

Docteur Yves BEYELER

**Spécialiste FMH Médecine Interne / Ancien médecin chef
Clinique genevoise de Montana et Centre de Soins Continus
yves.p.beyeler@gmail.com**

Résumé de la contribution d'un médecin de famille

Dans le contexte de cette PLATEFORME, le médecin de famille que je suis, rappelle que les soins palliatifs sont une discipline de pointe (*low tech but high spirit*). Bonne pour les gens qui arrivent en fin de vie à cause d'une maladie prématurée ou d'un âge très avancé. Soutenante pour les proches. Bonne pour la médecine générale car elle fait des médecins qui la pratiquent des médecins complets. Bonne pour la médecine en général, car elle rappelle aux spécialistes que toute maladie n'est pas guérissable. Bonne pour les systèmes de santé car elle est raisonnable, efficace et économique. Bonne pour la société qu'elle appelle à la solidarité et à la compassion. Rappelons aussi que cette discipline médico-soignante est exemplaire en matière de pluridisciplinarité avec, en particulier, la promotion du binôme : infirmier(e)-docteur(esse).

Le dossier médical, qu'il soit de papier ou informatisé, est en principe structuré. Chaque praticien développera, à son usage et au bénéfice de ses patients, le modèle de base enseigné dans les hôpitaux. Il comporte, souvent, une page de garde où sont résumés les points essentiels de l'histoire médicale de la personne suivie. Nos dossiers font-ils une place, systématiquement, pour les directives anticipées et à l'identification d'un représentant thérapeutique ? Ce n'est pas certain. Un premier stade serait de saisir, au fil des consultations, toute occasion d'aborder le sujet. Réactivité. Un stade supérieur serait d'aborder ce sujet de manière routinière, lors de la grande consultation initiale de check-up qui inaugure, en général, une nouvelle relation médecin-malade. Proactivité.

Une histoire, illustrative du rôle du médecin de famille, reste très présente dans la mémoire du présentateur. Mademoiselle S. est une ancienne secrétaire médicale, célibataire, attachée à ses neveux et très cultivée. Sa vie a été compliquée par la survenue d'une polyarthrite rhumatoïde qui non seulement a rendu ses articulations douloureuses et déformées, mais qui a aussi encrassé ses reins par des dépôts d'anticorps malvenus. Elle est condamnée à des dialyses hebdomadaires. Au fil du temps et de façon répétée, elle exprime le souhait d'en finir, en renonçant à ces traitements qui prolongent inutilement sa vie. Ce souhait est non seulement enregistré dans le cerveau et dans le cœur du médecin mais aussi, formellement, dans le dossier. Manie du docteur, ce sera au stylo vert pour lui rappeler le caractère important et contraignant de l'information. Mais le bon docteur oppose à ces expressions de découragements des velléités de valorisation de la vie de sa partenaire. Dans une relation médecin-malade, on échappe difficilement à la projection sur l'autre de sa propre manière de penser ou de sentir. Mais voilà qu'une mauvaise grippe conduit Mademoiselle S. aux urgences de l'hôpital où le médecin traitant est appelé. Décision difficile. Faut-il faire une dialyse en urgence. Les néphrologues sont impatients d'agir. Les médecins et les infirmières ont des doutes. « Mademoiselle, dites à ces soignants ce que vous me répétez depuis des mois » « Docteur, c'est vous qui savez ! » Comment mieux illustrer le rôle d'un représentant thérapeutique ? Je n'avais jamais été désigné comme tel, pas plus, si je me souviens, qu'un membre de son entourage. En tant que son médecin traitant (j'insiste sur le « son »), dépositaire de son histoire vue sous l'angle médical, il apparaissait évident que je devais endosser le rôle. Mademoiselle S. qui vivait seule à domicile, est décédée paisiblement, dans une chambre d'hôpital, quelques jours après.