

Médecine debout: médecine en marge

par le Dr Philippe Heureux*

C'est un mercredi après-midi. Il est à peu près 15h30. Au car-wash où je trouve enfin une petite pause, entre visites à domicile et consultations du soir, pour laver une voiture dont on ne distingue plus trop la couleur, je reçois de mon secrétariat une demande de visite à domicile pour une patiente que je ne connais pas. Motif de l'appel: «une grosse fatigue et un encombrement respiratoire» (sic).

IRRITATION

Je me sens contrarié pour plusieurs raisons:

- le motif ambigu de l'appel (une «grosse fatigue», ça peut attendre mais un «encombrement respiratoire»?) ainsi que son caractère tardif;
- le fait qu'il ne s'agisse pas d'une de mes patientes (je vous fais grâce des divers coups de fil qui me permettent de préciser que le Dr X., le médecin traitant de cette patiente est absent et que son remplaçant, le Dr Y. n'est pas joignable);
- l'impossibilité où je me trouve d'être en contact téléphonique direct avec cette patiente pour renégocier éventuellement un autre cadre de travail. On mesure ici à la fois les avantages et inconvénients de l'utilisation d'un secrétariat téléphonique sur abonnement.

«J'y vais, j'y vais pas?».

Plutôt que de chercher à joindre absolument, de ma voiture, le Dr Y., je me décide finalement à me rendre à cet appel.

Un dernier coup de fil au secrétariat car je ne trouve pas le nom de la patiente sur l'alignement des sonnettes du hall d'un immeuble dépourvu d'éclairage: la patiente avait donné aussi un autre nom que je retrouve finalement. Me voici donc au 2^e étage où je suis reçu par une dame d'environ 35 ans, apparemment eupnéique, qui me fait entrer dans une pièce encombrée de piles de vêtements et de caisses, dénuée du moindre siège sur lequel s'asseoir. Seul un matelas assez douteux est présent dans un coin de la pièce.

ANAMNÈSE CONFUSE...

La visite commence donc debout! Des explications assez confuses de la patiente, je retiens finalement que, effectivement, elle se plaint de fatigue, de toux et d'une sensation d'oppression respiratoire depuis quelques semaines!

Elle habitait la localité auparavant, elle a déménagé l'an passé après s'être séparée de son mari pour aller épouser un autre homme en France. Elle est revenue récemment en Belgique suite à un «appel au secours» de sa fille restée au pays et elle est donc en train de réemménager dans la localité

Elle est occupée à effectuer diverses démarches au CPAS. J'apprends alors, au décours de cette anamnèse, qu'elle avait effectivement appelé le Dr X... puis le Dr Y. ce matin. Ce dernier est passé à domicile pendant que la patiente était... au CPAS. Il avait ensuite refusé de passer une seconde fois.

Elle avait donc reçu mes coordonnées du CPAS. De là l'appel «classé urgent» de cet après-midi!

Elle a eu, dit-elle, toutes «les peines du monde» à trouver un médecin: «comment se fait-il qu'il soit si difficile de trouver un médecin à Wavre un mercredi après-midi?» (re-sic)

Vous imaginez sans peine que mon irritation est loin d'être retombée! Je lui fais part de mon étonnement qu'elle se déplace au CPAS mais qu'elle ne puisse se rendre au cabinet du médecin». Pas de réponse.

... ET EXAMEN DEBOUT

Nous passons alors à l'examen clinique, effectué debout, et qui, pour autant que je puisse m'y fier dans ces conditions, se révèle rassurant. Je l'exprime à la patiente qui me pose avec insistance la question de l'origine de ses symptômes: «Mais qu'est-ce que j'ai alors?».

Et je lui réponds qu'il est bien possible que la situation difficile dans laquelle elle se trouve soit de nature à l'avoir «oppressée» et fort «fatiguée».

La patiente ne semblant pas convaincue, je souligne combien nous sommes dans des conditions difficiles pour travailler et que ces conclusions qui ne sont que provisoires mériteraient d'être reprises à l'aise au cabinet de consultation de son médecin traitant.

Je lui réitère combien je suis sensible à sa situation et combien il est d'autant plus nécessaire de reprendre tout cela à l'aise et dans de bonnes conditions.

Un traitement symptomatique minimal est alors prescrit ainsi qu'un arrêt de travail de 2 jours afin qu'elle soit en règle avec son employeur et qu'elle puisse trouver le temps de retourner le lendemain chez son médecin traitant, le Dr X.

* Médecin généraliste
1300 Wavre

ABSTRACT

Reflexion based on a annoying call from a patient.

Keywords: doctor-patient relation, precariousness, emergency.

RÉSUMÉ

Réflexion autour d'un appel irritant pour le médecin

Mots clefs: relation médecin-malade, précarité, urgence.

La visite se termine par le paiement. La patiente trouve le montant des honoraires (pourtant conventionnés) très élevé mais après avoir cherché sans succès une vignette de mutuelle pour le tiers-payant, finit par me les régler en espèces.

Je lui rappelle de consulter son médecin traitant et je prends congé, finalement très mécontent de moi, ayant l'impression d'avoir eu tout faux du début à la fin.

Le lendemain, je téléphone au Dr X., supposé être le médecin traitant, qui me remercie pour mon coup de fil mais... ne semble pas retrouver cette patiente dans son fichier !

QUELS ENSEIGNEMENTS PEUT-ON TIRER DE CETTE HISTOIRE ?

La visite à domicile nous apprend souvent dans quelles conditions vivent nos patients mais n'est pas toujours propice à une prestation médicale de qualité, soit en raison de conditions matérielles défavorables, soit en raison d'un « donné à voir » tel qu'il est de nature à empêcher, jusqu'à un certain point, le médecin de « penser ». ⁽¹⁾

Dès lors, la nécessité de bien définir notre cadre de travail est de la première importance. Idéalement, ce cadre devrait faire l'objet d'une négociation et d'une convergence entre médecin et patient. On aurait pu imaginer, dans le cas présent, que je commence par vérifier avec la patiente si le cadre dans lequel nous étions « forcés » de travailler nous permettait de réaliser un vrai travail médical. Par exemple, j'aurais pu dire quelque chose comme : « Écoutez, je crois que nous ne sommes vraiment pas dans de bonnes conditions pour une consultation. Je vous propose de revenir demain à mon cabinet. Qu'en pensez-vous ? » Mais nous sommes en même temps encombrés par un « surmoi médical » qui nous enjoint de « répondre à tous les appels ».

Sans doute inconsciemment, la patiente, en m'introduisant ainsi dans le désordre de son appartement, me donne à voir aussi le « désordre » voire le désarroi de son parcours de vie. Un tel rapprochement pourrait effectivement lui être exprimé mais ceci nécessite souvent l'établissement préalable d'un lien de confiance, d'un « tissu relationnel », d'une « compagnie d'investissement mutuel » (2) pour reprendre l'expression de Balint : de telles interprétations ne trouvent leur efficacité que si elles peuvent prendre appui sur une relation thérapeutique déjà bien installée. Autrement, elles risquent de n'être vécues que comme des intrusions plus ou moins sauvages dans le monde affectif de la patiente.

Manifestement, les conditions de précarité de cette patiente sont, d'une certaine manière, retransposées dans les conditions de travail

qu'elle « impose » au médecin. Si ceci est délibéré de sa part, il s'agit de manipulation ; si c'est plus inconscient, il appartient au médecin de repérer ce qui se passe et de proposer progressivement au patient une autre manière de travailler : par exemple la prise en charge par une équipe pluridisciplinaire, que ce soit en réseau, en collaboration avec un centre de guidance ou un travailleur psycho-social.

Mais il est parfois illusoire de demander à un patient en détresse psycho-sociale de formuler **d'emblée** une demande précise vis-à-vis des soignants, de décortiquer tout de suite dans cette demande ce qui est de l'ordre du médical, du soin ou du psycho-social. ⁽³⁾ Ces diverses dimensions sont étroitement intriquées et je pense qu'une partie de notre travail consiste à aider patiemment de tels patients à remettre un peu d'ordre dans leur demande et leur vie. C'est bien parce que cette patiente est dans un flou total qu'elle a du mal à formuler une demande claire et structurée : c'est sans doute trop tôt dans son parcours.

CONCLUSION

Quand un patient en situation de précarité nous « impose » malgré lui des conditions de travail tout aussi « précaires », le médecin peut être tenté soit par une réaction de résignation (qui redoublerait alors le vécu du patient sans pouvoir l'aider), soit par une réaction de rejet (qui serait plus le témoin de l'angoisse et de l'impuissance vécue par le médecin). Ces deux « contre-attitudes » ne sont pas aidantes pour le patient et laissent les deux protagonistes déçus voire amers, d'autant plus dans le chef du patient s'il a déjà, dans sa vie, un tel vécu subjectif de « rejet ».

Outre le travail en réseau, une tierce voie serait de considérer ce qui se passe dans la relation médecin-patient comme un symptôme au même titre que les autres. « Si le médecin ressent quoi que ce soit pendant qu'il examine un malade, il doit s'y arrêter et considérer ses sentiments comme des symptômes possibles de la maladie du patient » ⁽⁴⁾, symptôme que le médecin enregistrerait dans sa mémoire et qu'il tâcherait d'exploiter au mieux une fois le lien thérapeutique suffisamment établi avec le patient. ■

BIBLIOGRAPHIE

1. Gillieron E. : Les urgences médicales, aspects psychothérapeutiques : *Revue de Médecine Psychosomatique*, 1985 ; 2, 101-9
2. Balint : « Le médecin, son malade et la maladie », Payot rééd. 1988 ; 265-7
3. Les patients indésirables : *Revue Ethica Clinica*, 2005 ; 40, 29-30
4. Balint : « Techniques psychothérapeutiques en médecine », Payot, 1966 ; 100