

Patrick Ouvrard

Une situation complexe en France

La complexité est l'essence même de la médecine générale, c'est ce qui en fait la beauté, la difficulté et qui permet de la reconnaître comme un art.

La gestion de cette complexité intrinsèque est grandement favorisée par la compétence d'une approche anthropologique et globale de nos patients. Le médecin généraliste soigne des individus en souffrance dans leur contexte culturo-socio-environnemental et non pas des maladies, syndromes ou symptômes.

Cette gestion peut être fortement entravée par le système de soin en cours (paiement à l'acte par exemple), les contraintes administratives et l'absence de culture du partage des tâches dans une ambiance de co professionnalité.

La qualité de la relation duelle doit s'épauler d'une relation plurielle et de la mise au point/validation d'outils de repérage et de suivi, simples et aidants.

L'histoire ci-dessous relatée témoigne d'une des multiples consultations complexes qui remplissent notre quotidien.

Marguerite

Marguerite, 82 ans, ancienne femme de ménage, mère de 4 enfants vivait seule avec son dernier fils qui a 34 ans et est célibataire, dans un petit appartement d'un quartier «à risque» de la Ville. Elle a été veuve de son deuxième mari, peu de temps après la naissance de Gérard et tous ses maigres revenus sont passés dans la location de cet appartement et à l'éducation de ce fils. Ses 3 autres enfants (issus d'un premier mariage) étaient adultes quand elle s'est remariée; elle n'a plus jamais eu de contacts avec eux depuis. Au fil du temps, le modeste appartement est devenu vétuste, mais impossible de trouver un autre logement pour le même prix. Les revenus de Gérard sont bien maigres et grevés d'une bonne part par les transports liés à l'éloignement du lieu de travail.

Je la connaissais depuis 3 ans; bien que n'habitant pas le quartier de mon cabinet, elle m'avait choisi car elle ne trouvait pas «efficace» le remplaçant de son médecin de quartier, médecin remarquable décédé il y a 4 ans. Je ne me souvenais pas d'elle, mais j'avais été en visite à son domicile dans le cadre du service de garde, pour une colique néphrétique qu'avait faite Gérard ... il y a quelques années.

Marguerite présentait quelques troubles cognitifs et n'aurait pu s'occuper d'elle si elle avait été seule, heureusement Gérard s'en occupait et s'assurait du manger et des tâches ménagères (ménage et lessive). C'est toujours lui qui l'avait accompagnée en consultation, et à chaque fois, elle louait sa disponibilité et sa gentillesse envers elle. Il semblait il y avoir une vraie complicité entre eux. Par contre l'hygiène corporelle était loin d'être parfaite: il n'était pas question pour Gérard de s'en occuper, et elle s'était toujours opposée à l'intervention d'une tierce personne.

Son interrogatoire était souvent difficile avec une nécessité de «recadrer» en permanence.

Le recueil de son histoire médicale avait été complexe et basé principalement sur ce que Gérard en savait, surtout une HTA ancienne pour laquelle elle refusait un traitement quotidien.

Ses rares visites étaient justifiées par des épisodes infectieux (états grippaux, cystites, ...) ou des petits traumatismes. Je n'avais été qu'une fois au domicile pour une entorse de cheville. Refus

constant d'actions de prévention (sauf examen clinique des seins) et/ou de suivi.

Au printemps 2010, hospitalisation pour détresse respiratoire avec polypnée (retrouvée par Gérard au retour de son boulot). Embolie pulmonaire bilatérale. Enquête étiologique incomplète (refus de certaines consultations et examens).

Le fils accepte avec réticence la mise en place d'aides à domicile, de réaliser une demande d'APA (Allocation Personnalisée d'autonomie) et un dossier d'inscription en EHPAD (Établissement d'hébergement pour personne Âgée Dépendante).

Elle rentre à domicile avec un traitement antivitamine K (AVK) par Coumadine équilibré.

Je suis tenu au courant de son histoire par la réception des résultats de laboratoires concernant son INR ... Ignorant pour quelle raison et par qui elle avait été mise sous AVK. *Le courrier de l'hôpital ne me parviendra que 15 jours après son retour à domicile! Jamais nous n'avons pu discuter de l'élaboration d'un projet pour Marguerite ensemble ...*

Impossible de joindre Marguerite ou Gérard par téléphone. Je tente une visite à domicile sans succès, porte fermée, sonnette inopérante et voisinage absent.

Quelques jours plus tard, je reçois un appel de la responsable du service de soins infirmiers à domicile qui me dit que Marguerite a des propos agressifs et menaçants envers les soignants, qu'elle leur jette des objets et quelle leur aurait dit que le prochain qui viendrait elle le recevrait avec une arme ...

Devant ces propos, le service de soin applique son droit de retrait et en avertit le médecin inspecteur conseil.

Le secrétariat du médecin-conseil contacté me dit envoyer une assistante sociale pour aider à trouver une solution.

Impossible de joindre Gérard au téléphone, le numéro dont je dispose semble ne pas fonctionner. Cette histoire occupe une partie importante de mon emploi du temps surchargé, mais j'ai envie d'avancer, sans succès.

Le lendemain Gérard me téléphone pour me dire que la situation de sa mère s'est dégradée, que cette nuit elle a eu très mal au ventre et était délirante. Elle a été à nouveau hospitalisée.

Marguerite est décédée quelques jours plus tard.

Colère face à l'impuissance d'un système, et à sa propre impuissance. En médecine générale toute situation se voit en permanence remise en cause, seul l'imprévu est prévisible. Devant une telle histoire je n'ai pu m'empêcher de chercher des responsabilités à cette absence/retard de transmission d'informations (vouloir se déculpabiliser?). Confrontés à des situations qui dépassent le simple soin, nous ne pouvons espérer tenter de les résoudre que de façon pluridisciplinaire.

Correspondance:

Patrick Ouvrard

Médecin de famille, Angers

Chargé de la communication à la SFTG

(Société de formation thérapeutique du généraliste, Paris)

patrick.ovrard[at]junimedia.fr