

Pierre Loeb, Président de l'ASMPP

Le médecin de famille



En allemand, le médecin de famille est un «Hausarzt», littéralement un «médecin de maison» (Hausärzte Schweiz – Médecins de famille Suisse), comme si nous soignons des maisons. Certains patients médisants se plaisent à dire que les médecins de famille ne consultent plus à domicile de nos jours, se vantant par la même occasion que leur

médecin de famille, lui, s'est déjà rendu chez eux pour une urgence... C'est très bien ainsi, chacun s'estime être privilégié.

Ou peut-être êtes-vous l'un de ces médecins de famille qui ne consultent pas (plus) à domicile? Vous ne devriez pas vous priver de ces occasions. Pas seulement en raison des indemnités forfaitaires de dérangement assurées jusqu'à la fin février 2012 (!), mais surtout parce que les consultations à domicile sont un des meilleurs moyens dont nous disposons pour obtenir autant d'informations psychosociales supplémentaires – et nous voilà revenus au médecin qui s'occupe de la famille, le «Familienarzt». Contrairement aux spécialistes qui traitent les pathologies, nous avons le privilège de pouvoir prendre en charge des personnes ou des systèmes familiaux dans leur ensemble.

Lorsqu'il s'agit de comprendre les patients, je ne pourrais en aucun cas me passer de mes propres expériences en tant que fils, petit-fils, neveu, gendre, ou bien encore en tant que père, époux et beau-père. Naturellement, il est important que nous apprenions aussi, en groupes Balint, en supervisions ou en interventions, à analyser précisément ces expériences et à les différencier les unes des autres, afin de pouvoir prendre en charge nos patients comme il se doit et afin d'analyser et filtrer nos propres perceptions à l'aide de la «troisième oreille» et des yeux de Balint¹, pour ne pas que celles-ci prennent le pas sur nos propres histoires. Cependant, l'ensemble du sensorium de la cohésion familiale, des joies, des contraintes et des souffrances refait justement surface maintenant, durant la période de Noël. Les patients célibataires, socialement isolés, laissés-pour-compte, mal-aimés ou dépassés par les événements nous ouvrent l'accès à des contextes et des histoires liés à leur bien-être (ou mal-être) au sein de leur famille, sur leur lieu de travail et... dans leur corps. Avant tout pour les médecins de famille de longue date, qui connaissent bien souvent plusieurs générations, cet arrière-plan est un élément très utile pour l'analyse de la maladie de leurs patients et il est souvent d'une aide bien plus précieuse que les examens les plus coûteux.

La préoccupation constante de nos patients, et la nôtre également, est la gestion du temps, l'équilibre travail-vie ainsi que la conciliation entre vie familiale, vie privée et vie professionnelle. Combien de temps devons-nous consacrer à notre métier, à notre famille et à nous-mêmes? De même que pour la sexualité, nous sommes ici apprenti et modèle, victime et coupable à la fois. Nous nous permettons de sermonner nos patients – et entendons les mêmes reproches chez nous, à la maison. Nous nous efforçons de compenser la «quantité de temps» par la «qualité du temps» et consacrons un soir par semaine à notre époux ou épouse exclusivement – et

nous savons comme cela est peu évident. Néanmoins, nos propres difficultés sont le meilleur enseignement qui soit, elles nous permettent d'aider nos patients à surmonter leurs difficultés. Nous sommes d'ailleurs bien plus crédibles lorsque nous laissons transparaître nos propres efforts, au lieu de prêcher quelque chose *ex cathedra* que nous n'appliquons pas nous-mêmes.

D. Winnicott² a développé la notion de «Good-enough-mother», la mère «suffisamment bonne», qui est elle-même en mesure de combler les besoins du bébé, pour autant que le bébé ne se sente jamais totalement délaissé. Pour nous, cela constitue à la fois un défi et une consolation: nous y travaillons, nous faisons tout notre possible – dans notre vie privée au-

tant que dans notre vie professionnelle.

Ainsi, l'équipe de la rédaction de PrimaryCare a réuni pour cette année plusieurs articles qui placent le médecin au premier plan. Comment évoluons-nous dans notre environnement et comment y sommes-nous perçus?

Nous espérons que vous prendrez plaisir à lire ces articles et qu'ils sauront susciter votre intérêt. L'ensemble de l'équipe de la rédaction et les Éditions médicales suisses EMH vous souhaitent de très bonnes fêtes de fin d'année et vous présentent leurs meilleurs vœux pour la nouvelle année.

Nous sommes d'ailleurs bien plus crédibles lorsque nous laissons transparaître nos propres efforts, au lieu de prêcher quelque chose *ex cathedra* que nous n'appliquons pas nous-mêmes.

1 Michael Balint (1896–1970) était un psycho-analyste hongrois qui s'est consacré à la dynamique psychologique dans le cadre de la médecine de premier recours (groupes Balint).

2 Donald Woods Winnicott (1896–1971) était un pédiatre et psychanalyste britannique, qui passa de la pédiatrie à la psychanalyse sous l'influence de Melanie Klein. Il est considéré comme étant l'un des principaux défenseurs de la théorie de la relation d'objet.