Déroulement d'une consultation en cabinet

P. Périat

Un médecin de premier recours doit reconnaître et évaluer l'importance des problèmes de santé de ses patients. Il doit tenir compte de leurs préoccupations et les traiter autant que possible selon les règles actuelles de l'art (guidelines). On attend de lui qu'il adapte ses investigations et traitements en fonction des particularités du patient et qu'il lui en explique la logique en termes compréhensibles pour lui.
Les patients ne sont pas identiques, chacun a son profil de risques individuel. On bute sur le plan individuel sur des limitations et des problèmes supplémentaires. L'appréciation des problèmes et de leur priorité peuvent être vécues différemment; les difficultés qui en découlent lors d'une consultation de cabinet vont être illustrées.

Components of Primary Health Care Encounter

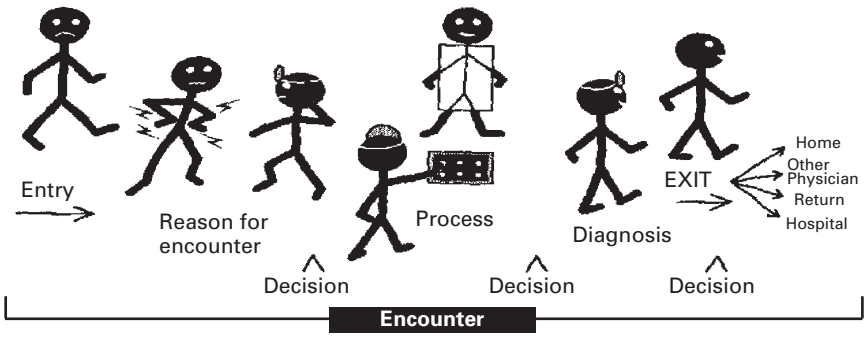

Figure 1
Components of primary health care encounter, dans: ICPC, Lamberts and Wood, WONCA, Oxford Medical publications, 1990

Le patient présente son motif de consultation, le médecin prend l'anamnèse, examine le patient, effectue selon les cas des examens complémentaires, pose un diagnostic et prend congé du patient (avec un traitement ambulatoire, un rendez-vous chez un spécialiste ou une hospitalisation). C'est, en bref, le schéma de déroulement d'une consultation ambulatoire tel qu'il nous est enseigné durant les études et les cours de formation continue.

Dr med. Pierre Périat
Médecin généraliste FMH
In den Neumatten 63
CH-4125 Riehen

piperiat@swissonline.ch

Entrée (entry)

Le patient choisi sa porte d'entrée dans le système de santé en s'adressant soit au médecin de famille, à une policlinique ou d'emblée à un spécialiste. Il s'adresse dans notre cas à son médecin de famille. Il peut le faire en prenant un rendez-vous par téléphone, en débarquant au cabinet, en demandant une visite à domicile ou en faisant un appel d'urgence. Là débute la relation malade-médecin.

Le motif de consultation (reason for encounter)

Le motif de consultation du patient. Le patient a toujours un motif de consultation. Ce motif a toujours quatre plans, qui seront illustrés en prenant l'exemple d'une simple distorsion de cheville.

1 Le **sujet**. Il comprend un plan objectif (p.ex.: pied tordu) puis quand? où? comment?
2 Le **motif**. Le motif de consultation semble évident lors d'une distorsion de cheville. Cependant, différents motifs peuvent amener à consulter:
   1. «Ma cheville est-elle fracturée?» Le motif est ici la peur et l'inquiétude.
   2. «Que puis-je faire pour pouvoir marcher le plus rapidement possible?» «Que puis-je faire contre les douleurs?» Le patient souhaite un conseil.
   3. «Le patron veut un certificat», «Ma femme trouve que je dois voir un médecin». Le motif vient de l'entourage du patient. Il n'est pas certain que le patient aurait consulté de son propre chef.
3 L'**attente**. L'attente est liée au motif de consultation. Le patient souhaite dans le premier cas une radiographie, éventuellement d'être adressé à un spécialiste ou à un hôpital. Il attend en tous cas une réponse à son inquiétude. Dans le deuxième cas un concept thérapeutique, dans le troisième cas un certificat d'incapacité de travail, un diagnostic ou un pronostic pour satisfaire avant tout *son entourage*.
4 Le **rapport affectif**. Le patient choisi primairement un médecin ou une institution lui inspirant confiance. En cabinet de pratique libérale on peut s'attendre en règle générale à un rapport affectif de base positif, le patient consultant sinon ailleurs. Cette confiance améliore par elle-même les chances de guérison et est un facteur important de la salutogenèse [1]. Cette confiance en une personne ou dans une intervention a peut-être déjà en elle-même une efficacité thérapeutique, c'est la base de l'effet placébo.

Ainsi un problème objectivement similaire peut appeler des réponses ou des priorités différentes. Il ne suffit donc pas d'établir une relation réduite au schéma cause-effet pour répondre

adéquatement au motif de consultation du patient. Il s'agit bien d'avantage de savoir quelle valeur (désignation) le patient (interprétant) attribue à son symptôme (signe), car c'est sur ce plan que se vit sa réalité [2]. Si l'on n'en tient pas compte, le patient ne se sent «pas pris au sérieux» malgré un traitement impeccable selon les critères des guidelines. «Le médecin l'ignore», «il n'écoute pas» ou au mieux: «il était pressé». La satisfaction du patient laisse à désirer. Le degré de satisfaction n'a aucun rapport avec le temps objectivement attribué ou la qualité des examens effectués, mais signifie seulement dans ce cas que le médecin a agit selon ses critères et non ceux du patient. Il s'en suit une perte de rapport affectif, qui se traduira éventuellement par un changement de médecin à la prochaine occasion.

Motifs du médecin. Le patient n'est pas le seul à avoir des motifs de consultation, le médecin a également les siens. Par exemple, le médecin aimerait plus souvent agir préventivement. Il contrôlera la tension d'un hypertendu, même si celui-ci vient consulter pour un lumbago. Les préoccupations du médecin et du patient ne sont pas toujours identiques.
Par exemple un patient obèse consultant pour une crise de goutte veut être soulagé et s'irritera des conseils de son médecin l'enjoignant à réduire son poids et à diminuer sa consommation de bière. Le médecin tente d'expliquer la relation entre le mode de vie du patient et sa goutte. Il le conscientise, le motive et l'encourage, avec succès parfois, éventuellement seulement après plusieurs tentatives, le plus souvent malheureusement sans résultat. Depuis une centaine d'annés, une alimentation mal équilibrée et le manque d'entraînement physique sont les plus grands problèmes de médecine préventive de nos sociétés. Il s'agit dans les deux cas de problèmes de *comportement des patients* et ne peuvent être modifiés que par lui. Il faut pour cela que le patient soit *conscient et comprenne* que son comportement actuel est nuisible du point de vue médical. Il ne suffit pas que le médecin «sache», le *patient* doit «savoir et comprendre». En plus d'être conscient du problème, le patient a besoin en plus de *volonté* et de *force* pour changer son comportement. Seul le patient est en mesure de décider s'il veut et peut investir l'énergie nécessaire pour modifier son comportement. Le médecin n'a qu'une fonction de conseil et de motivation. S'il commence à faire des remontrances, il prend une dimension missionnaire religieuse qui n'est pas de son ressort.

Motifs induits par les médias

Les motifs de consultation induits par les médias ont de tout temps joué un certain rôle et accaparé une partie du temps de consultation. Un exemple de ma période d'assistant (1975): une femme consulte la policlinique de chirurgie pour ses problèmes de prostate. La veille, le sujet de l'émission de télévision de Männi Weber était l'urologie.
Depuis que la population est sensibilisée, voir manipulée, par la presse et les média sur certains thèmes (ces dernières années particulièrement pour le cholestérol et l'ostéoporose), le temps de consultation devant y être consacré a sensiblement augmenté. Les patients font de l'article de santé de leur journal ou de l'émission de santé de la veille leur motif de consultation devant être discuté. Ces thèmes prennent alors une place dans la consultation que le médecin n'aurait pas spontanément accordée ou accordée plus brièvement vu le profil de risque individuel du patient. Le temps manque alors pour aborder les problèmes spécifiques du patient.
La soif du public pour des articles et des émissions médicales semble insatiable. Il est légal dans notre société d'utiliser cette soif pour promouvoir des intérêts commerciaux, même si la qualité du système de santé pour la population s'en trouve péjorée au lieu d'être améliorée. Il est symptomatique pour notre société venant de rejeter les initiatives jumelles d'attribuer 5 des 100 millions de francs dépensés annuellement pour la publicité du tabac aux campagnes anti-tabacs.

Décisions

Une première évaluation de l'urgence et de la démarche diagnostique a lieu dès la prise de connaissance du motif de consultation. Lors de plusieurs motifs de consultation (4 motifs par consultation en moyenne de nos jours) une liste de priorité selon ICPC doit être établie, et éventuellement un diagnostic différentiel selon la codification ICD. Un plan diagnostique est élaboré avec le patient, tant pour permettre de poser un diagnostic correct que pour permettre d'exclure les diagnostics à conséquence grave par le contrôle des «red flags». Le motif de consultation initial du patient ne doit être à aucun moment perdu de vue. La question se pose déjà au praticien s'il doit envisager de diagnostiquer avec précision des pathologies dont il ne pourra influencer le cours (maladies auto-limitées comme refroidissement banaux, lumbagos). Si le patient désir plus d'investigation que n'envisage le médecin, il faudra engager une négociation permettant de répondre à l'attente du patient sans provoquer des frais

inutiles. Le patient contracte certes le médecin pour répondre à son motif de consultation, mais il doit reconnaître que le «comment» est du ressort essentiel du médecin qualifié par ses études et sa formation continue. Le système de santé ne devrait pas devenir un marché self service. Parfois c'est le patient qui freine le médecin dans ses ardeurs diagnostiques, parfois pour des raisons de coût (franchise). Parfois il refuse explicitement les investigations proposées par le médecin (test VIH, «encore une nouvelle prise de sang», parfois même une hospitalisation: «non, je n'irai pas à l'hôpital»). Il n'est pas possible d'aller à l'encontre des vœux du patient. Il faut là aussi savoir négocier et documenter précisément les choix pour des raisons juridiques.

Examens

L'examen clinique suit l'anamnèse, comme appris durant les études, en fonction du motif de consultation. Les investigations complémentaires seront effectuées selon le moto «ni plus ni moins que nécessaires».

«Diagnostic» ou mieux: hypothèse de travail

Le code ICPC ou l'impression clinique suffisent souvent comme hypothèse de travail. Une évaluation de la policlinique de médecine de Genève a mis en évidence une concordance de 80% entre l'impression clinique initiale et le diagnostic posé après investigations complémentaires [3]. Dans 30–40% des cas de médecine générale, les problèmes présentés par les patients restent sans diagnostic [4]. Vu la fréquence des maladies auto-limitées et des troubles fonctionnels non-classifiables exactement et dont la classification n'est en plus pas souhaitée par les patients, le code ICPC suffit souvent. En fait, une des facultés la plus importante du médecin généraliste est l'art de savoir flairer et trier les situations où il doit pousser les investigations pour permettre un diagnostic ICD. S'il en fait trop (jeunes collègues à l'ouverture du cabinet, spécialistes) il est trop cher, s'il n'en fait pas assez, il loupe parfois l'essentiel.
S'il n'y a pas de «red flags» on peut aussi laisser jouer le facteur temps: Si la maladie est auto-limitée, le problème est résolu de lui-même dans le temps imparti. Le diagnostic peut ainsi être posé a postériori et confirmer l'hypothèse de travail. Sinon il s'agit de réévaluer cette hypothèse.
Pour épargner une consultation inutile à un patient guéri, le médecin instruit souvent ces patients en fin de consultation de ne se manifester qu'en cas de persistance de ses symptômes «no news are good news». Ceci a malheureusement pour conséquence qu'il ne peut documenter dans son dossier la transformation de l'hypothèse de travail en diagnostic rétrospectif sûr par manque de catamnèse et qu'il ne peut fournir aux hôpitaux et aux assurances des diagnostics définitifs, mais seulement des diagnostics de présomptions.
Si contrairement à l'attente les symptômes ne s'estompent pas mais s'accentuent, il faut réviser l'hypothèse de travail. Chaque hypothèse de travail a donc besoin d'un «*filet de sécurité*», c'est-à-dire fixer une date ou une évolution limite pour contrôler l'évolution et éventuellement réviser l'hypothèse de travail.

Traitement

Si l'on s'est mis d'accord avec le patient sur l'hypothèse de travail, il convient de se mettre également d'accord sur le traitement et la marche à suivre ultérieure. Le temps, mais également un traitement d'épreuve peut contribuer à transformer une hypothèse de travail en diagnostic (nytroglycérine pour l'angine de poitrine, bloqueurs de la pompe à protons pour les dyspepsies, substitution martiale lors de fatigue, vitamine B12 lors de démence débutante, Madopar pour des restless legs).

Gestion du temps

Le temps joue un rôle central dans les processus décisionnels lors du déroulement d'une consultation. Il intervient dès la phase d'entrée, et après l'anamnèse courte. Il faut tenir compte du temps également après la pose du diagnostic clinique et de l'hypothèse de travail (combien de temps ai-je à disposition? quel degré d'urgence ressent le patient?). Dois-je référer le patient à un endroit disposant de plus de temps et ou le diagnostic peut être posé plus rapidement? Il ne s'agit pas seulement de l'urgence subjective du patient, mais également de savoir s'il est également possible de clarifier le «worst case» possible dans le temps imparti sans danger pour le patient. Dans le cas contraire, il faut référer le patient. Le filet de sécurité joue là également un rôle important.
Il existe un point de vue «patient» et un point de vue «médecin» non seulement sur le plan du motif de consultation mais également pour l'évaluation du degré d'urgence. Ces points de vues peuvent concorder (infarctus, fracture ouverte), mais ne concordent pas nécessairement. Une attaque de panique chez un patient souffrant d'attaque de panique répétée avec consultations en urgence non moins fréquentes

Degré d'urgence du point de vue du médecin

1. Menace vitale aiguë	Infarctus du myocarde; Abdomen aigu; Etat suicidaire
2. Menace vitale suraiguë	Diabète décompensé; Soupçon de carcinome
3. Pas de menace vitale, mais maladie sévère	Aigu: Fracture malléolaire; colique néphrétique Chronique: Coxarthrose invalidisante; Polyarthrite rhumatoïde
4. Pas de menace vitale, mais trouble désagréable	Aigu: «épaule gelée», accès de migraine Chronique: Arthrose Heberden-Bouchard, mycose unguéale, Syndrome lombo-vertébral sur troubles dégénératifs, Ostéoporose, colon irritable

Degré d'urgence du point de vue du patient

1. «chaque minute compte»	Attaque de panique (Interprétation: Infarctus myocardique aigu) Plaie superficielle saignant abondament (Interprétation: «il se saigne») Fracture malléolaire/colique néphrétique (Interprétation: «il va mourir de douleur»
2. «ma vie est en jeu»	Colon irritable (Interprétation: Cancer abdominal). Migraine chronique (Interprétation: tumeur cérébrale)
3. «il me faut une forte injection»	Anévrisme aortique abdominal dissécant (Interprétation: Syndrome lombo-vertébral sévère)
4. «Il faudrait que je fasse toujours un peu attention au sucre»	Diabète type 2

ne constitue pas pour le médecin une urgence alors que le patient atteint est lui convaincu qu'il s'agit certainement cette fois-ci de l'infarctus pressenti depuis longtemps. Même dans cette situation, le médecin doit tenir compte de l'éventuel «worst case» une attaque de panique ne permettant malheureusement pas d'exclure un infarctus.

Comme pour l'évaluation du motif de consultation, l'art médical consiste également de trouver le juste équilibre pour l'évaluation du degré d'urgence entre la faculté de savoir imposer le point de vue médical et de tenir compte du vécu du patient. Pour des raisons de clarté, uniquement des situations de pathologies isolées ont été évoquées dans cet article. Mais la plupart des patients en cabinet sont polymorbides, les tableaux cliniques s'entrecroisent le chronique se mélange à l'aigu les facteurs psychiques peuvent soit simuler ou dissimuler et les semi-connaissances perturbent passablement les tableaux et inquiètent plus les patients qu'elles ne les aident [5]. La variabilité est certainement plus importante dans la prise en charge individuelle en cabinet que dans nos grandes institutions traditionnelles. Cependant il existe également dans la pratique médicale en cabinet des règles, méritant si elles sont bien appliquées le nom de règles de l'art.

En conclusion: «Me muess d'Lüt nee wie si sy, s'git keini andere». Il faut prendre les gens comme ils sont, il n'y en pas d'autres (Sagesse de stammtisch gravée au restaurant de Bad Bubendorf).

Références

1 Dätwyler B, Egger J, Lädrach U, Pauli HG, Schönbächler G. Integrierte Medizin. Schweiz Ärztezeitung 1995; 76(44):1781-3.

2 von Uexküll T. Integrierte Medizin. Psychosomatische und psychozoziale Medizin 2000;1/28:8-14.

3 Sztajzel J, Higelin F, Pult L, Borst F, Stalder H. De l'impression clinique au diagnostic final. Etude rétrospective des patients vus en urgence à la policlinique de médecine. SGIM-Kongress 1996, P200. Schweiz Med Wochenschr 1996;126(Suppl 74/I).

4 Bensing JM. The role of affective behaviour. Ars medici 1995;17:1188-97.

5 Hug J. Ärzte-Befragung der Zentralschweiz. PULSUS 2000;1.