

Medecine de notre temps Maxime Coles MD

Plus j'observe, plus je réalise que la Medecine du nouveau Millenium se sépare de cette Medecine traditionnelle ou nos ainés avaient trouvé la peine de nous inculquer les rudiments d'un art qui leur était particulier. Une médecine qui pour beaucoup, s'écarte de plus en plus de cette science appliquée des disciples d'Aesculapius de l'ancienne grecque, fils du dieu Apollon et de la princesse Coronis. Une Medecine dirigée vers les intérêts des uns et du besoin lucratif des autres, à jouer un rôle attaché à un drame, tel dans une pièce de théâtre ou dans un film épique alors qu'ils évoluent dans un hôpital ou dans le cadre d'une enceinte médicale.

Figé à mon appareil de télévision, je deviens perplexe car j'ai cru comprendre que malgré des dépenses de trillions de dollars investis dans un monde médical, coutumier à prendre en charge ceux qui souffrent, il semble que pour beaucoup, les soins médicaux demeurent insuffisants et ineffectifs. Peut-on arriver à penser alors que nous avons tous échoué à prendre soin de ceux qui souffrent, alors que l'Object du désir de plus en plus, est poussé vers la rémunération pour les services rendus ?

De nos jours, il y a tellement de changements qui se font autour de nous, dans un monde médical qui se métamorphose sur toutes les façades. Des modifications qui ne paraissent pas toujours être nécessaires quand ceux qui devraient en profiter ou en bénéficier s'en plaignent régulièrement. Nos médecins d'antan, nos professeurs paraissent avoir eu une autre vision mais cette nouvelle génération ne paraît pas être toujours propulsée par cette même intensité que jadis nous ressentions alors que nous fréquentions les bancs de l'université ou assistions à des tournées médicales dans les salles d'hôpitaux.

Je revois encore ces professeurs d'antan, appuyés sur un bureau ou accoles au lit d'un souffrant, plaidant les symptômes d'une maladie, en toute confiance mais expliquant la raison pour laquelle, celui-ci se présentait avec certains signes, ou en justifiant un diabète rampant, dans une vanité mêlée de zèle. Fallait-il qu'il goûte à l'urine du patient pour s'assurer de la présence de sucre et satisfaire un diagnostic certain? Il

n'hésitait pas à le faire. Est donc cette preuve convaincante que nous attendions comme étudiants en formation pour assurer le bien-être d'un patient? Les temps ont bien change.

Faut-il revoir ces bébés en keto-acidosis, un-a-un se présentant en salle d'urgence de Pédiatrie durant les froides nuits d'hiver, pour bien comprendre ce à quoi un médecin en formation à l'hôpital, faisait face. Des problèmes réels qui aiguisaient nos reflexes pour nous stimuler à sauver des vies humaines. Des situations quasi impossibles auxquelles nous faisons face au quotidien. Oui, en effet, nous les affrontions journallement ces cas, et surtout la nuit.



Je me revois encore prêt à jeter des larmes, en face de notre impuissance à sauver une vie humaine, parce que le bébé s'est présenté trop tard pour ses soins. Je remercie, du fond du cœur, cette équipe d'ainés-résidents qui a montré autant de dédications à porter leur concours pour nous aider à sauver ces petites vies humaines. En effet, nous avons appris à faire l'impossible pour soulager la peine d'une mère attendrie mais qui n'arrive pas à comprendre que nous nous trouvons impuissants à épargner le pire.

Les nuits à l'urgence ne se ressemblaient jamais. Un petit s'est présenté aujourd'hui avec une malnutrition sévère, demain c'est un cas de tétanos ou plutôt une méningite aiguë, un autre jour, c'est un cas de diarrhée avec une keto-acidose. Non... c'est une souffrance foetale et toute l'équipe se rend d'urgence, au service d'obstétrique pour prendre en charge le bébé comme si nous avions des respirateurs de dernier cri, pour assurer sa survie. Ces nuits au service de Pédiatrie vous hantent et il devient difficile à

décrire l'impact que ces enfants malades ont, dans une salle bondée ou la vie ne tient qu'à un cheveu, sur nous autres internes et résidents en formation.

Nous avons essuyé tant de larmes comme internes en rotation, sachant bien que nous ne pourrions pas mieux offrir à ces bébés malades mais nous savions que si ce petit être vivant que nous tenions dans nos bras, pouvait voir lever le soleil du petit matin, au chant du coq, c'est parce qu'il aurait vécu, malgré sa maladie. Nous avons bien apprécié le support de nos résidents supérieurs et professeurs pour leur travail d'équipe alors qu'ils nous ont supervisé en toute dévotion, dans cette même volonté à sauver une vie humaine.

Un bébé mourant d'une déshydratation chronique et ce besoin de se donner entièrement à le réhydrater avec des solutés de recussitation. Ils n'étaient pas un ou deux seulement dans une même soirée à faire le voyage à l'hôpital mais bien quatre ou cinq. Ces cas aiguisaient nos réflexes de médecins, nous forçant à devenir meilleurs à l'insertion des intraveineuses, ou à dénuder les accès veineux par des "Cut-down" afin d'assurer l'implantation des solutés qui les réhydrataient. C'est cette expertise que l'on a acquis en prenant soin de ces urgences qui manquent énormément de nos jours dans les hôpitaux d'ici. Plus nous étions exposés, mieux ils nous pouvions répondre à la demande.



Voici pourquoi, dans les branches chirurgicales comme dans les services de Traumatologie (Chirurgie Générale et Orthopédique), nous avons garde

ce sens du “qui-vive” qui vous conditionne à prendre soin d’un traumatisé jusqu’à vous robotiser, à vous faire répéter les mêmes gestes dans une routine-éclair. Nous formions des équipes de trauma ou tous jouaient un rôle dans la ressuscitation du patient. J’ai tellement appris à me conditionner que l’on développe des réflexes qui sauvent, en dépit du fait que j’avais accepté avec réticence les nouveaux changements que nous vivons dans le système médical de cette époque de ma vie.

Dans les trente dernières années, beaucoup de changements sont survenus en Médecine, mais ils ne m’ont pas paru toujours être favorables. Beaucoup, de nos jours, se plaignent de ce qu’ils appellent les “Physician-extenders”, comme les “Nurse-Practitioner” ou les “Physician-Assistants” qui prennent une part active dans les soins accordés aux patients. C’est un modèle qui a marché extrêmement bien pour moi comme traumatologue à “Bridgeport-Yale Health” où sept Physicien-assistants faisaient partie de mon équipe de ressuscitation, mêlés aux résidents en Chirurgie Générale et d’Orthopédie. J’avais une équipe personnelle formidable qui pendant près d’une vingtaine d’années, m’a supporté à délivrer les soins aux traumatisés. Après leur avoir inculqué les rudiments du métier, je leur ai fait une confiance aveugle, alors que nous affrontions ensemble ceux qui souffraient comme victime.

Ce que beaucoup n’acceptent pas de nos jours, c’est qu’un PA ou un NP soit celui ou celle qui les consulte initialement au lieu du médecin en charge, spécialement quand il s’agit d’une première consultation. Je peux comprendre un certain dédain dans leur point de vue, à supposer que le médecin jouissant d’une plus grande expérience, devrait être le premier à l’approcher... mais ces “Physician-extenders” ont acquis leur savoir aussi par expérience à travers les années de pratique. Je crois qu’ils peuvent être à même de remplacer n’importe quel médecin, d’autant plus que c’est comme le dit le dicton : « C’est en forgeant qu’on devient forgeron », car l’expérience s’acquiert.

Plusieurs patients continuent à s’en plaindre, acceptant difficilement qu’en prenant un rendez-vous, c’est un PA’s ou une NP’s qui leur est imposé. C’est pour cela que très souvent, ils refusent de se présenter pour la visite. Le patient qui se présente au bureau du médecin, spécialement pour la première fois, exige la présence du médecin et pas de son assistant. Même à l’occasion, ils peuvent se demander si le médecin qui l’examine n’est pas lui-même un NP ou un PA.

De nos jours, beaucoup de cliniques médicales vous imposent soit un PA’s ou un NP avant même d’être examiné par le médecin, d’une façon routinière. C’est un peu une situation “à prendre ou à laisser” mais le

patient comme on dit est toujours dans le vrai et son choix doit être respecté. Et si vous insistez, très souvent, la secrétaire vous fera comprendre que c'est ce qui se fait dans leur clinique de façon courante. C'est pour nous un contraste, quand on se souvient comment on se sentait à la maison, en visitant les bureaux de notre médecin de famille durant notre adolescence. Le plus souvent, il s'agissait d'un oncle ou d'un ami de la famille qui était le médecin et on se sentait comme des princes ou des princesses lors de ces visites. Nous recevions des petits cadeaux et nous étions sujets à des petites attentions, pour que la visite soit mémorable. Ces temps sont révolus et la réalité des choses prend le dessus. Dans ma jeunesse, je ne peux pas me souvenir d'une fois où le médecin qu'on visitait, faisait allusion aux frais de consultation. Tout cela se faisait "par la petite porte" amicalement et il nous paraissait même que la visite chez le médecin était gratuite.

Les temps ont bien changé. Même chez nous en Haïti, j'ai souvent discuté avec des aînés qui pensent que beaucoup de jeunes médecins actuellement ne respectent plus les règles de courtoisie médicale et qu'ils enflent leurs tarifs selon les bourses du patient qu'ils examinent. Quel dommage que nous perdons aussi ce respect dont la profession médicale a toujours bénéficié, comme dans un sacerdoce.

Aux Etats-Unis, le système du "co-pay" avec les assurances, les courtoisies entre membres du corps médical qui se présentent pour une consultation, semblent aussi s'effacer entre collègues et amis. Il devient de plus en plus rare de se voir exempt de paiements après une visite chez un collègue pour les soins médicaux reçus. La courtoisie entre membres du corps médical semble avoir complètement disparu dans le vocabulaire des médecins.

Je dois dire que sur beaucoup de points, cela diminue sur la valeur que le médecin représentait comme image alors que fréquentions les bancs à la faculté. Il me semble parfois que nous faisons partie d'une usine d'assemblage où nous attendons, patiemment, en file indienne, le moment propice pour faire nos revendications. Nous perdons nos valeurs et le respect qui nous est dû. Nous faisons partie d'un échiquier (jeu d'échec) où nous représentons un pion qu'actuellement le CEO d'un hôpital se permet de déplacer à sa guise. Nous n'avons plus le contrôle de cette noble profession et nous sommes englobés dans un nouveau système qui nous utilise et nous divise. Nous attendons à tour de rôle le moment propice pour faire un travail routinier.

Il paraît que pour avoir une meilleure relation avec ses patients qu'il est bon parfois de s'asseoir à côté d'eux dans la salle d'attente. Ce serait difficile

de d'avoir une telle attitude spécialement quand les journées sont bien chargées. Nous avons observé une telle attitude chez les médecins qui travaillent à l'hôpital, de façon presque régulière, mais les temps changent. En Haïti, quand le médecin n'est pas préoccupé par ses obligations, cela peut se faire d'une façon routinière. Je l'ai certainement fait durant nos heures de clinique car cela rapproche un peu le patient de son médecin en lui donnant cette sensation de familiarité et de confiance. De nos jours, le temps est précieux mais le travail doit être fait pour satisfaire les kota. A Coffeyville, KS, nous avons des sessions spéciales, spécialement, une soirée prévue mensuellement, pour une session didactique que nous appelions « Diner avec le médecin » supportée par l'hôpital, alors je présentais une conférence en Orthopédie (parfois un sujet à leur demande). Je me trouvais après à leur merci pour répondre aux questions de leurs choix.



A Bridgeport, CT, nous avons offert pareilles sessions didactiques pour aider ces jeunes adeptes de gangs (cartel colombien) à entrevoir un avenir plus clément. C'était durant les années 1990's et 2000's. J'avoue que les temps ont bien changé.

Il n'y a pas de doute que ces « Physician-extenders » ont certainement un rôle important à jouer dans la hiérarchie médicale et dans la chaîne de commande, mais le patient a aussi ce droit de réclamer qui va se présenter pour l'examiner. Le droit de choisir entre un médecin ou un NP's ou un PA's quand il le réclame. C'est un minimum de respect mutuel, double

d'une courtoisie pour éviter de froisser la susceptibilité de celui ou celle qui fréquente la clinique.

Récemment, je me suis trouvé comme un témoin oculaire dans une discussion entre PA's et NP's qui se plaignaient d'être contraints d'examiner près de deux ou trois fois plus de patients que d'habitude, dans le temps permis. Cela m'a fait comprendre que déjà, nous pouvions ressentir chez eux, cette sensation de « burn-out » qui a poussé tant de médecins à prendre une retraite prématurée. Ils disaient d'un même accord, que leur manager abusait de la situation.

Il m'a semblé comprendre que l'administration a simplement fait la sourde oreille, malgré leurs plaintes. Indéniablement, je peux garantir que le sujet reviendra sur le tapis. Faudra-t-il employer encore plus de « Physician-extenders » dans un futur proche pour solutionner ces problèmes? L'avenir le dira bien. C'est déjà, le temps d'un renouveau dans un monde médical ou nous devenons de plus en plus catalogue comme médecin de l'ancienne garde.

La solution, sera-t-elle dans ces nouvelles décisions prises récemment par l'administration gouvernementale de douze (12) états Américains, de permettre à tout médecin qui détient une License médicale dans leur pays d'origine, de pratiquer la Médecine dans le pays sans avoir à participer au « matching program » ou a une résidence hospitalière de leur choix. La Médecine de nos jours continue à prendre des détours que l'avenir seul nous permettra d'évaluer sur ce qui est juge bon ou mauvais.

Maxime Coles MD

Boca Raton FL Sept 2024