

Formation post-graduée au cabinet du praticien

par Nicole Ducrey Crettenand
François Pilet

Introduction

«Vous verrez ça avec votre médecin traitant!»

Qui n'a pas répété des centaines de fois cette phrase durant sa formation post-graduée hospitalière? Mais au fond, ce fameux médecin traitant, que faisait-il, derrière la porte de son cabinet, de tous les problèmes sans réponse que le jeune interne lui avait élégamment délégués?

Voilà qu'un beau jour, le médecin-assistant s'est retrouvé médecin traitant lui-même, dans son propre cabinet, sans avoir jamais vraiment su ce qui l'y attendait! À l'exception des chanceux qui ont pu travailler dans une polyclinique médicale ou chez un praticien, la majorité des médecins, en effet, s'installe en pratique privée en n'ayant à peu près aucune idée de ce qu'est véritablement une consultation ou une visite à domicile! Nous avons toutes et tous, heureusement, de bonnes facultés d'adaptation et d'apprentissage spontané, mais on est tout de même en droit de se poser quelques questions sur une formation professionnelle, aussi longue et aussi peu adaptée aux besoins. Voilà une trentaine d'années, notre regretté maître, le professeur Edouard Jéquier-Doge, l'affirmait haut et fort: «Dans les hôpitaux, on ne forme pas des médecins, on forme de la main-d'oeuvre hospitalière! Lorsque je me suis installé au Grand-Chêne, après 17 ans passés dans le service universitaire de médecine interne, dont onze comme chef de clinique, je ne savais pas ce que c'était que la médecine!»

De grands progrès ont eu lieu, ou sont en voie de réalisation, dans la formation pré-graduée, fort heureusement. La formation post-graduée, quant à elle, continue à se dérouler en grande partie dans les hôpitaux, qui ont besoin de cette main d'oeuvre. Ce n'est pas la qualité, souvent excellente, de cette formation hospitalière qui est en cause, mais son adéquation à la pratique ambulatoire. Saluons, à cet égard, les efforts du Groupement des Médecins Généralistes Vaudois, qui a confié en 1998 au Pr Péroud, responsable de la polyclinique médicale universitaire, et au Dr Fréhelin, médecin généraliste FMH, la charge de mettre sur pied un cur-

riculum taillé sur mesure pour les futurs omnipraticiens, en collaboration avec certains chefs des services spécialisés.

L'idée de travailler en tant qu'assistant dans un cabinet privé n'est pas nouvelle. Un projet pilote genevois, sous la direction du Pr. Hans Stalder, associés à des praticiens valaisans, avait permis de faire quelques expériences voilà 15 ans (1). Un modèle genevois est d'ailleurs actuellement en vigueur (2), alors qu'un modèle vaudois est en gestation. Un second projet pilote, sous l'égide du Collège de Médecine de Premier Recours (CMPR), a été lancé sur l'ensemble de la Suisse ces dernières années et se poursuit actuellement (3). Ce n'est pas le lieu ici de rapporter en détail ces projets dont on trouvera la description dans les références citées. Par manque de financement, ces projets ont mis des années à se concrétiser, en particulier parce qu'on avait l'obsession de la non-rentabilité du médecin-assistant: cette formation ne pouvait pas être crédible si ce dernier avait un certain rendement...

Las de ces tergiversations, j'ai décidé de me lancer sans plus attendre dans l'aventure en 1997, ayant obtenu la reconnaissance adéquate auprès de la FMH. J'ai eu jusqu'ici sept assistant-e-s, certain-e-s à plein temps durant 6 mois, d'autres à mi-temps durant une année. Je recommanderais plutôt cette dernière formule qui présente le double avantage d'un suivi plus long des patients par l'assistant et d'une charge moins lourde pour le cabinet. Je n'ai bénéficié que deux fois du soutien financier par le fond du CMPR, car les candidat-e-s ne remplissaient pas tous, les critères très rigides du projet.

L'une des candidates, qui a travaillé une année à mi-temps avec moi et qui m'a ensuite remplacé durant un temps sabbatique (pouvant ainsi directement tester ce qu'elle avait appris), expose ci-après la manière dont elle a vécu ce stage et ce qu'elle en a retiré. Je donnerai ensuite mon point de vue de maître de stage, activité que je trouve passionnante.

Point de vue du médecin-assistant

Après plusieurs années d'assistantat en milieu hospitalier et avant de m'installer à titre indépendant comme médecin de premier recours,

j'ai désiré acquérir une expérience dans le domaine de la médecine ambulatoire. J'ai eu la chance de collaborer durant une année à 50% en qualité de médecin assistante avec un médecin généraliste au bénéfice d'une expérience de 20 ans en milieu ambulatoire puis de le remplacer durant 6 mois.

J'ai découvert des facettes de la médecine assez éloignées de celles de la médecine hospitalière ou de celles qui sont enseignées à la Faculté. C'est en premier lieu la gestion de la relation avec le patient qui diffère passablement entre la pratique ambulatoire et la pratique hospitalière. Schématiquement et selon mon vécu, j'ai constaté qu'à l'hôpital, le médecin a un rapport de toute puissance envers le patient. Ce dernier, déjà souvent alité, est prêt à être examiné avant l'arrivée du médecin, qu'il n'a, par ailleurs, pas choisi mais qu'il accepte sans difficulté. Après une anamnèse détaillée, un statut complet, des examens para cliniques, et parfois une mise en observation du patient, un diagnostic est posé, un traitement instauré. Le patient retourne à son domicile avec un rendez-vous en poche pour la suite de la prise en charge par son médecin traitant. En médecine ambulatoire, l'approche relationnelle est différente; c'est le patient qui choisit son médecin. Durant ma période d'assistantat, j'ai constaté que certains patients, que j'avais dû soigner, m'ont montré dans un premier temps des signes de méfiance voire de mécontentement en voyant qu'ils n'avaient pas affaire à leur médecin habituel, alors que préalablement ils avaient été avertis et qu'ils avaient donné leur accord. J'ai découvert, que pour établir une relation de confiance réciproque médecin-patient, il était nécessaire de prendre le temps d'écouter et de rester ouvert aux demandes du patient. Les aspects émotionnels du médecin jouent également un rôle important. Je dois avouer que les premiers jours de mon expérience en médecine ambulatoire ont nécessité une dépense d'énergie que je n'avais pas soupçonnée pour établir une telle relation.

Il existe une immense richesse des pathologies rencontrées en médecine générale, avec des présentations cliniques variables selon les patients. Les plaintes sont régulièrement atypiques. Elles masquent parfois des difficultés non verbalisées qu'il faut décoder. C'est à ce mo-

ment-là que s'exprime toute la dimension psychosociale du patient. Les symptômes sont rarement comme ceux qui sont décrits dans la littérature médicale. À la fin de la consultation, un diagnostic définitif n'est pas toujours établi. Cet état peut générer une certaine inquiétude chez le médecin. La suite de la prise en charge du patient dépendra directement de la relation de confiance qui a été établie préalablement. La compréhension du patient pour le suivi proposé est un autre élément majeur. J'ai découvert que les échanges d'expériences et le travail en réseau avec des confrères spécialistes ou avec d'autres prestataires de soin pouvaient améliorer sensiblement la prise en charge des patients.

J'ai vécu quelques difficultés dans l'exercice de la médecine ambulatoire. La première est celle de la gestion du temps. Elle tient une place importante dans ce travail. C'est une source de stress quotidien, qui s'accroît lorsque la salle d'attente est pleine et qu'une urgence est annoncée. Une autre difficulté réside dans la fréquence et le type des pathologies rencontrées en milieu ambulatoire qui diffèrent sensiblement de ceux en milieu hospitalier. Je pense aux problèmes cutanés, à ceux de l'appareil moteur (troubles dégénératifs, lombalgies communes, mais aussi une foule de douleurs n'entrant dans aucune catégorie apprise...), ainsi qu'aux souffrances psychiques qui nécessitent rarement une hospitalisation, mais qui occupent une grande partie des consultations. De plus, ces problèmes sont relativement peu abordés durant les études de médecine. J'ai également dû apprendre à m'occuper de patients qui présentent des pathologies chroniques pour lesquelles les traitements préconisés sont actuellement peu efficaces ; il s'agit tout particulièrement des troubles somatoformes douloureux, des états dépressifs chroniques et des lombalgies chroniques. Dans les consultations, j'ai également été surprise par la quantité de travail que représente la prévention secondaire dans le domaine des addictions et des facteurs de risque cardio-vasculaire.

En conclusion, ma période d'assistantat dans un cabinet médical m'a permis d'appréhender au mieux le travail du médecin généraliste et de me familiariser avec les pathologies rencontrées en milieu ambulatoire. J'ai pris conscience de toute l'importance de la relation médecin-patient et de la nécessité d'établir un climat de confiance pour optimiser le suivi médical du patient. Confrontée à cette réalité de la médecine de premier recours, je pense m'être améliorée dans la gestion du temps imparti pour chaque consultation et dans la capacité à supporter l'incertitude dans l'établissement des diagnostics. Ce travail a pu se concrétiser et apporter tout son bénéfice grâce au soutien d'un médecin superviseur qui, en partageant ses expériences

professionnelles, a été une source importante de connaissances du point de vue médical comme du point de vue relationnel.

Point de vue du praticien

Stimulant par la remise en question permanente qu'il exige, le rôle de maître de stage m'a beaucoup apporté durant ces six années. Il m'a permis tout d'abord de prendre conscience de ma façon de travailler, des qualités que j'avais développées au cours des années, des stratégies et méthodes que j'avais peu à peu mises au point, sans m'en rendre compte ; mais aussi des défauts, négligences et mauvaises habitudes, bien sûr, ce qui n'est pas moins bénéfique. J'ai déjà pu en corriger certaines mais il reste du pain sur la planche !

La présence d'un-e jeune assistant-e qui observe indirectement votre façon de pratiquer ressemble un peu à une «peer-review» prolongée. Sans être encore un pair, en effet, le jeune confrère, en pénétrant l'intimité de vos dossiers, en vous écoutant raisonner, met à jour vos forces et vos faiblesses, que vous le vouliez ou non, ceci dans un respect mutuel. Comme un adolescent devient adulte en faisant le deuil de la perfection parentale, le jeune médecin semble finalement rassuré de voir qu'on peut pratiquer honnêtement la médecine générale sans être parfait.

Transmettre son expérience, celle qui ne se trouve pas dans l'abondante littérature médicale, nuancer par des exemples pratiques les données de la science, permettre de découvrir la richesse de la médecine de famille, trans-générationnelle, mettre en évidence l'impact des événements médicaux dans l'histoire d'une vie, sont autant de fonctions passionnantes pour un médecin praticien.

Mais avant tout, je crois que mon rôle primordial dans la formation post-graduée est de permettre aux jeunes médecins de passer d'une vision du patient objet (de soins), à disposition dans un lit, en chemise d'hôpital, à qui l'on impose investigations et traitements, à celle du patient-sujet, qui vient ou non au rendez-vous, qui accepte ou non les examens, qui prend ou non les pilules, qui suit ou non les recommandations en tout genre, qui a sa propre représentation de la maladie, de ses causes et de ses traitements, et dont les besoins ne sont finalement pas toujours ceux que nos critères cliniques imposent à notre esprit de médecin. Enseigner aussi, par l'exemple, tout en acceptant ses limites, qu'il faut étudier encore et toujours, mais que si les vérités scientifiques, économiques et sociales changent, l'Humain demeure.

Et les patients, direz-vous, comment vivent-ils la présence de médecins-assistants ? Si la plupart ont très vite compris l'avantage indé-

niable à être reçus rapidement en cas d'urgence, il est en revanche plus délicat – et pourtant nécessaire à la formation – de faire accepter un suivi prolongé. Mais là encore, la majorité des patients comprennent le bénéfice qu'ils peuvent trouver à être ré-écoutés et ré-examinés à fond, tranquillement, par des oreilles et des yeux neufs, à voir leur dossier remis en ordre, exploré plus en détail. Beaucoup d'entre eux développent une excellente relation avec le médecin-assistant et le regrettent quand il s'en va. Je fais cependant très attention, en principe, à ce qu'un patient chronique ne soit pas suivi successivement par plusieurs assistants mais qu'au contraire, il puisse reprendre le traitement avec moi, me raconter avec malice ce que l'assistant a découvert et qui m'avait échappé, me dire parfois son ressentiment, très passager, d'avoir été «abandonné» (alors même que je l'avais salué presque à chaque fois...).

La supervision se fait de façon directe, en présence du patient, le plus souvent au début, puis de manière indirecte, sur dossier, entre deux patients, en fin de journée ou de semaine, selon les cas. Je suis revenu de mon temps sabbatique avec le projet de m'équiper d'une vidéo, seule façon de faire une vraie supervision par observation directe et qui permettra d'améliorer sensiblement l'enseignement sur le déroulement d'une consultation comme sur divers aspects relationnels.

En conclusion, je suis très reconnaissant à tous ces jeunes médecins de m'avoir fait confiance, de m'avoir permis de progresser, d'avoir toujours travaillé avec beaucoup de motivation, de conscience professionnelle et de loyauté, et de m'avoir offert un sentiment de jeunesse en leur compagnie.



Bibliographie

1. Lalicata-Gisselbaeck M, Stalder H. Assistantat au cabinet médical. Bull méd suisses 1988: 1533
2. Brinkley B, Viret J-D. Assistantat au cabinet médical: le modèle genevois. Primary Care 15: 454-455, 2001
3. Rindlisbacher R, Battaglia M. Formation post graduée au cabinet du médecin de premier recours. Bull Med Suisses 83 (14): 643-5, 2002



Adresse

Dr Nicole Ducrey Crettenand
Méd.Gén. FMH
Rue des Battindeys, 1957 Ardon

Dr François Pilet
Méd.Gén. FMH
case postale 300, 1896 Vouvy