Rolf Adler

Le patient réclame des examens! Comment le médecin doit-il réagir?

Une patiente de 51 ans m'a été adressée en 2004 en raison d'un état d'épuisement; je l'ai ensuite suivie à intervalles relativement espacés jusqu'en 2006. Au début du mois de novembre 2011, elle téléphone pour demander un rendez-vous et je la vois le 17 du même mois.

Elle m'explique qu'elle a été soudainement prise d'un fort sentiment d'appréhension au soir du mardi 6 novembre, qu'elle s'est ensuite endormie, mais qu'elle s'est réveillée vers 2 heures du matin avec une sensation d'oppression dans la poitrine. En se rendant aux toilettes, elle a été prise de frayeur, a eu de la peine à respirer et à s'exprimer et a surtout ressenti un vide dans la tête et des fourmillements dans le bras et la jambe gauche. Son partenaire l'a immédiatement conduite aux urgences de l'hôpital le plus proche, mais les médecins n'y auraient rien décelé d'anormal et l'auraient laissée rentrer à la maison. Après avoir pu redormir quelques heures, elle a voulu se lever pour se rendre au travail, mais n'a pas été en mesure de le faire et a dû aller consulter son médecin traitant. Celui-ci n'aurait alors rien découvert de particulier, mais tout de même fini par organiser une consultation spécialisée chez le cardiologue le surlendemain, vendredi, en vue d'un enregistrement de l'ECG sur 48 heures et d'un échocardiogramme. Tous ces examens auraient donné des résultats parfaitement normaux. Le lundi 12, elle est retournée chez son médecin en raison de douleurs intercostales et au niveau des os du bassin, qui lui rappelaient celles ressenties un an plus tôt après une chute dans les escaliers. Elle avait à ce moment-là fait appel à une imposeuse de mains, qui lui aurait parlé d'une mauvaise circulation sanguine au niveau de la tête. De retour donc chez son médecin de famille, elle aurait demandé de l'adresser à un spécialiste des reins, déclenchant l'ire du praticien, qui l'aurait sérieusement réprimandée.

Elle m'explique le 17 qu'elle était certaine de souffrir d'un problème de circulation au niveau de la tête. Sa mère avait été victime, en 1991, d'un accident vasculaire cérébral avec paralysie du côté gauche, dont elle est décédée peu après. Cinq jours plus tard, elle se plaint de douleurs de la ligne axillaire postérieure gauche au niveau des 8e et 9e arcs costaux. Encore cinq jours plus tard, elle déclare avoir peur d'aller se coucher, de rester seule et de prendre le train lorsque les passagers y sont nombreux.

Une semaine plus tard, elle m'assure que sa glande thyroïde ne fonctionne plus normalement.

Encore une semaine plus tard, elle m'apporte une page Internet imprimée, sur laquelle elle a marqué au stabylo sept symptômes pouvant être répartis à part presque égale dans les listes des symptômes caractéristiques d'une hyperthyroïdie et d'une hypothyroïdie. J'appelle à sa demande son médecin-traitant. La TSH était à 2,2 aux urgences et à 5 chez lui. La patiente ne présente cliniquement aucun signe ni d'hypo-, ni d'hyperthyroïdie.

Lors de la consultation suivante, la patiente se plaint de violentes lombalgies, ainsi que d'une pollakiurie.

> Les émotions ressenties par le médecin au cours du premier entretien sont utiles pour le diagnostic différentiel

Diagnostic

Une anamnèse de 10 minutes, dont la structure et le déroulement ont été développés par l'interniste George Engel [1, 2], permet de poser le diagnostic: crise d'angoisse avec manifestations physiologiques de type hyperventilation, appauvrissement en CO_2, alcalose respiratoire, vasoconstriction artérielle cérébrale, vertiges et paresthésies, ainsi que renforcement de l'anxiété due au souvenir de l'hémiplégie gauche de sa mère.

Le consilium cardiologique était inutile. La colère du médecin et ses remontrances à la suite de la demande formulée par la patiente de voir un néphrologue représente une réaction contre-transférentielle typique. Ce concept est issu de la psychanalyse: au cours du traitement, le patient suscite chez le thérapeute une série de sentiments, de pensées et d'illusions. J'utilise ici ce terme parce que ces phénomènes précèdent la prise de l'anamnèse.

Le médecin est parfaitement en droit de se sentir irrité. Mieux vaut cela qu'une négation pure et simple, mais ces sentiments ne devraient pas être exprimés car elles perturbent le rapport de travail avec le patient [3]. Il s'agit pour commencer de s'entendre sur le contexte thérapeutique. Les émotions ressenties par le médecin au cours du premier entretien sont utiles pour le diagnostic différentiel: le calme intérieur, la curiosité neutre, un intérêt en toute décontraction sont des réactions suggérant un trouble somatique; l'impatience, la confusion, la colère, l'étonnement, la peur etc. sont fréquemment associés à des facteurs psychogènes importants [4, 5].

La réalité individuelle

La nécessité d'un consilium néphrologique est diversement appréciée par le médecin et la patiente. La réalité du médecin et celle de la patiente divergent complètement. Les réalités de deux personnes diffèrent en fait toujours, raison pour laquelle Von Uexküll [6] parle de «réalité individuelle». L'exploration de celle de la patiente, de ses idées, de ses souhaits, de ses illusions et de ses peurs fait partie du premier entretien. La reconnaissance de ces derniers par le médecin donne naissance à une réalité commune, qui forme la base d'une planification concertée des investigations et des mesures thérapeutiques. Cette manière de procéder renforce la relation, car la patiente est désormais partenaire des décisions. Le médecin n'est plus entièrement l'enseignant et le patient n'est plus seulement l'élève. Le médecin n'est plus uniquement le détenteur du savoir et le patient un simple profane. Le patient développe une plus grande confiance au cours de ce processus et parvient souvent à renoncer aux différents examens qu'il a initialement demandés.

Une évolution décevante

La patiente n'a pas répondu ou pas encore répondu aux attentes du médecin. Au cours de notre première rencontre, la mise à plat

d'une partie de ses problèmes par l'établissement de la relation entre ses sensations dans le bras gauche et ses difficultés d'élocution avec les troubles de la parole et l'hémiplégie gauche de sa mère n'a pas apporté l'atténuation souhaitée de son état d'anxiété. Mon croquis de la circulation cérébrale et ma description des effets de la vasoconstriction artérielle secondaire à l'hyperventilation n'a pas non plus fait avancer les choses. Elle a balayé mes allusions sur les effets nocifs des sentiments d'anxiété, de honte et de colère. Les trois séances suivantes ont fait surgir de nouvelles plaintes concernant des troubles de la fonction thyroïdienne et des lombalgies particulièrement intenses. Leur description et mon examen clinique approfondi n'ont pas mis en évidence de substrat organique et n'ont en rien tranquillisé la patiente. Comme elle était blonde, qu'elle avait la peau claire et qu'elle était en outre grande fumeuse, j'ai complété les analyses de laboratoire par des dosages du Ca, du P et de la phosphatase alcaline, qui se sont avérés normaux.

…dépister en douceur et avec doigté les craintes et autres sentiments sous-jacents, les évoquer ouvertement et supporter les dénis de la patiente…

J'ai moi-même aussi été en but à la colère et aux doutes dans le cadre de ma propre réaction contre-transférentielle. J'ai fini par me rendre à l'évidence: continuer à me laisser entraîner d'examen en examen et/ou donner libre cours à mes sentiments.

Les deux attitudes échouent et ne conduisent pas à la résolution des problèmes. Le setting doit rester immuable. L'attitude standard consiste à résister aux examens complémentaires, à dépister en douceur et avec doigté les craintes et autres sentiments sous-jacents, à les évoquer ouvertement et à supporter les dénis de la patiente. Les sentiments sont des faits, comme l'écrit Friedrich Glauser dans son roman «Die Fieberkurve» (La courbe de température) [7]. Une bonne formule consiste par exemple à dire au patient «en ce moment, nous n'avons pas d'explication à ces symptômes. Essayons au cours des prochaines séances de voir dans quelles circonstances les symptômes augmentent, voire diminuent. Nous comprendrons alors mieux ce qui déclenche les problèmes. Dans mon expérience, je peux cependant déjà vous assurer que vos symptômes, si pénibles soient-ils, ne sont pas dangereux. Je continuerais à explorer très soigneusement tout nouveau signe pour être certain de ne rien manquer.»

Si la succession de plaintes et de demandes d'investigations sans cesse nouvelles devait perdurer, la prise en charge risquerait de se révéler extraordinairement coûteuse à la longue. Je propose donc un nouvel entretien. La question de la fréquence des consultations à consacrer à la patiente est une affaire d'appréciation plutôt délicate. On trouve en règle générale un mode de faire satisfaisant pour les deux parties, sous la forme par exemple d'un entretien de 20 minutes chaque mois. Si le patient souhaite changer de médecin, j'essaie d'en élucider les motifs. En l'absence de modifications du comportement du patient après diverses tentatives de bris des résistances, je l'aide à trouver un collègue disposant d'une expérience dans ce genre de problématiques.

On remarquera que les investigations ne sont pas à mêmes de tranquilliser ce type de patients. Une étude publiée il y a de nombreuses années déjà dans le New England Journal of Medicine a montré qu'une coronarographie réalisée par mesure de sécurité chez des patients se plaignant de douleurs thoraciques, mais sans signes de maladie coronarienne à l'anamnèse ni à l'examen clinique, ne dissipe pas leurs craintes et ne change en rien leur symptomatologie.

Apprendre à suivre les patients difficiles

Le suivi de ce type de patients peut être amélioré grâce à une supervision par un collègue au bénéfice d'une certaine expérience avec ces cas difficiles. Il existe en Suisse depuis une dizaine d'années des cursus de formation continue de deux ou trois ans, rattachés aux facultés de médecine et menant à un certificat de formation complémentaire en médecine psychosociale et psychosomatique. Ils traitent de thèmes tels que la technique d'entretien, la réaction transférentielle et contre-transférentielle, la relation de travail médecin-patient ou encore les concepts théoriques de la médecine bio-psycho-sociale [6].

Littérature

1 Morgan WL, Engel GL. The clinical approach to the patient. Philadelphia, London, Toronto: W.B. Saunders; 1969.
2 Adler R, Hemmeler W. Anamnese und Körperuntersuchung. 3. Aufl. Stuttgart, Jena, New York: Gustav Fischer; 1992.
3 Greenson, RR. The technique and practice of psychoanalysis, Vol I. New York: Internat. University Press; 1975. pp. 45–8.
4 Goetz SM, Koch T, Hahr M, Beer C, Minder CE, Adler RH. Toward an understanding of different manifestations of fatigue. J Psychsom Res. 2005;62:179–82.
5 Adler RH, Zamboni P, Hofer T, Hemmeler W, Hürny C, et al. How not to miss a somatic needle in the haystack of chronic pain. J Psychosom Res. 1997;42:499–506.
6 von Uexküll Th (Hrsg.), Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Wesiack W (Mitherausgeber). Psychosomatische Medizin. 7. Aufl. Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH, 2010.
7 Glauser F. Die Fieberkurve. Zürich: Limmat-Verlag.
8 Engel GL. Schmerz umfassend verstehen. Der biopsychsoziale Ansatz zeigt den Weg. Übersetzt und kommentiert von RH. Adler und A. Grögler. Bern: Huber; 2011. S. 75–104.

Correspondance:
Prof. Dr Rolf Adler
Leiserenweg 4
3122 Kehrsatz
michele.rolf.adler[at]gmail.com