

devenir generaliste.ch

Le médecin de famille vu de l'hôpital: du dénigrement au respect mutuel Genève 21.11.09

Prof JM Tschopp

Médecin-directeur, chef du Département de
médecine interne

Centre hospitalier du Centre du Valais, 1950 Sion

- Vision d'un médecin hospitalier sur la médecine de famille
- Importance du médecin de famille pour le médecin hospitalier
- Perception du travail du médecin de famille par le médecin hospitalier
- Comment changer cette perception?



Mr R, décédé 75 ans, BPCO
Peintre
Suivi à domicile par son médecin traitant

↓ 50 ans
→

$25 \text{ ans} \times 365 = 9125 \text{ j}$
 $8 + 10 + 12 = 30 \text{ j}$
 $30/9125 = 0.3\%$ de la réalité de
ce malade

Arrogance et paternalisme

Editorial

G. Waeber

L'histoire reste une source inépuisable d'enseignements. Il y a presque 30 ans, fut publiée, dans un numéro du *New England Journal of Medicine*, une conférence du Pr Franz J. Ingelfinger et j'ai pensé honorer la mémoire de cet homme par un résumé – probablement trop simplifié – de ce discours.¹

F. J. Ingelfinger, né en 1910, fut professeur de gastroentérologie à l'Université d'Harvard à Boston. Personnalité très remarquée, il fut patron pendant près de 30 ans au sein du Boston University Hospital où il fut reconnu comme clinicien remarquable. En 1967, il fut nommé rédacteur en chef du

New England Journal of Medicine et la contribution d'Ingelfinger au développement et à l'extraordinaire renommée du *Journal* est largement reconnue.

Trois ans avant son décès survenu en 1980, F. J. Ingelfinger a donné une dernière conférence à Harvard, dont

les notes écrites furent publiées en 1980.¹ Il s'est penché sur les enjeux de la formation médicale, sur la relation médecin-patient et sur plusieurs aspects éthiques qui restent au centre de nos préoccupations quotidiennes.

Il y a presque trente ans, F. J. Ingelfinger nous rappelait que l'objectif prioritaire de tout médecin est d'assurer le bien-être de son patient. A ce titre, le médecin peut parfois paraître autoritaire et son discours empreint de paternalisme. Selon lui, le médecin doit non seulement informer et proposer toutes les alternatives d'un éventuel traitement à son patient, mais également le conseiller, voire endosser une partie de responsabilités dans ses décisions. Cette perspective est très éloignée de ce qui est enseigné à l'heure actuelle dans nos universités où cette forme de paternalisme est jugée totalement désuète dans la relation médecin-malade.

F. J. Ingelfinger nous défie dans cet article des années 80. Les termes nouveaux à l'époque, tels que «manque de compliance» refléteraient selon lui simplement une incapacité du médecin à informer et à convaincre son patient. Donc, avant de blâmer le patient qui ne suit pas son traitement, le praticien devrait se questionner sur sa capacité à communiquer une adhésion au traitement. Le titre de son article était intitulé «Arrogance». Selon F. J. Ingelfinger, le scientifique peut paraître parfois arrogant, mais il le sera uniquement si le contenu de son discours traduit l'ignorance. Dans la perspective du patient, le scientifique arrogant est plutôt synonyme de scientifique prétentieux. L'arrogance est reconnue par F. J. Ingelfinger comme inappropriée et de nous rappeler que le doute incessant de chaque scientifique permet de freiner l'arrogance du médecin. Finalement, cet éditeur insiste sur l'importance de l'empathie envers le patient, parfois jugée excessive et teintée de paternalisme.

Ce discours est d'autant plus riche lorsque F. J. Ingelfinger évoque une expérience personnelle. Ce professeur de gastroentérologie mentionne qu'il a souffert d'un cancer de l'œsophage qui avait requis une intervention chirurgicale. Dans les suites opératoires, la question d'une chimiothérapie

«... le scientifique peut paraître parfois arrogant uniquement si le contenu de son discours traduit l'ignorance ...»

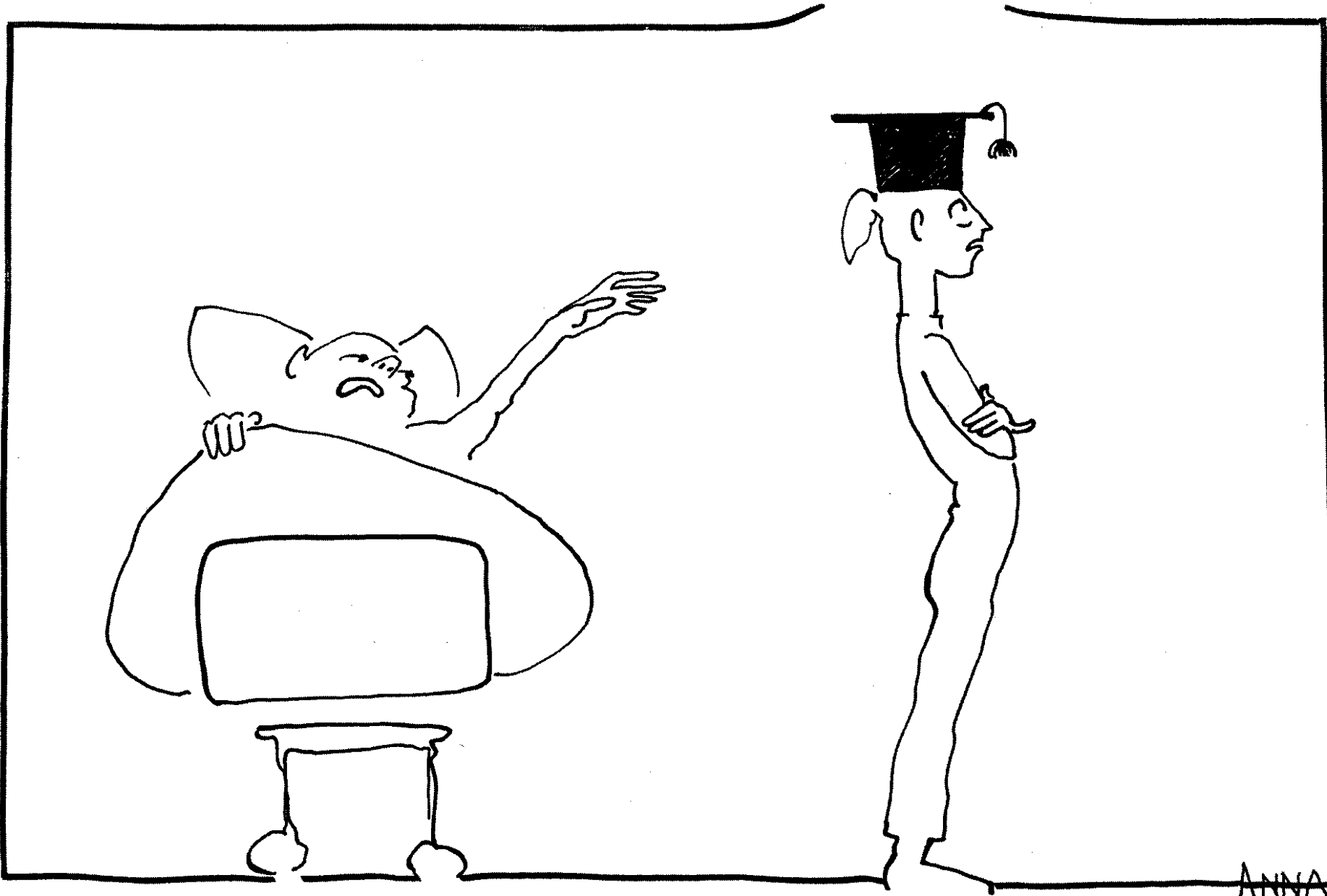
Articles publiés
sous la direction du professeur



Gérard Waeber

Chef de service
Service de médecine interne
CHUV, Lausanne





ANNA

**«... l'article nous rappelle
l'importance du médecin
traitant comme unique inter-
locuteur face à de multiples
intervenants parfois très spé-
cialisés ...»**

Prof G. Weber, Editorial RMS 2009; 2131

**Bartoccini S, Bonnadonna G, Sartori F
Dall'altra parte E Rizzoli Milan 2004**

Mr Fernand 43 ans: son témoignage

- un spécialiste: « je ne peux plus rien pour vous...»
- Son épouse: « j'ai cherché sur Internet toute la nuit... heureusement, il y des sites à Montréal et à St Gall... »
- Mr Fernand: « je veux vivre à la maison...aidez-moi à vivre le + lgtps possible mais sans me maintenir lorsque je ne le voudrai plus: sans mon médecin traitant, je ne saurai plus comment y faire »

- Vision d'un médecin hospitalier sur la médecine de famille
- Perception du travail du médecin de famille par le médecin hospitalier
- Comment changer cette perception?



*"When we want your opinion,
we'll give it to you"*

Lewis IJ, Sheps CG
The sick citadel
The American Academic Center
and the public Interest

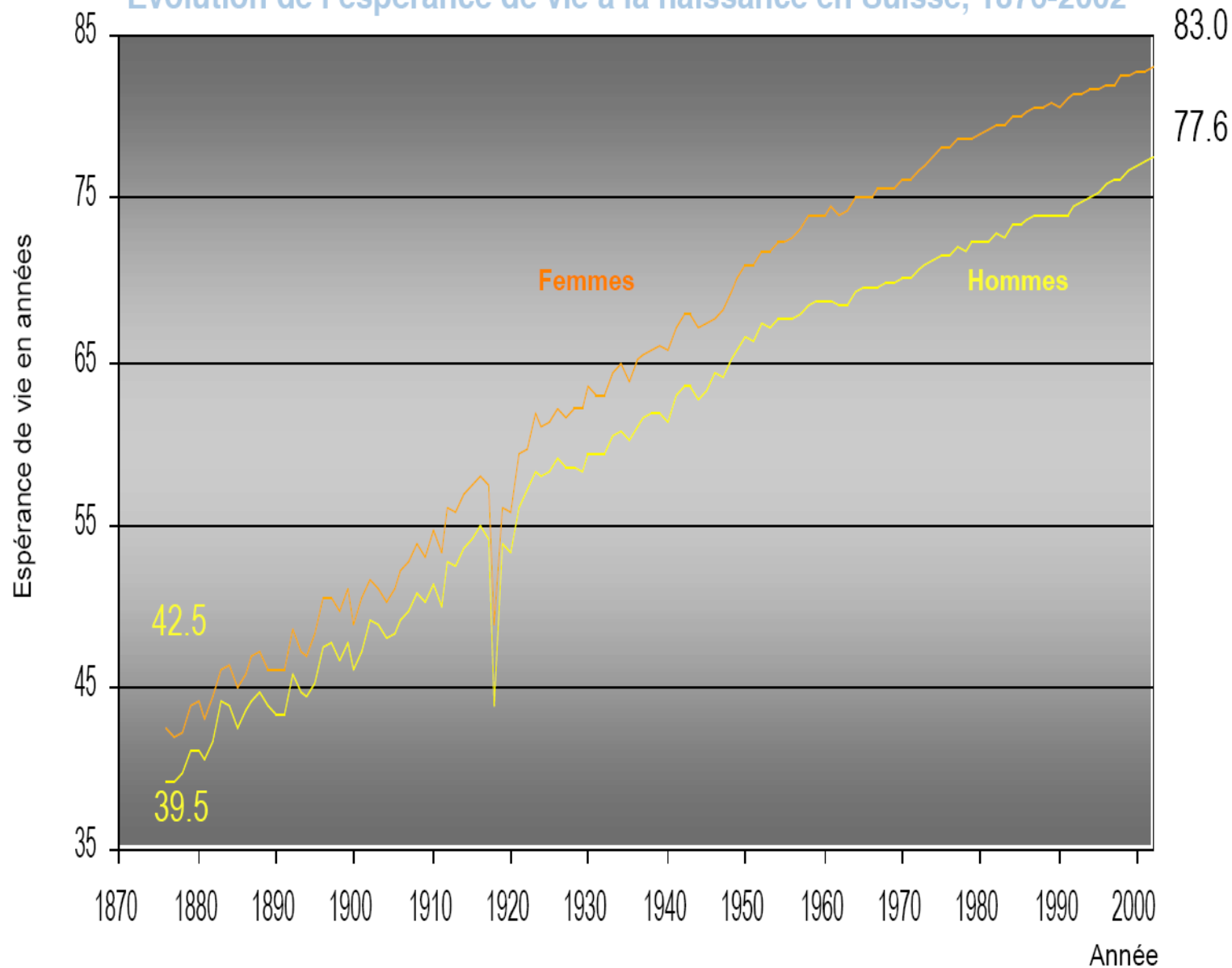
*« Les médecins passent toujours en vitesse :
Ça va ? Une tape sur l'épaule,
et au suivant. »*





- Vision d'un médecin hospitalier sur la médecine de famille
- Perception du travail du médecin de famille par le médecin hospitalier
- **Comment changer cette perception?**

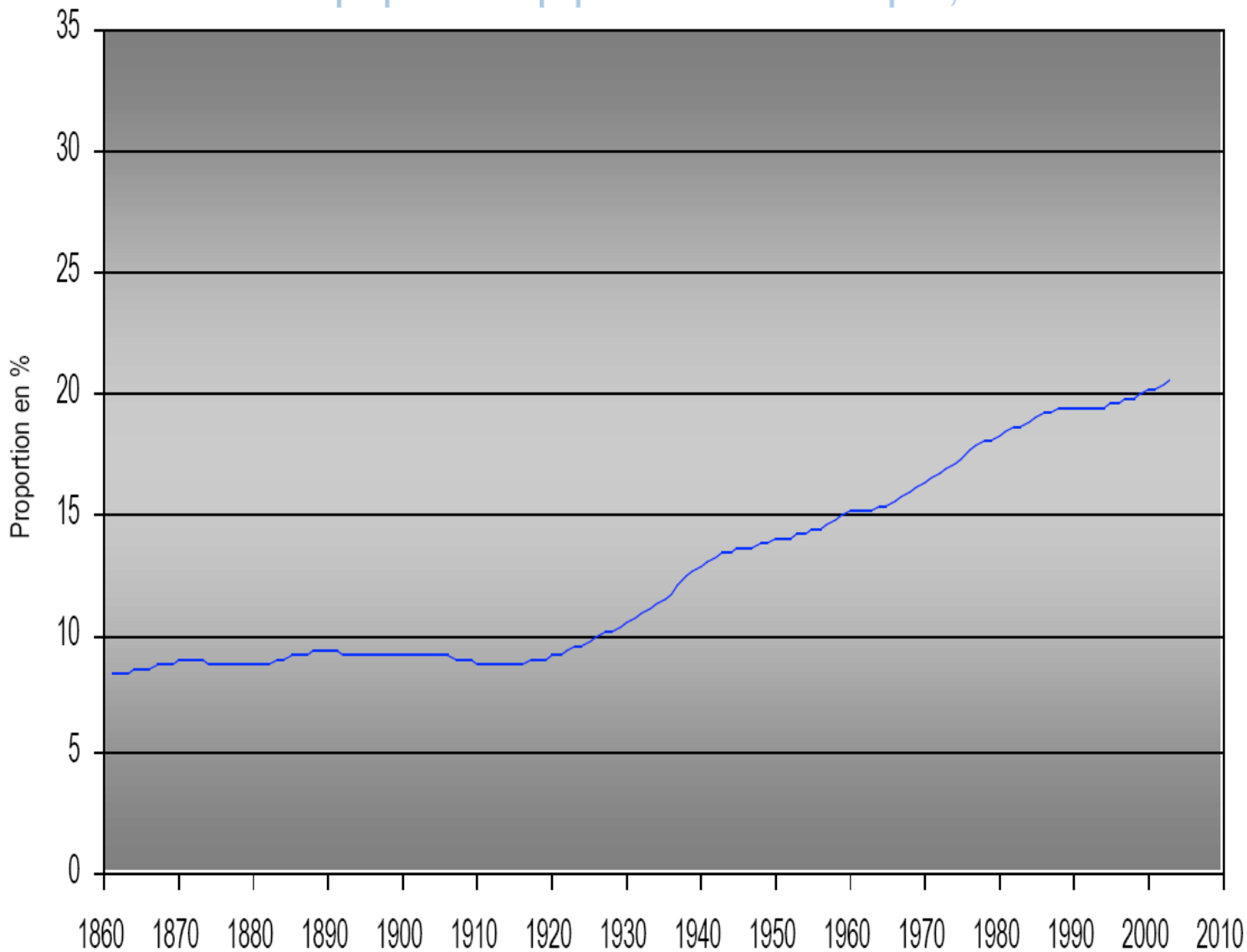
Evolution de l'espérance de vie à la naissance en Suisse, 1876-2002



S. Cotter
Neuchâtel
Nov 2005



Evolution de la proportion de population de 60 ans ou plus, de 1861 à 2003



Qq vues d'économistes

- The costs of waste, poor quality and inefficiency are enormous...
 - 14% of bypass surgeries in America have been assessed as inappropriate...
 - 57000 deaths a year are due to failure to deliver best appropriate care...
- Medical systems are inefficient: ...doctors and nurses wait « on hold » as they track down vital informations...
- One of the **biggest failings** of modern health-care systems is **that they so seldom provide integrated medical care...For chronic conditions, which are becoming increasingly prevalent, they require care and advice both from their primary physician and from the hospital**
- Health-care organisations typically operate as **separate silos** acting without benefit of complete information ... from other clinicians...

Maladie Chronique en Suisse

- 1.5 mio de patients en CH
- 80% des coûts des médicaments
- coûts globaux: 7500.-/ patient ou 2100.- par habitant

(J. du Concordat des Assureurs Maladie de Suisse, février 1998)

Maladies chroniques

- « À l'aube de ce nouveau millénaire,
l'augmentation de l'espérance de vie nous oblige
à faire face à 2 problèmes de taille:
- la prise en compte de la dépendance des
personnes âgées,
 - la prise en charge de maladies chroniques de plus
en plus fréquentes, sources de désinsertion socio-
familiale »

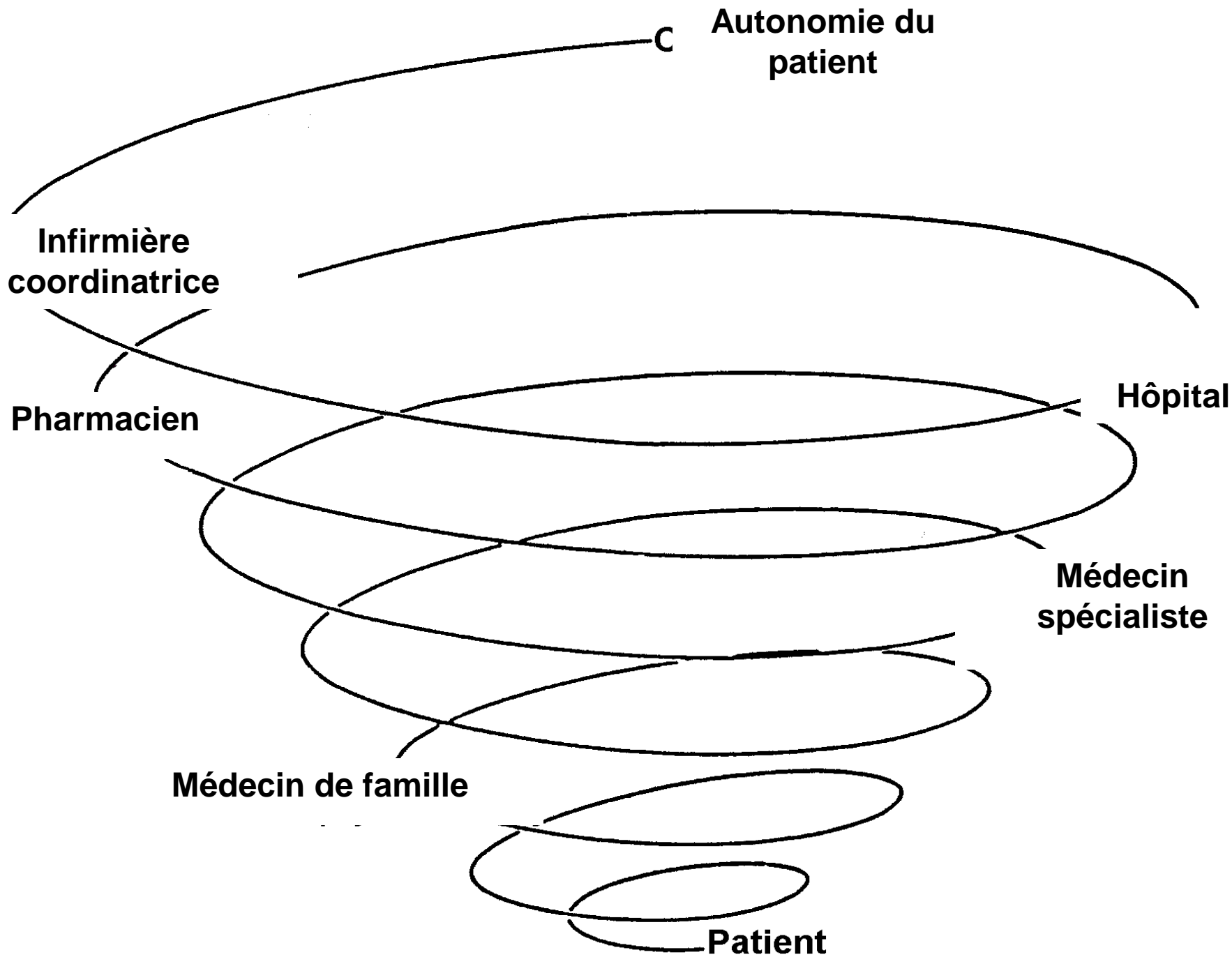
Daniel Piperino La réhabilitation respiratoire, guide pratique

*Alvéole - Groupe de travail exercice et réhabilitation de la Société Pneumologique
de Langue Française (SPLF)*

Imothep Médecine-Sciences Paris 2000

Vision d'un médecin « ambulatoire » (2)

« ...En fédérant les médecins de premier recours, les réseaux pourraient permettre de construire la gestion des maladies chroniques en partenariat avec les autres acteurs du système de santé... »





ELSEVIER

respiratoryMEDICINE

Asthma outpatient education by multiple implementation strategy. Outcome of a programme using a personal notebook

J.-M. Tschopp^{a,*}, J.-G. Frey^a, J.-P. Janssens^c, C. Burrus^a, S. Garrone^a,
R. Pernet^a, K. Imhof^a, F. Besse^a, S. Marty^b, C. Rosset^b, J.-P. Assal^b

^aCentre Valaisan de pneumologie et Groupe d'éducation respiratoire, 3963 Montana, Switzerland

^bDivision de pharmacie, Institut central des hôpitaux Valaisans, 1950 Sion, Switzerland

^cDivisions de pneumologie et d'enseignement thérapeutique Hôpitaux Universitaires Genevois, 1211 Genève 4, Switzerland.

Received 17 March 2003; accepted 12 July 2004

Coûts épargnés (n=66)

- Coûts indirects:

526 j de travail x 385.-* = 202.510.-

- Coûts directs:

164 j d'hôpital x 800.-* = 131.200.-

Total = 333.510.-

- Coûts épargnés /patient = 5056.-

(*Données Office Fédéral de la Statistique, Neuchâtel)

Berne, le 1er octobre 2009

L'initiative populaire « Oui à la médecine de famille » est lancée !

Afin qu'à l'avenir aussi les patientes et les patients aient encore un médecin de famille !

Actuellement, la Suisse se dirige tout droit vers un manque massif de médecins de famille. A moyen et long terme, l'écart entre l'offre et la demande en médecine de famille va atteindre des dimensions dramatiques si l'évolution actuelle n'est pas arrêtée. L'initiative populaire « OUI à la médecine de famille » veut stopper cette évolution ainsi que consolider et promouvoir la médecine de famille à long terme. Pour le bien des patientes et des patients.

Selon une étude représentative de l'université de Bâle, « Workforce 2005 », la moitié des médecins actifs aujourd'hui prendront leur retraite d'ici 2016. 75% seront pensionnés en 2021. Cela signifie que dans 7 ans, on aura besoin de 3200 et dans 12 ans de 4700 nouveaux médecins de famille pour accomplir la même quantité de travail que leurs prédécesseurs, juste pour maintenir le statu quo des soins de base actuels - sans prendre en considération l'évolution de la population.

Communiqué de presse

« Médecins de famille Suisse » :
Une profession. Une voix. Un objectif !

Hausärzte: ein Beruf, eine Stimme, ein Ziel

11^{ème} Journée de travail de la Politique nationale de la santé

Entre les soins ambulatoires et
les soins hospitaliers

Le jeudi 19 novembre 2009

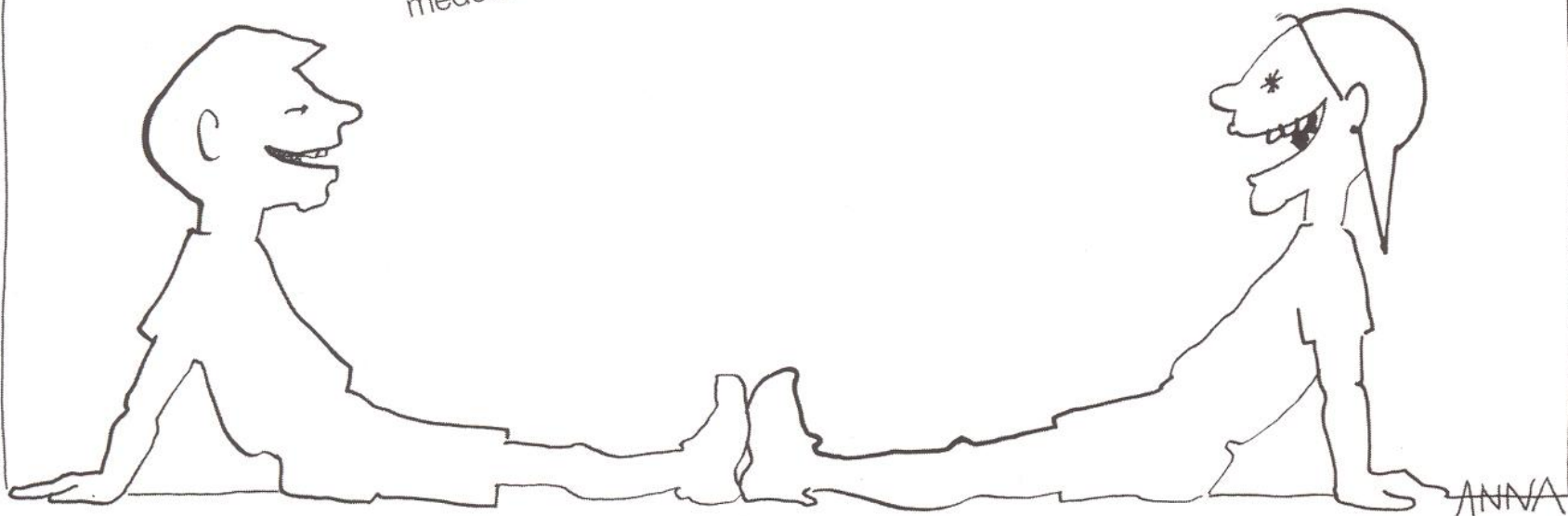
Maladies chroniques: diabète, pontage coronarien, asthme, etc

Conclusion: médecin de famille

- Avenir
- Monde hospitalier ne peut répondre à tous les défis actuels de santé publique
- Technologies médicales vont migrer vers l'ambulatoire
- Besoin
- Potentiel de recherche considérable

moi je serai
médecin de famille

et moi je serai spécialiste
et je gagnerai
4 fois plus que toi



ANNA

Le médecin de premier recours : un simple trieur ?

Editorial

J.-M. Gaspoz

■
■
■ ■
■ ■
■
■

«... Ce «leadership», nombre
de médecins de premier
recours l'ont ...»

Ce «leadership», nombre de médecins de premier recours l'ont. Et lorsqu'ils l'ont, mais uniquement alors, ce sont de bons «gatekeepers». Certains en doutent ? Laissez-moi vous convaincre par des arguments... venant du monde économique: les systèmes de santé ancrés dans la médecine de premier recours génèrent moins de coûts et plus de qualité que les autres.²

De cette philosophie, les médecins cadres du Service de médecine de premier recours des Hôpitaux Universitaires de Genève en sont imprégnés. Aussi, est-ce avec conviction qu'ils ont proposé à leurs internes d'être premiers auteurs