

Perspective

Werner Bauer

Dr méd., président de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM)



La revue médicale *New England Journal of Medicine* publie dans sa rubrique «Perspective» des articles originaux, des analyses, des études de cas, des éditoriaux et des textes sur l'avenir de la médecine. J'apprécie notamment la publication régulière d'histoires vécues personnellement par des médecins. La revue *Annals of Internal Medicine* comporte elle aussi une rubrique de ce genre: «On being a doctor». Consœurs et confrères parlent de leurs propres expériences, des cas qui les ont impressionnés, de leurs doutes vis-à-vis de certaines décisions, des destins extraordinaires ainsi que des joies et peines liées à leur métier. Les articles mènent souvent à des conclusions intéressantes à la fois pour leurs auteurs et pour le corps médical. De telles rubriques, bien que d'une grande qualité éditoriale, puisque le *NEJM* et les *Annals* considèrent pouvoir les publier, se font plutôt rares dans nos revues. A titre d'exemple, voici trois résumés de ces témoignages intéressants et souvent émouvants:

Pulling strings

L'auteure est pédiatre et responsable de la formation continue dans une clinique universitaire. Elle reçoit un appel téléphonique: «Your daughter has been in a car accident.» Sa fille de 14 ans souffre de blessures bien plus graves que ce qu'on lui a laissé entendre de prime abord pour la rassurer: fractures orbitales, de la colonne vertébrale et du sternum, blessures au visage, pneumothorax. Jusqu'à présent, les parents qui réclament des spécialistes ou émettent des doutes sur la qualité d'un traitement prescrit par un «apprenti» l'avaient toujours énervée: «Sorry, that isn't an option here. We are a teaching hospital.» Et voici qu'à son tour, son premier réflexe est d'appeler le chirurgien-oculoplasticien et le pédochirurgien spécialiste de la moelle épinière qu'elle connaît et de dire aux médecins de garde: «Thank you, but we have someone else on the way in.» Le traitement de sa fille s'est bien passé, mais cette mère a mauvaise conscience et se pose des questions auxquelles elle ne sait pas répondre de manière satisfaisante pour l'instant: «I was Mama Bear, protecting her cub. Is it our right as physicians to pull strings under such circumstances? Request favors? Refuse trainee involvement? Does this make me a bad program director? A hypocrite, masquerading as a medical educator? I have no earthly idea.» Elle se demande s'il ne faudrait pas des règles garantissant un traitement équitable et

illimité, et conclut, en toute sincérité: «I might be all for it – just not, of course, if it involves my daughter.»

Perchance to think

L'auteur parle d'un patient vu en consultation et souffrant d'insuffisance surrénale, d'arthrite rhumatoïde et de diabète sucré, venu avec 15 médicaments, toute une liasse d'IRM et autres résultats, quelques diagnostics et de nombreuses questions. Son agenda sous les yeux, il s'est vu dans l'incapacité de suivre ses principes: «I never feel right ending a visit until I have a basic sense of order. Even if I don't have all the answers, I need to have a handle on the issues and a workable plan.» Pour les pathologies complexes, le système devrait offrir quelque chose de tout simple: «time to think». Enfin, face au manque de temps, il ne voit d'autre issue que de recourir à un formulaire de transfert, lequel, dans les faits, pourrait être évité. Ce qu'il faudrait, c'est «time dedicated to thinking – with either longer patient visits or protected time for panel management. We would save money by reducing unnecessary tests and cop-out referrals». Un cri du cœur qui nous semble bien familier. Il conclut ainsi: «But I'm not optimistic. Time to think seems quaint in our metrics-driven, pay for performance, throughput obsessed health care system.» Saurions-nous être plus optimistes?

I had to get cancer to become a more empathetic doctor

Cet auteur sait ce que c'est que de souffrir de microhématurie dont la cause, une tumeur rénale, fut enfin décelée lors d'une échographie. Avec son premier médecin, ils ont longtemps minimisé les érythrocytes trouvés dans son urine («I am a physician – I should be immune to this»). De son parcours du combattant de diagnostics en traitements, de visites de contrôle («You have 15 metastases in the lungs!») en chimiothérapies, il a tiré quatre enseignements: Lesson 1: *Wishful thinking is not reality.* Lesson 2: *Telling the patient the truth is important, but there are ways to soften the blow of bad news without minimizing it.* Lesson 3: *Side effects are only minor if they are not happening to you.* Lesson 4: *Don't dismiss alternative therapies just because you don't know much about them.* Il pense que la maladie l'a rendu meilleur en tant que médecin et en tant qu'homme, mais regrette de n'avoir pu suivre un chemin plus simple pour y parvenir.

Références

- Hester C, Pulling strings, *N Engl J Med.* 2019;380:1302–3.
- Offri D, Perchance to think, *N Engl J Med.* 2019;380:1197–9.
- Norden C, I had to get cancer to become a more empathetic doctor, *Ann Intern Med.* 2016;165:525–6.

werner.bauer[at]saez.ch