

Pierre Loeb, président de l'ASMPP

## Collégialité



Ces jours-ci, on évoque très souvent la collégialité et la solidarité entre médecins, mais aussi les adversaires politiques qui cherchent à enfoncer un coin entre les groupements de médecins afin de mettre cette collégialité à l'épreuve.

Il existe parmi les médecins de famille un groupe quelque peu bruyant qui demande à se détacher de la FMH, parce qu'il ne s'y sent pas suffisamment dé-

fendu, et qui veut fonder sa propre société médicale. Un autre groupe voudrait justement éviter la division entre médecins spécialistes et médecins de premier recours, car il y voit une tentative d'affaiblir la position de la médecine: *divida et impera*. Ce principe sert présentement à abandonner à leur sort les médecins qui dispensent eux-mêmes des médicaments et ceux qui effectuent un grand nombre d'analyses de laboratoire. Où faire preuve de solidarité, où réaliser des économies? Le système au sein duquel nous avons grandi a déçu nos espoirs: malgré la nouvelle LAMal et le TARMED, il n'a jamais apporté la solution tarifaire espérée qui devait mieux rémunérer les actes médicaux que les prestations techniques. Qu'importent les bons rapports entre collègues – dès qu'il s'agit d'argent, chacun ne pense qu'à soi.

En tant que médecin de famille, c'est dans ma pratique quotidienne que la collégialité commence. Je suis fier du réseau de spécialistes avec lesquels j'entretiens des contacts quotidiens; je me sens soutenu lorsque j'ai une question à leur adresser ou une explication à demander, et en général nos relations sont même amicales. La collégialité joue un rôle de premier rang, et on ne me considère pas uniquement comme un fournisseur. J'ai un peu plus de peine lorsque je ne connais pas personnellement le collègue avec qui je traite, par exemple lorsqu'il s'agit de rapports de sortie. Il arrive encore trop fréquemment que les informations nécessaires parviennent avec retard, c'est-à-dire longtemps après que le patient ait rejoint son domicile, son home ou son établissement médicosocial et que, dans ces cas-là, je doive péniblement rechercher ces informations par téléphone. Ce qui est encore plus pénible, ce sont les situations où je donne des prescriptions claires en transférant un patient, et où mes collègues hospitaliers ou médecins-consultants ne jugent pas nécessaire de s'y conformer ou de m'impliquer dans leurs décisions. Mais là où cela devient presque insupportable, c'est lorsqu'on me soustrait un patient pour l'aiguiller vers des routines d'examen qui échappent à mon contrôle. Ou lorsqu'il y a des décisions importantes à prendre et que je mentionne explicitement

le désir du patient de me faire participer à la discussion. L'implication du médecin de famille dans les décisions médicales – bien entendu je ne parle pas ici des cas d'urgence, où il faut décider tout de suite – peut aider le patient à prendre les bonnes décisions dans certaines tournants existentiels où il doit s'en remettre à d'autres. Le patient a confiance en son médecin de famille depuis de nombreuses années, et ce dernier contribuera certainement aussi à la diminution des coûts.

Après 30 années d'expérience professionnelle, je peux affirmer que les rapports entre collègues se sont bien améliorés: communication en cas d'hospitalisation, rapports de sortie provisoires, mise au courant par e-mail, transmission des rapports d'examen et des résultats de laboratoire, etc. Une grande partie de l'accélération des échanges est due aux techniques modernes de télécommunication. Mais il est encore exceptionnel de recevoir l'e-mail suivant: «Cher Collègue, c'est avec plaisir que nous prenons en charge votre patient. Avec mes meilleures salutations C.N.» (Je tiens à remercier le collègue C.N. de l'Hôpital universitaire de Bâle: il n'en faut vraiment pas beaucoup, mais ces quelques mots m'ont vraiment fait plaisir.)

Je me souviens avec gêne de l'époque où j'étais jeune médecin assistant, et où mes jeunes collègues et moi, sans oublier nos médecins chefs, nous en étions encore à dénigrer les médecins de famille et à les considérer comme de pauvres ignares. Nous étions dans l'erreur par arrogance, et nous n'avions aucune idée des heurs et malheurs des médecins de famille qui se battaient en première ligne. Aujourd'hui encore, cette réminiscence douloureuse me hante lorsque ma demande, ma sollicitation ou mon ordre ne suscitent aucune réaction. L'année dernière, j'ai même vécu une expérience catastrophique: j'avais dû hospitaliser un patient de 55 ans en urgence pour une hémorragie cérébrale. Après l'échec des premières opérations, il fut transféré au centre REHAB à Bâle pour réadaptation après de lourdes séquelles. De là, il fit plusieurs allers et retours à l'Hôpital universitaire pour y subir des opérations d'urgence, et il végète aujourd'hui dans un établissement de soins, incapable de parler, de se nourrir et de se déplacer. C'est précisément pour éviter ce genre de scénario que ce patient m'avait donné ses dispositions de fin de vie quelques années auparavant. Rien n'y fit: ni mes interventions répétées auprès de mes collègues, ni mes tentatives d'attirer leur attention sur l'existence de dispositions de fin de vie, ni l'envoi répété de ces documents par fax, ne purent empêcher le traitement de suivre imperturbablement son cours. Il s'agit là aussi de collégialité – mais avec le patient et non avec les collègues, malheureusement.