour travailler en équipe. Malheureusement, ce type de demandes en encore bien rare (entre 1 et 6 par an !)

JL.G : La connaissance antérieure du patient et de son entourage avant la maladie cancéreuse ou la séropositivité constitue-t-elle selon les cas un facteur positif ou négatif ?

JM.G : Le généraliste qui travaille avec des notions de soins continus ne peut que se trouver potentialisé dans ses compétences. Il connaît l'histoire, la vie, les habitudes de son patient.

Nous ne sommes pas là pour nous "approprié" la vie de l'autre, son intimité familiale : ce que nous connaissons de lui restera toujours incomplet : mais bien entendu, le soutien en sera facilité, ainsi que la compréhension et l'anticipation des craintes.

JL.G : Le cancer ou le SIDA représentent-ils pour le soignant et le soigné une mise à l'épreuve, un test pour LA relation ?

JM.G : Sur un plan très personnel, c'est sûrement parce que le cancer et le Sida impliquent le sens même de la vie du sujet (et donc la nôtre!) que j'y attache un intérêt particulier. Là, pas de dérobade, l'angoisse de mort est présente, le questionnement sur le sens de la vie est continu. Les motivations de notre vie de soignant sont passées au crible et remises en questions. Bref, d'une certaine manière, c'est avec ce type de patients que l'intensité relationnelle est réelle, et les enjeux essentiels. Ce sont ces motifs qui rendent difficile la relation thérapeutique, et ce sont eux qui, en miroir, donnent tout le prix.

JL.G : Le Docteur André FLACHS est le promoteur du concept de "poids spécifique" du patient cancéreux en médecine générale. La place prise par les patients atteints de cancer ou de Sida a-t-elle modifié votre pratique professionnelle vis-à-vis des autres patients ?

JM.G : L'étude de FLACHS montrait de manière parfaite la notion de "poids spécifique". C'est tout à fait délibérément que je n'ai pas refait ces mêmes calculs (les proportions respectives du nombre d'actes et de visites chez les patients cancéreux par rapport aux patients non cancéreux, et les proportions de temps passé) car sa démonstration est claire de ce point de vue. Je ressens subjectivement la même chose : les visites chez les patients très altérés sont largement plus longues que chez un patient ambulatoire à la pathologie non majeure, et l'intensité relationnelle n'est pas la même. Il est essentiel d'insister d'ailleurs sur ce fait : **c'est le pronostic potentiellement mortel qui change radicalement l'implication du malade et du soignant.**

Le temps des actes est plus long, et les questions existentielles, l'angoisse de mort, les difficultés thérapeutiques sont omniprésentes, du moins si le soignant parvient à laisser suffisamment d'espace et de temps pour que les interrogations soient exprimées... 1

On comprend que ce type d'exercice ne laisse pas la place à la prise en compte "du poids spécifique". Ces médecins sont sûrement persuadés de faire le maximum pour leur malade...mais avec quelles références d'analyse de la relation thérapeutique ?

Ce poids spécifique et ces relations intenses entraîne bien évidemment une remise en question et un enrichissement considérable de sa manière d'être attentif à l'Autre. Incontestablement, l'ensemble de ma pratique a profité de cet acquis "relationnel". Ma manière d'envisager la vie – tout court – par exemple, a beaucoup évolué, et pas vraiment dans le sens actuel de la société qui dénie la vieillesse et la mort avec acharnement. Ma perception du temps a sûrement beaucoup évolué.

JL.G Cette expérience particulière dans le domaine du soin aux patients ayant un cancer ou un SIDA est-elle transposable à d'autres domaines ?

JM.G : Ce qui est transposable à tous, et pour tous les malades, c'est la meilleure connaissance de ce qui se joue dans la relation thérapeutique : dit, non-dit, déni, projection, mécanisme de défense, peurs diverses...

Le Sida est sans doute un cas d'école puisqu'il est à l'origine de nouveaux modes de fonctionnement comme les réseaux hôpital-ville.

JL.G : Votre désignation par d'autres soignants comme "spécialiste" en la matière a-t-elle donné lieu à des agacements, critiques ou résistances diverses d'autres confrères généralistes ? Vous dit-on que vous risquez de devenir un "MEP" (Mode d'Exercice Particulier) sans l'avoir souhaité ?

JM.G : Oui j'entends cela régulièrement ! C'est en général prononcé dans un sens négatif...

Mais je l'analyse à 3 niveaux :

1 J'ai rencontré récemment des généralistes en soirée de FMC qui me disaient faire entre 50 et 60 actes par jour, avec rendez-vous pris toutes les 10 minutes, sans compter les urgences intercalées. L'un d'entre eux m'avait dit " quand je sens que quelqu'un est très mal, je dis : oh! je sens que vous n'allez pas bien; voilà ce que je vous prescris " et je ne lui laisse pas le temps d'en dire plus car moi je n'ai pas de temps à lui consacrer ".

C'est évidemment une manière indirecte de "repousser" ce type de soins hors du champs d'activité de l'interlocuteur qui dit cela, comme une sorte de contre-identification et de mécanisme de défense. Sous-entendu : " Il fait cela parce que c'est un "spécialiste des mourants" (!); c'est pour cela qu'il y parvient. Moi, je n'ai pas à me reprocher de ne pas le faire (ou de ne pas garder mes malades à domicile jusqu'au bout) parce que je suis un vrai généraliste " Souvent des généralistes me disent "tu n'es plus généraliste car nous ne voyons pas autant de cancers".

Mais s'ils montrent à leurs correspondants une compétence spécifique, on leur adressera sûrement des patients, à eux aussi, sur ces sujets ou sur d'autres ! En fait, je vis ces remarques assez tranquillement , comme des défenses de mes interlocuteurs vis-à-vis d'une réalité qui fait peur.

J'ai appris un jour qu'un spécialiste de mes correspondants avait dit à un de mes malades : " Vous voyez toujours GOMAS ? Ha ! je croyais qu'il ne faisait plus que des mourants ! " (N.D.A. : c'est évidemment totalement faux). Ceci est une importante défense contre la réalité et une déformation un tantinet perverse...

- Etre un "MEP du cancer" pourrait être négatif ! Mais on peut le comprendre aussi comme une reconnaissance d'une capacité, développée et consciente, d'assumer des patients "lourds" comme une capacité à coordonner les soins à domicile en respectant l'indispensable collégialité du travail à domicile, en particulier avec les infirmières et autres soignants. Mais si l'orientation MEP veut désigner une certaine forme "d'activisme" vécue comme une entorse aux statuts du généraliste, alors je ne suis pas trop d'accord...Je prépare d'ailleurs une publication sur le suivi des personnes âgées à domicile: 1 000 personnes différentes suivies en 7 ans; ceci est bien du domaine de la médecine générale !

Mon répertoire informatique des diagnostics "certains" ou "suspectés" conforte d'ailleurs cette analyse, puisque tous les éventails des pathologies s'y rencontrent au cours des 19 000 diagnostics enregistrés (nous prévoyons d'ailleurs dans quelques mois une analyse rétrospective de ces 20 000 diagnostics successifs!)

Je crois très fort à la valeur du témoignage et de l'identification. Nous avons tous été impressionnés ou formés par des collègues dont l'expérience nous enrichissait car elle était présentée, mise en forme, acceptable, respectueuse. Si mon expérience approfondie de ce type de patient peut servir à d'autres, j'en suis gratifié : si c'est au prix d'une espèce de "particularisme" pratiquement inévitable en raison des mécanismes de défense des généralistes, tant pis !

Je reste pour ma part persuadé que je suis généraliste à part entière, c'est à dire partageant les conditions de vie, les contraintes de notre métier mais aussi les compétences spécifiques que tout un chacun peut développer.

J'ai rencontré ainsi un confrère lors d'un séminaire FAF qui me confiait qu'il avait une très importante expérience de la maladie d'Alzheimer en pratique libérale : on pourrait aussi lui dire qu'il est un "MEP" de l'Alzheimer ! Cela n'a pas de sens par rapport à notre légitimité. Etre généraliste, ce n'est pas " ne rien connaître correctement sur aucun sujet ! Pourquoi faudrait-il s'appeler MEP lorsque l'on connaît très particulièrement une pathologie ?

JL.G : Pensez-vous que la place actuelle de la médecine générale dans ce domaine d'activité est directement liée au fait qu'il s'agit d'un domaine complexe, à haut niveau d'investissement relationnel personnel et professionnel, économiquement peu rentable et, qui, à ce titre, n'est pas investi par d'autres médecins spécialistes ?

JM.G : Je le dit tout net : ce n'est pas le soins palliatif qui m'enrichira, au contraire ! Pour que cette activité soit réellement lucrative par rapport au temps passé et à la nomenclature lamentable et obsolète que nous subissons, il faudrait demander des honoraires considérables, impensables ! C'est sûrement un argument qui freine les ardeurs, mais ce n'est pas l'argument le plus modérateur. Les peurs diverses – à commencer par la défiance devant cet " investissement personnel personnel et professionnel " qui est une expression très fidèle à la réalité – sont sûrement responsables de cette insuffisance de prise en charge.

JL.G : Une fois que la compétence s'affirme, cette reconnaissance est-elle plus simple à faire reconnaître par les non-généralistes que pour ses pairs généralistes ?

JM.G : Absolument ! Il est difficile de reconnaître à un confrère une "compétence" qui n'est habituellement dévolue qu'au "spécialiste". La qualité de l'antalgie, ou l'apaisement des tensions éthiques, n'est en général reconnue que du bout des lèvres par le généraliste, alors que l'ensemble des autres intervenants exprime avec chaleur le profit pour tous de ce type de prise en charge; récemment, un confrère a refusé plusieurs fois ma venue (demandée par la famille) alors qu'il reconnaissait par ailleurs que la malade n'était pas calmée; sa souffrance de soignant lui faisait refuser simultanément une consultation dans un service spécialisé. Quelle solution déontologique dans ce cas pour le malade qui crie sa douleur et sa détresse ?

JL.G : Votre travail dans ce secteur a-t-il conduit à des modifications particulières de l'organisation de votre journée de travail de médecin généraliste parisien ?

JM.G : Les modifications sont celles de tout généraliste devant consulter auprès de malades "lourds" : il prévoit, ou improvise dans l'urgence de "prendre du temps". Il m'arrive souvent d'être en retard en raison de visites durant 2 ou 3 fois plus que prévu. Cela n'a rien de très original.

De plus, à Paris le temps de transport est une contrainte majeure lorsque je suis appelé par des malades très éloignés de mon secteur immédiat. Je suis donc amené à programmer des visites tard le soir pour échapper aux embouteillages. Dès le premier jour de mon installation il y a 12 ans, j'ai pris mes rendez-vous toutes les demi-heures. Cet intervalle n'est pas suffisant évidemment pour bien des malades et en particulier pour des patients atteints de cancer ou lors des conflits éthiques si fréquents. Il s'agit donc d'une adaptation banale de mon emploi du temps, mais qui nécessite sûrement une maturation intérieure sur ce que l'on veut faire. A noter que très régulièrement, dans les autres situations critiques ou agoniques, mon associé et moi-même avons pris l'habitude de prévoir d'appeler ¹ le malade le soir ou le week-end afin de "relayer" l'aide et de nous redéplacer s'il le faut. Cette dernière donnée est dépendante en partie de la vie parisienne, impossible à appliquer en milieu rural par exemple.

JL.G : Ces tâches organisées et planifiées nouvelles doivent-elles donner à un acte de nomenclature et une tarification particulière soit à l'acte, soit de façon forfaitisée ?

JM.G : Absolument ! La lourdeur des actes ne concerne d'ailleurs pas que la fin de vie. Tout au long d'un cancer ou d'un Sida, le poids spécifique des consultations et des visites est à prendre en compte.

Il est illusoire de penser qu'un médecin généraliste peut passer de gaité de coeur, de manière répétée, 1 heure ou 1 heure 30 au chevet d'un malade, pour une somme dérisoire qui est sans aucun rapport avec l'implication, les connaissances en cause et la responsabilité engagée !

¹ Nos numéros de téléphone privés restent confidentiels quelle que soit notre implication auprès d'un malade : c'est nous qui appelons

Outre la rémunération (enfin!) du temps de coordination médico-sociale, un "acte lourd" doit absolument être créé pour permettre une adaptation à la réalité (avec une rémunération de l'ordre du double d'une visite habituelle). Simple à concevoir, l'application en est bien plus complexe puisque ce n'est pas le temps de soins qui est rémunéré en médecine... Il faudra pourtant bien trouver un moyen de prendre compte cette dimension, ou accepter plus facilement le codage de plusieurs actes concernant, dans les faits, le temps passé et le soutien accordé à l'entourage.

JL.G : De nombreux médecins généralistes ont développé une expertise dans des domaines de soins aux patients toxicomanes, alcooliques, séropositifs ou pour les personnes âgées. Pensez-vous que cette compétence est indispensable et qu'au travers d'elles, il sera possible de faire progresser collectivement la médecine générale et la collectivité des médecins généralistes ?

JM.G : Cette acquisition de compétence particulière est sûrement souhaitable, en évitant le mot de "spécialisation" antinomique avec la notion de soins continus et de médecine générale ! Je suis profondément convaincu que cela peut faire avancer notre profession, sinon je n'écrirai pas ce genre d'étude (qui représente des années de formation autofinancées et des journées entières de travail...bénévole!)

L'expérience des 3 années d'activité au sein des séminaires de FMC agréés par le FAF me confirment dans le rôle "moteur" que nous pouvons tous avoir si nous acceptons de penser, mettre en forme, rendre didactique nos compétences particulières. Elles sont d'autant plus efficaces et pédagogiques que ces témoignages sont immédiatement accessibles à des confrères dont nous partageons le quotidien. Et puis, au moins, il s'agit d'enseignement fait par des médecins qui connaissent le domicile, et pas par des agrégés qui n'y ont jamais mis un pied et qui n'ont pas idée des contraintes de ce type de situation ¹

Il s'agit là d'un enjeu essentiel ! Car si les généralistes "personnes ressources" sur des sujets précis perdent trop souvent en fait leur identité généraliste en acquérant cette compétence, et nous tombons de nouveau dans le piège de la spécialisation ou de l'hospitalo-centrisme.

Nous devons à tout prix vivre, montrer, prouver et enseigner que l'on peut faire du soin compétent et complet, dans la collégialité, en gardant un statut de généraliste.

¹ J'ai vécu ce décalage un jour lors d'une visite conjointe avec 2 professeurs agrégés appelés par la famille d'un patient en situation critique : ils n'avaient jamais vu autant de difficultés pour obtenir une ambulance d'urgence, et étaient désemparés

Il me semble évident qu'un discours de généraliste, devenu très "pointu" sur un sujet ou une pathologie précise, n'est cependant pas superposable au discours sur le même sujet, prononcé par un hospitalier. Car de nombreux points sont différents : l'insertion, l'implication personnelle, la place symbolique du rôle de soignant, la connaissance du tissu socio-familial, les capacités à la relation d'aide, les modalités même de cette relation...

Généralistes et hospitaliers sont complémentaires dans cette richesse, pas opposés ou en contradiction.

Le développement de médecins généralistes compétents dans des domaines bien définis est donc une nécessité impérative pour servir tout à la fois de développement et d'identification pour la profession.

JL.G : Vous avez découvert la SFMG ces dernières années, pensez-vous que la démarche qui est la sienne autour de la théorie professionnelle est un moyen d'optimiser l'approche diagnostique et thérapeutiques, en particulier dans les situations complexes.

JM.G : Nous avons tous besoin de rigueur et d'outils d'analyse. Nous avons tous besoin de groupes de recherche pour faire avancer la compréhension de notre rôle et la compétence de nos soins. La démarche de la SFMG doit garder sa richesse – qui fait sa crédibilité – mais sûrement s'ouvrir – comme elle le fait depuis 1992 – et partager avec tous cette dynamique qui va dans le sens de la légitimité grandissante de notre métier, de notre discipline.