*Martin («Tino») Röthlisberger*

# Reconnaissance académique de la médecine de famille – une évolution vue de l'intérieur

**Allocution prononcée le 22 juin par la «personnalité de l'année 2012 du CMPR», à l'occasion de la réception du prix**

Mesdames et Messieurs, chères et chers collègues, tout d'abord je dois vous remercier, vous et les membres du comité du CMPR, de m'avoir décerné ce prix alors que d'autres l'auraient peut-être davantage mérité que moi. Je dédie cette distinction tout d'abord à mon épouse dont le soutien continu m'a permis d'aller de l'avant. Je la dédie également à mes collègues occupés au «chantier de la médecine générale», ainsi qu'aux membres de l'ancienne Société Internationale de Médecine Générale qui m'ont servi de modèle. Mes pensées vont en outre à tous les collègues qu'il serait trop long d'énumérer ici.

**Le facteur temps – un outil essentiel en médecine de famille**

Du temps que je dépannais occasionnellement mon père dans son cabinet médical, j'avais remarqué que les cas rencontrés lors des consultations et des visites à domicile se présentaient bien différemment de ce qu'on nous avait enseigné aux études. Je constatais l'importance primordiale qu'il fallait accorder au facteur temps: depuis combien de temps le patient était-il malade? Je n'arrive pas à oublier la situation de ce jeune collègue qui, lors d'un de ses premiers jours de travail, voulait prescrire tout à la fois un hémogramme, une radiographie thoracique, un test de Mantoux et une culture d'expectorations à une patiente qui toussait. Lorsque je demandai depuis combien de temps la toux s'était manifestée chez cette patiente, il se révéla qu'il s'agissait de quelques jours. Dès lors je me mis à vraiment comprendre à quel point le facteur temps compte en médecine de famille: une toux de 3 jours ne se traite pas de la même façon qu'une toux de 3 semaines.

L'observation directe ou indirecte de l'évolution clinique est essentielle, même si les patients ne le comprennent pas toujours. J'en fis l'expérience à l'occasion suivante: sur l'avis d'un collègue d'une autre station de sport, je procédai à une deuxième radiographie du carpe chez un patient, 10 jours après l'accident; comme mon collègue l'avait craint, je constatai une fracture du scaphoïde. Le patient avait de la peine à comprendre qu'il avait fallu 10 jours pour détecter une telle fracture. Je lui en expliquai les circonstances, et il comprit que le diagnostic médical ne relevait pas seulement de l'examen instantané, mais également du contrôle de l'évolution.

A maintes reprises j'ai dû prendre la défense des médecins de famille de mes patients: il m'est arrivé d'établir le diagnostic d'une affection chez un vacancier un mardi alors qu'un autre médecin n'avait rien pu constater de précis le vendredi précédent. Lorsque le patient m'a adressé des compliments à cet égard, je me suis senti obligé de rétablir le contexte tout relatif: «je vous ai examiné quatre jours après la première consultation, vous m'avez exposé tout ce qui s'est passé dans l'intervalle, et je ne fais qu'établir le tableau clinique caractéristique qui se présente au terme de cette évolution.» Pour résumer: les patients ne sont généralement pas conscients du facteur temps et les médecins, quant à eux, n'apprennent à connaître son importance que par la pratique.

**Agir et ne pas agir en médecine de famille**

J'ai souvent demandé à mon père quelle pouvait bien être la particularité de la médecine de famille; son parcours professionnel à Arosa l'avait conduit de la spécialisation en tuberculose à la médecine de famille et à la traumatologie du ski. Il m'a donné de nombreuses pistes utiles, mais il n'existait pas encore de théorie concernant la médecine générale à cette époque.

J'ai connu une expérience cruciale pendant un cours de formation continue. Je voulais en apprendre davantage sur les luxations de la ceinture scapulaire et les fractures avec déplacement afin d'en faire profiter mes patients victimes de ce genre d'accidents. L'intervenant, un anesthésiste, se borna à expliquer ce qu'il fallait éviter et ce qui était trop risqué. Nous étions simplement censés adresser les patients à l'anesthésiste de l'hôpital le plus proche. Je suis donc resté sur ma faim. Plus tard, j'ai trouvé un congrès à Igls en Autriche destiné cette fois aux médecins généralistes. Une année plus tard, je siégeais déjà au comité de la Société Internationale de Médecine Générale. Je me souviens très bien des discussions que nous tenions régulièrement en petit groupe et qui tournaient sans cesse autour de la question: comment donc circonscrire la médecine générale? Cette période vit la parution – en 1970 – du premier ouvrage sur la médecine générale écrit par Robert Braun. Il fut le premier auteur à décrire la loi de répartition des cas et à en formuler les deux postulats principaux:

> Attendre et rester ouvert face au diagnostic, savoir déceler les évolutions dangereuses évitables.

– attendre et rester ouvert face au diagnostic
– avoir à l'esprit et savoir déceler les évolutions dangereuses évitables

Ces deux postulats se sont peu à peu imposés aux généralistes. Toutefois Robert Braun ne possédait pas la force de conviction nécessaire pour faire reconnaître la valeur de sa théorie. Il a fallu attendre quelque 35 ans jusqu'à ce que j'entende parler pour la première fois des postulats de Braun lors d'un de nos congrès d'Arosa. Leur validité paraissait immédiate et j'en éprouvais un grand plaisir, car jusque-là je n'avais jamais réussi à imposer le sujet de la médecine générale, même au congrès d'Arosa.

**Un tiers de siècle s'écoule avant la création de la première chaire de médecine générale**

35 ans séparent également les premiers cours du Dr Häussler à l'Université d'Ulm ainsi que ceux du Dr Irniger à l'Université de Zurich et l'établissement d'une chaire de médecine générale à Zurich. A Berne, cinq collègues[1] généralistes avaient créé une Instance facultaire de médecine générale quelques années plus tôt. Après 10 ans d'activité et de nombreuses prestations en faveur de la formation estudiantine, ils reçurent le titre de professeur.

[1] Aloys von Graffenried, Benedikt Horn, Hugo Flückiger, Paul Brütsch, Werner Ringli.

Il aura également fallu un tiers de siècle pour que les milieux politiques et les patients perçoivent le message transmis au début des années septante par le Dr Irniger à une commission du Conseil des Etats, à savoir que les médecins de famille sont en mesure d'assurer le traitement définitif de quelque 85% des patients, et qu'ils adressent environ 10% des patients aux médecins spécialistes et 5% aux médecins hospitaliers. Et que la formation des étudiants de médecine ne concerne que les derniers 5%. De nos jours, cet état de fait est bien connu – notamment grâce à l'initiative des médecins de famille. Nous commençons à aller de l'avant. Il reste cependant des progrès à faire en dehors de nos rangs pour atteindre une meilleure compréhension des particularités de notre profession. Il m'arrive parfois d'observer une admiration presque exagérée et imméritée. D'autre part, l'opinion selon laquelle la médecine de famille se compose de fragments de médecine interne, de chirurgie, de pédiatrie, de dermatologie, etc. est encore fort répandue.

Il est nécessaire que les médecins de famille s'adonnent à des activités scientifiques.

**La recherche en médecine de famille**

Certains sceptiques affirment qu'il est impossible d'avoir une vue d'ensemble sur toute l'étendue de la médecine. Revenons à Robert Braun. Dans le cadre de la loi de répartition des cas, que le généraliste Landolt-Theus a par ailleurs confirmée pour la Suisse, il a pu démontrer que le médecin de famille voit passer au quotidien et à fréquence élevée quelque 300 pathologies et troubles différents, et qu'il en côtoie environ 2500 à 3000 au cours de toute sa carrière. D'un autre côté, la bibliographie internationale dénombre des dizaines de milliers de maladies que le généraliste ne voit qu'une ou deux fois, voire jamais pendant toute la durée de son activité professionnelle.

Sachant que nous pouvons prendre en charge 85% de nos patients et que 15% d'entre eux seront adressés à des spécialistes ou à des hôpitaux, il faut prendre conscience de la zone limite à l'intérieur de laquelle nous devons décider, à un moment donné, d'adresser ou non un patient, et choisir le destinataire. C'est cette zone limite qui nous préoccupe particulièrement, et nous devons y faire du bon travail, quel que soit le domaine du spécialiste à qui nous adressons le patient: notre réputation auprès des spécialistes et des milieux hospitaliers en dépend. Et cet effort est encore plus important pour le patient ainsi que pour notre hygiène mentale.

Permettez-moi de terminer cette allocution par deux souhaits. A mon avis, il est nécessaire que les médecins de famille se préoccupent davantage des aspects scientifiques, c.-à-d. des bases théoriques de la médecine générale.

D'autre part, je voudrais vous encourager au travail scientifique au sein de votre cabinet médical – seul(e) ou à plusieurs. Il existe tant de sujets de recherche dans la pratique. Ce n'est qu'en réussissant à publier des résultats scientifiques que nous obtiendrons un gain de réputation pour notre discipline. Ce n'est pas si difficile, et une fois lancé, c'est un vrai plaisir. Et les instituts de médecine générale des universités sont là pour vous aider.

Ces deux souhaits terminent ma brève présentation. Je vous remercie encore pour la distinction reçue ainsi que pour votre attention.

Correspondance:
Dr méd. Dr. h.c. Martin Röthlisberger
Allgemeinmedizin FMH
Edenplatz
7050 Arosa
dr.roe.arosa[at]bluewin.ch

**Preisträger «KHM Kopf des Jahres» – Laudatio zur Preisverleihung an Dr. med. Dr. h.c. Martin («Tino») Röthlisberger**

Der «KHM Kopf des Jahres» ehrt besonderes Schaffen und herausragende Leistungen im Bereich der Hausarztmedizin. 2012 hat das KHM in seinen Reihen wieder einen würdigen Preisträger ausfindig machen können: Dr. med. Dr. h.c. Martin «Tino» Röthlisberger aus Arosa.

Leben in einem abgelegenen Bündner Bergtal und nationales bzw. internationales Renommee sind bei unserem diesjährigen Preisträger kein Widerspruch, sondern Programm. Tino Röthlisberger ist er mit Leib und Seele Hausarzt und gab zeitlebens sein immenses Wissen und seine Begeisterung unermüdlich an zukünftige Generationen weiter. Er engagierte sich in internationalen Hausärztegesellschaften und war 1977 federführend bei der Gründung der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Mit zwei Kollegen legte er vor 35 Jahren den Grundstein für den «Aroser Fortbildungskurs» mit seinem Motto «Aus der Praxis für die Praxis» . Für diese ausserordentliche Leistung wurde ihm 2005 der Dr. h.c. verliehen.

Auch in der Nachwuchsförderung zukünftiger Hausärzte nahm Tino Röthlisberger eine Vorreiterrolle ein. Von 1990 bis 2002 besuchten viele hundert Studenten seinen Kurs zum Thema «Notfälle in der Praxis». Anzahl und Art der Unfälle verlangten danach, unter die Lupe genommen zu werden und nicht wenige fanden Eingang in Dissertationen von Assistenten, die sich sehr zahlreich in Röthlisbergers Praxis die Basics der Hausarztmedizin aneigneten.

In Zeiten, in denen die Hausarztmedizin täglich um ihre Daseinsberechtigung und um Anerkennung kämpfen muss, zeigt Tino Röthlisberger, wie unverbraucht, abwechslungsreich und innovativ die moderne Hausarztmedizin sein kann. 2007 hat Tino Röthlisberger seine Praxis, die er 1967 von seinem Vater übernommen hatte, einem jüngeren Kollegen übergeben können. Da bekanntlich rostet, wer rastet, lehnt er sich, zwischenzeitlich 77 Jahre alt, nicht zurück. Er vertritt nach wie vor regelmässig Kollegen im Unterland!