

MEDECINE GENERALE : cas cliniques

© Dr Roger SAFFROY, Médecin généraliste

La communication en médecine générale est multiple et variée, les situations sont très riches, ce qui donne tout son intérêt à la relation patient-médecin de famille. C'est même l'un des fondements essentiels de la médecine générale.

Nulle autre spécialité (à part peut-être le domaine de la psychiatrie) ne peut être comparée à la médecine générale au plan relationnel médecin-patient.

Mais cette relation médecin-malade ne s'invente pas -elle s'apprend- et l'on peut regretter que cet apprentissage soit insuffisant du fait, en partie du moins, du manque de motivation de la plupart des étudiants en médecine, comme nous avons pu le constater en 3^{ème} cycle de médecine générale de la Faculté. Etant donnée son importance, elle devrait être rendue obligatoire.

Evoquer ici, toutes les situations rencontrées est impossible ; un catalogue n'est ni souhaitable, ni souhaité. C'est donc par trois exemples seulement de situations vécues que nous avons préféré illustrer les difficultés de communication du médecin de famille.

Le premier d'entre eux démontre qu'un dialogue bien conduit peut suffire à résoudre « à peu de frais » une situation vécue de façon dramatique par une patiente.

Le deuxième, plus difficile et pourtant très fréquent, se heurte au manque de motivation d'un patient : son médecin peut-il être tenu pour responsable ? Comme un fumeur attaché à sa dose de nicotine, ce patient préfère son mode de vie à un risque qu'il juge aléatoire et peu probable. Cela se terminera assez mal.

Quant au troisième exemple, son analyse est plus délicate car elle implique plusieurs erreurs :

- Erreur d'appréciation de la gravité de la maladie du patient par son médecin.
- Erreur liée à l'arrêt brutal d'un traitement indispensable sans informer le patient des risques encourus, ce qui aurait pu être évité par une meilleure « collaboration » entre praticiens.
- Erreur du médecin de ne pas avoir su garder un contact essentiel avec son patient.

Cela se terminera tragiquement.

- EXEMPLE N° 1

Il y a quelques années, Mme B., la trentaine, célibataire, se présente à mon cabinet :
Au premier abord, je la sens tendue, anxieuse, inquiète...

- Docteur, j'ai peur d'être enceinte..., et voilà quinze jours que je pleure et ne dors plus
- Asseyez-vous..., une grossesse n'est pas une maladie, et il n'y a pas lieu de vous mettre dans cet état. Si vous le voulez bien, voyons ce qu'il en est.

J'essaie de créer un climat apaisant pour détendre ma patiente avant toute autre chose ; cela est indispensable pour améliorer la qualité de l'entretien et la suite de la consultation.

Je n'y parviens pas totalement, tant elle est inquiète.

J'apprends alors qu'elle a un retard de règles de 3 semaines (elle était auparavant réglée tous les 28 jours...)

Non, elle n'avait pas de contraception (n'ayant pas d'ami attiré)

Non, elle n'a pas de gonflement des seins, ni de nausées.

Je passe à l'examen :

A part un pouls à 100 et une tension artérielle un peu élevée (17/8), le reste de l'examen général est tout à fait normal. Au TV (toucher vaginal) tout est parfaitement normal aussi, en particulier l'utérus est petit, le col est bien ferme, n'évoquant absolument pas un utérus gravide.

S'agissant d'une grossesse théorique de cinq semaines et m'appuyant sur la clinique, j'étais formel, elle n'était pas enceinte... à moins que ? (il faut toujours être prudent dans ce domaine).

Sitôt annoncée « cette bonne nouvelle », elle est transformée et retrouve le sourire.

La consultation est-elle terminée pour autant ?

Non, car il faut toujours être prudent :

J'apprends alors que le rapport incriminé se serait produit vers le 7^e-8^e jour du cycle, période peu favorable à une fécondation, mais un rapport peut parfois déclencher une ovulation anticipée. Le dialogue avec Mme B s'est totalement modifié : elle est plus à l'aise, plus volubile, plus coopérative et me semble en totale confiance.

- A-t-elle eu d'autres rapports plus récents ?
- Aucun

(il faut toujours se méfier d'une grossesse plus récente, indétectable cliniquement et également des dires des patientes qui n'osent pas toujours dire toute la vérité).

Je parie sur la véracité des dires de Mme B., par son comportement actuel : elle a confiance, ce qui s'exprime par son attitude et ses paroles.

- Eh bien Madame, je suis heureux pour vous puisque vous souhaitiez ne pas être enceinte
- Docteur, comment expliquez-vous ce retard de règles ?
- Cette peur d'une grossesse a provoqué chez vous un dysfonctionnement, voire un blocage hormonal, d'origine psychologique, qui a empêché le retour de vos règles, mais cela est sans gravité et tout doit rentrer dans l'ordre d'ici quelques jours, une semaine au plus, puisque vous avez trois semaines de retard et que le prochain cycle normal de vos règles devrait tomber dans une semaine. Si par hasard, ce n'était pas le cas (il faut toujours rester prudent), ce que je ne pense pas (il faut être convaincant), vous feriez un test de grossesse au laboratoire.

Je vous en fais la prescription mais vous conseille d'attendre une semaine car je pense que ce sera inutile, à moins que vous ne soyez encore inquiète ?

- Non Docteur, je vous fais tout à fait confiance, mais vous ne me donnez aucun médicament ?
- C'est inutile Madame, si vous êtes tout à fait rassurée, car c'est votre angoisse qui est seule responsable de votre retard.
- Docteur, je vous dois ?...

Elle se lève, se dirige vers la porte, se retourne :

- Vous savez Docteur, il faut quand même que je vous dise : en fait, j'ai été violée.
- Surpris, je répons bêtement :
- Et vous n'avez pas porté plainte ?
- Non, vous ne pouvez pas comprendre, j'avais honte, j'avais peur... et puis il faisait noir et je n'ai même pas pu voir mon agresseur.
- Le lendemain après-midi, coup de téléphone de Mme B.. (je ne m'y attendais pas, ne lui ayant pas demandé de le faire)
- Docteur, mes règles sont revenues cette nuit. J'ai tenu à vous le dire et je vous remercie encore infiniment.

Cette histoire à l'heureux et rapide dénouement, s'explique essentiellement par le climat dans lequel s'est déroulé cette consultation :

Il faut savoir prendre son temps, ne pas se précipiter sur l'examen gynécologique ou sur le test de grossesse, pour que la patiente ait le temps de se détendre et d'être plus réceptive à votre écoute.

- Il faut également instaurer un calme communicatif et confiant, propice à une bonne relation médecin-patient.
- Savoir se montrer convaincant, même si certaines précautions peuvent s'avérer utiles (test de grossesse).
- Ne pas omettre de donner des explications claires et facilement compréhensibles par la patiente.

Dans ce cas particulier, les deux objectifs essentiels étaient : rassurer et convaincre.

Nota : à l'époque des faits, le test de grossesse n'était pas systématique et n'était fiable qu'après plusieurs semaines.

- EXEMPLE N° 2

Les céphalées de Mr Pierre S. étaient d'origine tensionnelles (TA 17/9,5)

Cadre dans une grosse entreprise de travaux publics, la quarantaine, Mr S... vivait à 100 à l'heure, nombreux déplacements sur des chantiers, restaurants, peu de sommeil...ce qui perturbait plus sa famille que lui-même.

Dans un premier temps, je lui donne des conseils hygiéno-diététiques d'autant plus qu'il présentait un surpoids modéré et surtout un bilan lipidique perturbé (cholestérol total à 2,99 g, HDL à 0,48, triglycérides 2,69 g, rapport cholestérol total/cholestérol HDL 6,25 (normale inférieure à 4,9)

Je lui explique les risques inhérents à son taux de cholestérol à plus ou moins long terme, le rapport de ce cholestérol avec son HTA et les risques cardiovasculaires. Mes explications sont accueillies avec un petit sourire entendu.

Un mois plus tard, même symptomatologie, mêmes chiffres tensionnels : « vous savez docteur, j'ai essayé de suivre vos conseils, mais avec mon travail, c'est quasiment impossible, sauf quand je suis à la maison ».

Je lui prescris un anti-HTA et lui renouvelle mes conseils en insistant sur la nécessité de les respecter.

Le mois suivant, ses céphalées ont disparu, sa TA s'est normalisée, ce qui satisfait pleinement Mr S... qui poursuit avec entrain le même rythme de vie ; il se sent toujours en pleine forme et même moins fatigué qu'auparavant ; mes conseils, toujours les mêmes, semblent tomber dans l'oreille d'un sourd.

Le cardiologue n'est pas mieux entendu : les médecins sont toujours complices vis à vis des patients, et de plus, ils en rajoutent souvent.

Par la suite, comme je m'y attendais, le bilan lipidique reste perturbé, et je dois ajouter une statine à son traitement car il faut bien limiter les risques cardiovasculaires.

Cela n'empêchera pas Mr S.. de présenter quelques années plus tard un syndrome de menace : hospitalisé d'urgence, il subira une angioplastie coronaire qui finira mal, provoquant un infarctus suivi de crises d'angor invalidantes.

- arrêt de travail
- perte d'emploi (sa Société en difficulté en ayant profité pour le licencier...)

Commentaire : il s'agit d'un patient indiscipliné type qui n'a respecté aucune des consignes essentielles de prévention malgré un risque majeur, sous couvert des nécessités de son travail ; en réalité, il ne souhaitait pas modifier un mode de vie qui lui plaisait trop bien.

A plusieurs reprises, il avait fait de fréquentes entorses à son traitement sous prétexte de manquer de temps pour renouveler ses médicaments.

Ce n'est qu'après son infarctus qu'il a pris conscience de son état, il est devenu anxieux, s'est mis à respecter, mais un peu tard, les consignes médicales.

Il est allé de lui même consulter des spécialistes recommandés par des amis, mais qui ne pouvaient rien de plus que l'encourager à un mode de vie adapté à son cas.

Récemment, après une émission de télé mettant en cause un produit BAYER anti-cholestérolémiant, il se précipite à ma consultation, son ordonnance à la main : bien entendu, il ne prenait aucun des produits incriminés.

Son comportement avait totalement changé : lui, l'insouciant parfait, était devenu un anxieux méconnaissable pour qui l'avait connu auparavant. Des cures d'anxiolytiques sont même devenues nécessaires pour soulager son état de stress permanent inducteur de crises d'angor.

Ce cas est typique de la difficulté de persuasion de la part du médecin, même lorsqu'il s'agit de prévention d'accident potentiel grave et lorsqu'il s'agit de modifier un mode de vie dans lequel le patient se complaît parfaitement.

- EXEMPLE N° 3

ECHEC

M. D., commerçant, 65 ans, vient de prendre sa retraite.

Sous la pression de son épouse, ils se retirent tous les deux à la campagne à 30 kms de leur ville. Ils n'ont pas eu d'enfant.

Très vite, M. D.. devient taciturne, voire agressif vis à vis de son épouse qu'il accuse de l'avoir privé de tous ses amis en venant s'enterrer ici où il ne connaît personne. Sa seule distraction est la pêche.

Quelques mois plus tard, il chute et se fracture le poignet droit.

Il subit une immobilisation plâtrée qui aggrave son état dépressif : il ne sort plus, ne dort plus, ne peut plus pêcher, évite son épouse qui le décide à venir me consulter.

Le diagnostic de dépression réactionnelle est évident.

D'abord réticent à la prise de tout médicament, M. D.. accepte finalement un traitement anti-dépresseur (plutôt imposé qu'accepté).

Je crois avoir alors fourni toutes les indications relatives à ce traitement :

Ce n'est pas un anxiolytique et sa mauvaise réputation est bien connue maintenant du grand public. Par contre, cet anti-dépresseur ne crée aucune accoutumance et peu d'effets secondaires ; il faudra le prendre pendant environ 6 mois, mais il faut parfois attendre 3 semaines pour en retirer le bénéfice maximal.

M. D. ne semble pas convaincu et le contact n'est pas bon, mais il me promet de suivre son traitement. En le quittant, je lui demande de me donner de ses nouvelles dans une semaine. Ce n'est pas lui, mais son épouse qui me confirme une très nette amélioration.

Un mois plus tard, son épouse m'apprend le suicide de son mari. Que s'est-il passé ?

Lors d'une consultation pour sa fracture où le plâtre a dû être refait, il s'est plaint de constipation sévère : le chirurgien, en toute bonne foi a mis en cause l'anti-dépresseur.

Trop heureux d'avoir un tel coupable, M. D. arrête son traitement sans me consulter, ni m'en informer. Dix jours plus tard, il se suicidait.

Analyse critique de cette situation :

- En premier lieu, le médecin traitant se sent évidemment responsable de ce décès.
- Il a commis une erreur d'évaluation de la gravité de cette dépression.
- Il aurait pu exiger une consultation hebdomadaire, du moins en début de traitement.
- A sa décharge : Mr D. étant venu consulter plus ou moins sous la contrainte de son épouse, le médecin n'avait pas souhaité le contraindre lui-même, espérant une démarche spontanée de Mr D., d'autant plus que les relations antérieures étaient tout à fait bonnes.
- Aurait-il fallu d'emblée proposer un avis spécialisé (psychiatre) ? Il est quasi-certain que M. D.. aurait refusé, c'est pourquoi cette éventualité n'a pas été abordée dans un premier temps.

Cette issue malheureuse confirme, une fois de plus, que le médicament ne remplacera jamais le dialogue, c'est-à-dire, dans le cas présent, psychothérapie et pour cela, il faut d'abord savoir se rencontrer.