

Prendre la place ou attendre qu'elle soit donnée ?

Mélanie Gibert*, Dominique Huas**

*Résidente, **Professeur associé de médecine générale : UFR Paris VII

Résumé : La place du résident au cours des stages en médecine générale est souvent difficile à cerner entre le maître de stage et le patient, dans une relation à trois. Cette situation vécue, analysée par les protagonistes, illustre cette difficulté. Ces réflexions croisées et simultanées montrent la difficile cohérence pédagogique des différentes phases du stage ambulatoire de premier niveau.

Mots clés : stage en médecine générale, place du résident, rôle du maître de stage, hypothèse diagnostique.

Introduction

Mélanie Gibert est résidente en 5^e semestre. Elle réalise son stage de niveau 1 en médecine générale chez le docteur Dominique Huas, maître de stage. Le 6 juillet

2004, ils consultent ensemble. Un patient retient particulièrement leur attention. Ils racontent le déroulé de la consultation et analysent la situation.

La consultation

Mélanie, résidente	Dominique, maître de stage
<p>1) Après une série de consultations peu palpitantes (rhinite, pharyngite, rhinopharyngite), la patiente suivante Mme T. est très affectée par des problèmes familiaux. Elle vient régulièrement pour en discuter. "Tout cela n'est pas très excitant jusqu'à présent". Consulte ensuite Mr M., que je n'ai jamais vu.</p>	<p>1) Début d'après midi médicalement morose avec 3 consultations de type ORL basique. Patients sûrement très intéressants mais à la pathologie banale. Suit une dame que je connais bien et qui vient souvent pour causer de ses difficultés familiales. Patiente très intéressante mais pour l'interne assise à côté de moi, il est difficile de suivre car elle ne connaît pas bien l'histoire de cette femme. Le patient suivant est Mr M.</p>
<p>2) Il a l'air fatigué, il souffle en s'asseyant. Le Dr. Huas l'interroge sur la signification de ce soupir et lui parle de sa consommation tabagique. Mr M. déclare que cela ne l'empêche pas de faire du vélo, ni de longue marche à pied. Il ajoute qu'il vient consulter car il présente depuis quelques temps des "spasmes" pharyngiens gênant la respiration et depuis peu décrit deux épisodes de douleur thoracique. Le premier, il y a une semaine, a duré 5 heures ; le second hier n'a duré que 2 heures car soulagé par la prise d'un comprimé de paracétamol.</p>	<p>2) Il se lève avec lenteur de la chaise dans la salle d'attente. Une fois dans le cabinet, il s'assied avec un grand soupir. Inhabituel ! Je connais bien et depuis longtemps Mr M., ses 49 ans, ses difficultés de travail, ses relations orageuses voire suicidaires avec l'alcool, sa BPCO liée à une consommation tabagique qui ne faiblit pas. Le soupir inhabituel me fait primitivement penser à une dépression qui couve depuis qu'il est à nouveau au chômage. Assez vite, mais de façon anodine, il parle, geste barrant de 2 doigts la poitrine à l'appui, de 2 épisodes douloureux : le premier il y a 8 jours, le second hier soir. En quelques minutes, mon hypothèse diagnostique définitive et le résultat de consultation étaient acquis.</p>

3) Le Dr Huas nous laisse un instant. Pour rompre le silence, je poursuis l'interrogatoire sur la douleur thoracique qui m'intrigue. Elle est à type de brûlure, survenue au repos, ayant duré cinq heures la première fois et trois heures la seconde fois après la prise de paracétamol. Mr M., nerveux, interrompt mon interrogatoire. Il est logorrhéique et semble angoissé. Il met ses symptômes sur le compte de son "état nerveux". "Le Dr. Huas connaît bien mon dossier ; j'ai de nombreux problèmes, et ces douleurs, c'est à 99% nerveux". A priori, Mr M. reprend la main. Il ne veut pas que je dirige la consultation. Il a l'air de vouloir être rassuré par son médecin. Pour avancer, je prends sa tension artérielle : 19/11. Mr M. semble surpris de l'importance des chiffres : "ça aussi, c'est dû à mon héritage maternel, les soucis, les angoisses personnelles, la tension, l'alcool". J'ai l'impression qu'il attend le retour de son médecin pour être rassurée sur sa douleur thoracique.

4) Le Dr. Huas nous rejoint et m'interroge sur la consultation et mes prescriptions. Que dire ? Que faire ? Je n'ai pas mené la consultation comme j'aurai dû pour la conclure. M. M., n'a voulu aborder avec moi que ses soucis, sans rentrer dans les détails car "le Dr. Huas connaît bien mon dossier". J'annonce ce que je crois que le patient veut entendre : "M. M. est angoissé, sa douleur thoracique n'est pas très typique, il a besoin de discuter avec son médecin", (moi, je ne peux pas le rassurer). Dr. Huas reprend l'histoire des douleurs thoraciques, les antécédents et les facteurs de risque, tabagisme, HTA mal équilibrée. Il téléphone au cardiologue.

3) A cet instant, une thésarde venue faire le point sur l'état de son travail, demande à me voir. Je sors du cabinet et laisse Mélanie et Mr M. Je pensais en avoir pour quelques minutes.

A mon retour, plus tardif que prévu, Mélanie décrit le contenu de la consultation qu'elle a repris en marche. Je la sens peu à l'aise. Mr M. lui a surtout parlé de ses difficultés. La tension artérielle est à 19/11. L'examen est par ailleurs normal.

4) Je demande à Mélanie son hypothèse diagnostique et son résultat de consultation. Trouvant la douleur thoracique peu typique, elle pense que ces douleurs sont psychogènes et suggère que Mr M. revienne discuter de ses difficultés personnelles avec moi.

J'expose mon hypothèse diagnostique du début de consultation. Même si Mr M. est actuellement psychologiquement fragile et devra en parler, la douleur accompagnée du geste me semble hautement significative. Après un coup de téléphone, Mr M. part directement chez le cardiologue.

Une heure après son départ, le cardiologue nous informe que le trajet pour rejoindre son cabinet (10 minutes à pied) a déclenché le même type de douleur thoracique. L'ECG a confirmé le diagnostic clinique : sous décalage de ST et disparition de la douleur sous dérivé nitré. Face à ce syndrome de menace, Mr M. est parti immédiatement en milieu hospitalier où en fin d'après midi un stent a été posé.

Réflexions de l'interne

Positionnement face au malade

Prise de cours en me retrouvant active de façon imprévue, j'essaie néanmoins de reprendre le fil de la consultation. Le patient ne me donne pas la place de médecin, et je ne lutte pas pour le devenir. En conséquence, l'interrogatoire est mal mené et l'examen clinique est de toute façon pauvre.

A l'hôpital, la position de l'interne est différente. Je la perçois comme plus simple. C'est à lui de mener la consultation. Contrairement au cabinet, si le consultant ne veut pas, il s'en va. La pathologie est plus valorisée que le patient. Aux urgences, le médecin va droit au motif de consultation, il abrège couramment les interprétations personnelles des symptômes rapportées par les patients. Il recherche des signes cliniques, il ne s'intéresse qu'au somatique et s'il pense que c'est psychique, il appelle le psy.

Positionnement vis-à-vis du maître de stage

Lors de son départ, le maître de stage m'investit du rôle de docteur, mais je n'ai pas pu le devenir pendant la consultation. Lorsque le maître de stage me demande le résultat de la consultation, je suis réinvestie de cette fonction.

Je dois répondre quelque chose et je dis ce que je crois que le patient veut entendre. J'ai rapporté ce que j'avais entendu, en fait ce vers quoi le patient m'a conduite.

En ville, je ne suis pas toujours en position active. Quand elle m'est proposée sans que je m'y attende, je me sens moins impliquée. Je sais que le maître de stage connaît bien ses patients, leurs antécédents. En quelque sorte, et contrairement à ce qui se passe le plus souvent à l'hôpital en consultation "porte", je me repose sur lui car je sais qu'il repassera derrière moi.

L'interne doit ménager la patientèle du maître de stage, s'adapter à ses pratiques, les copier parfois afin de ne pas être trop loin de ses conclusions quand elles seront énoncées au patient.

Qu'aurais-je pu faire ?

Mr M. m'a menée en bateau. Je n'ai pas su ou pas pu revenir à ce qui était ma préoccupation première, à savoir la douleur thoracique. Je me suis reposée sur le retour imminent du Dr. Huas. Le processus de prise en charge en consultation au cabinet, que ce soit en phase semi active avec supervision directe, mais aussi en phase active et supervision indirecte, fausse au moins partiellement notre perception et prise de décision. Aux urgences hospitalières, c'est une relation médecin-malade, le plus souvent sans supervision. En médecine générale, le fait d'anticiper la supervision modifie éventuellement le processus diagnostique et thérapeutique dans le sens où j'imagine ce qu'aurait fait le maître de stage et non ce que j'aurais fait s'il s'était agi d'un de mes patients. Je l'ai revu plusieurs fois depuis. Je n'ai pas vraiment envie de le revoir. Il me met mal à l'aise. Je doute qu'il accepterait de me revoir seule !

Réflexions du maître de stage

Cette consultation est riche d'enseignement tant sur le plan de la conduite diagnostique que sur le plan pédagogique.

Ce n'est qu'un exemple, mais il confirme le fait qu'en médecine générale, l'hypothèse diagnostique se fait très vite. Ici, malgré le syndrome dépressif lorsque Mr M. s'assoit, le syndrome de menace s'impose et se confirme par la demande de consultation cardiologique 2mn après. Contrairement à l'interne, j'étais en position de soignant. Je n'ai pas dû faire cette hypothèse diagnostique plus de 3 fois dans ma vie professionnelle. Néanmoins, les mécanismes du raisonnement privilégiant l'urgence et la gravité d'un diagnostic rare au dépend du diagnostic "tout prêt" de syndrome dépressif avec précordialgies, se sont rapidement mis en place.

Pourquoi une interne que je considère comme cliniquement compétente, s'est-elle aussi lourdement trompée sur la démarche diagnostique et le résultat de consultation ? Il y a sans doute plusieurs explications.

- En phase passive, il est difficile de rester concentré face à la succession de 3 consultations sans aucun intérêt somatique ni relationnel. La consultation suivante au contenu exclusivement psychothérapeutique ne laissait aucune place à l'interne pour intervenir. Il n'est sûrement pas facile de rester aux aguets au cas où une urgence, pour le moins inhabituelle dans mon exercice, surviendrait.
- Mélanie ne connaissait pas Mr M. et ses lourds antécédents, ce qui constituait un gros handicap.
- Mr M. n'est pas un patient facile à gérer. Je le connais depuis longtemps, et même si je l'aime bien, du point de vue relationnel, je suis toujours sur la réserve. Il n'a manifestement laissé aucune place à Mélanie quand je les ai quittés. Elle n'a pas pu, pas su, la prendre.