

Pourquoi j'aime (toujours) faire des consultations externes

Bonjour à tous. Je m'appelle Kathy Webb-Peploe et, pour commencer, j'aimerais me présenter et parler du contexte dans lequel j'exerce.

J'ai grandi dans une famille où il y avait de nombreux médecins. Si ma mère n'était pas médecin, son père était gynécologue et obstétricien à Lausanne où elle a grandi (d'où ma maîtrise du français) et son frère était psychiatre à Préfargier, un hôpital psychiatrique de Neuchâtel. Mon père était cardiologue et travaillait à l'hôpital St Thomas de Londres. Son père avait été médecin missionnaire auprès d'Amy Carmichael en Inde, puis médecin généraliste (médecin de famille) à Lymington sur la côte sud de l'Angleterre et il a rencontré ma grand-mère néerlandaise qui était infirmière en Inde. Je pense que j'ai découvert les livres de Paul Tournier pour la première fois lorsque j'étais adolescente, mais je ne m'en souviens pas vraiment. Ce que je sais, c'est que son approche du traitement des patients a énormément influencé la façon dont je pratique la médecine, m'amenant à essayer de prendre en compte plus que les simples symptômes et signes physiques du patient en face de moi ; sa situation familiale, y compris le soutien qu'il reçoit de sa famille et de ses amis, ses craintes quant à l'impact de la maladie sur son mode de vie, ses croyances concernant la prise de comprimés, ses craintes quant à l'avenir et la mort. En tant que chrétienne désireuse d'accomplir la volonté de Dieu pour moi et pour les personnes avec lesquelles je suis en contact, j'essaie d'écouter ce qu'il me dit de faire dans différentes situations. La plupart du temps, je prie en me rendant au travail en voiture pour prendre les bonnes décisions pour mes patients et pour le personnel avec lequel je travaille, en particulier les jeunes médecins.

En ce moment, j'ai 21 patients sous ma responsabilité dans le service Eartham. L'objectif est de regrouper tous les patients souffrant d'insuffisance cardiaque ou de surcharge hydrique dans mon service, mais dans la pratique, nous soignons également des patients atteints de diverses autres maladies. Je fais une consultation de cardiologie générale, le mardi matin, qui est un mélange de patients nouveaux et de suivis et, toutes les deux semaines, je fais une consultation de valvulopathies le mercredi matin ; je vois des patients qui ont subi un remplacement valvulaire ou qui ont une cardiopathie valvulaire et que je suis pour m'assurer qu'ils n'ont pas atteint le stade où une intervention est nécessaire. Lorsque je suis devenue consultante à Worthing en 2004, le cardiologue en chef avait pour politique de ne voir les patients qu'une seule fois, d'organiser les tests appropriés, puis d'écrire au médecin généraliste pour lui faire part de son programme et de ne plus jamais les revoir. Si les patients devaient revenir en consultation, ils s'adressaient au chef de

clinique (médecin junior). Les médecins étaient très fiers d'avoir un ratio "nouveaux patients/suivis" aussi élevé que possible. Peu de mes collègues auraient dit qu'ils aimaient s'occuper de patients externes. En fait, mon collègue senior avait l'habitude de plaisanter en disant qu'il préférait faire de l'ABC (Anything But Clinic = tout sauf de la consultation).

J'ai commencé à remarquer que de nombreux patients arrivaient à l'hôpital avec une sténose aortique au stade terminal (rétrécissement sévère de la valve aortique, la valve de sortie du cœur) – un état pathologique pénible - à traiter car les patients sont essouffés ou très œdémateux et les symptômes sont difficiles à gérer sans faire chuter la pression artérielle du patient ou provoquer une insuffisance hépatique en raison du faible débit cardiaque. Si la sténose aortique est détectée à temps, il est possible de remplacer la valve et d'offrir au patient de nombreuses années de vie sans symptômes. J'ai décidé de créer une consultation de valvulopathie, afin de pouvoir suivre les patients atteints d'une maladie valvulaire légère ou modérée, y compris la sténose aortique, et de les faire opérer pour remplacer ou réparer la valvule à temps, même s'ils ne présentaient que des symptômes minimes. J'ai pu aider encore plus de patients atteints de sténose aortique, aussi âgés et fragiles fussent-ils, lorsqu'une nouvelle méthode percutanée de remplacement de la valve aortique a été introduite : le TAVI (transcatheter aortic valve implantation). Avec le temps, des méthodes peu invasives de traitement de la maladie valvulaire mitrale sont également devenues disponibles. J'ai aussi choisi de suivre les patients qui avaient subi une réparation ou un remplacement valvulaire (beaucoup de mes collègues les confiaient à leur médecin généraliste). S'il s'agissait d'une compétition pour obtenir le meilleur ratio nouveaux patients/suivis, je perdrais facilement, mais au fil des années passées à l'hôpital de Worthing, c'est cette consultation qui m'a apporté la plus grande satisfaction et qui a forgé les relations les plus solides avec mes patients. Les voir au maximum une fois par an suffit pour se faire une idée de ce qui est « normal » pour eux, des tensions familiales, des événements passés qui peuvent influencer la façon dont ils abordent leur maladie ou s'ils acceptent ou non de subir une intervention chirurgicale. Je ne saurais mieux dire que Helen Salisbury qui, dans un article intitulé « L'urgent et l'important », écrivait l'année dernière : « *Ces visites (dans son cas, auprès de patients confinés à la maison) sont pour moi l'occasion non seulement de vérifier la tension artérielle et de passer en revue les médicaments - ce qui pourrait sans doute être fait par d'autres membres de l'équipe - mais aussi de mettre à jour mes connaissances sur mes patients. À quelle vitesse se déplacent-ils ? Quelle est l'acuité de leur vision, de leur audition et de leur intellect ? J'aime avoir une image mentale de chacun de mes patients âgés, de sorte que, lorsqu'ils ne se sentent pas bien, je sache ce qu'est leur état normal. Cela permet d'éclairer les conversations et les décisions prises avec leurs familles et les autres professionnels de la santé.* » (BMJ 2023 : 380 : p. 209/BMJ = British Medical Journal).

Je verrai un patient malade, angoissé et essouffé sous un jour très différent si je l'ai déjà rencontré en consultation et si je sais qu'il est normalement actif, qu'il aime travailler dans son jardin familial et cultiver des tomates et des haricots d'Espagne, et qu'il est le principal soignant de son épouse fragile. Il est trop facile de regarder la date de naissance d'un patient et de tirer des conclusions hâtives sur sa qualité de vie habituelle. J'ai soigné dans mon service de nombreux patients nonagénaires qui vivaient bien et de manière autonome jusqu'à la maladie qui les a conduits à l'hôpital et sous ma responsabilité. Le fait de connaître un patient, son parcours, ce qu'il a vécu, ce qui se passe dans sa vie, fait une grande différence dans la manière dont je l'évalue dans sa maladie actuelle, dans les décisions que nous prenons ensemble concernant sa prise en charge future. Et cela me donne bien plus de satisfaction que de voir un patient une seule fois et de faire des

recommandations qui changeront sa vie sur la base d'un rendez-vous de 20 minutes. Pour certains des patients que je vois, il n'y a pas de traitement possible. Ils sont trop fragiles, leur anatomie cardiaque ne se prête pas à une intervention, ils sont atteints de démence (ce que mes collègues pratiquant le TAVI considèrent désormais comme une contre-indication absolue à l'intervention). Dans ce cas, ma seule option est de les accompagner dans leur maladie et de traiter les symptômes au fur et à mesure qu'ils apparaissent. J'ai constaté à maintes reprises dans ma pratique que "pour les personnes vivant avec une maladie de longue durée, l'écoute empathique, créant un lien entre le patient et le professionnel de santé, peut être thérapeutique" et pas seulement pour les patients souffrant de douleur chronique comme dans l'article où j'ai trouvé cette citation. (Chronic pain : supported self-management [Douleur chronique : autogestion assistée] BMJ 2024 : 384 : e072362).

La maladie cardiaque chronique peut être considérée comme un voyage avec un début lorsque nous partons ensemble, un milieu où je peux faire diverses recommandations sur le traitement médicamenteux ou l'orientation vers une intervention chirurgicale et une fin où le patient ne répond plus au traitement ou est devenu très fragile, et où mon rôle est de l'accompagner vers la mort. Ce que j'aime dans la consultation, c'est que les différents patients que je vois dans une même séance en sont à des étapes différentes de notre voyage commun. Une semaine avant d'écrire ces lignes, j'ai reçu deux patients qui avaient une valve aortique bicuspide. Leur valve aortique a deux feuillets valvulaires au lieu de trois et les patients ont des problèmes de rétrécissement ou d'insuffisance aortique. Ils peuvent également développer une dilatation aortique qui, si elle n'est pas opérée, peut se disséquer ou se rompre lorsqu'elle atteint une certaine taille. Ils se portaient bien tous les deux et avaient déjà eu des échographies de leur cœur, mais personne ne leur avait vraiment expliqué les conséquences de leur valve anormale. L'un des patients est entré dans ma salle de consultation en disant : « Je ne sais pas vraiment pourquoi je suis ici ». Il était donc très satisfaisant de passer du temps à expliquer leur état, à parler de ce à quoi ils pouvaient s'attendre à l'avenir, de la raison pour laquelle je voulais les voir une fois par an pour surveiller les symptômes et faire une échographie. Pour ces patients, c'était le début de mon voyage avec eux. J'assure le suivi d'un certain nombre de patients avant le remplacement de leur valve et après l'intervention. Nous faisons connaissance et j'apprends à reconnaître le moment où le patient en face de moi est particulièrement angoissé par ce que l'avenir pourrait lui réserver. Comme le système informatique de mon hôpital ne garantit pas que le patient voie le même médecin chaque année, ni même qu'il obtienne un rendez-vous (nous avons « perdu » un certain nombre de patients sur la liste d'attente de la consultation lorsque nous avons changé de système informatique il y a un peu plus d'un an), j'ai commencé à parcourir nos listes d'attente et à réserver moi-même presque toutes mes consultations pour essayer de m'assurer que je voie les patients qui ont besoin d'être vus et, si possible, ceux que j'ai déjà vus auparavant. Comme l'écrivent Cathy Stannard et Colin Wilkinson dans leur article du BMJ sur le traitement de la douleur chronique, « *des relations compatissantes et cohérentes avec les cliniciens restent les fondements d'une prise en charge réussie. Les recherches montrent que ce que les gens souhaitent le plus, c'est une relation forte et empathique avec leur soignant. Ils veulent avoir le temps de discuter de ce qui les préoccupe et veulent pouvoir accéder facilement à un soutien. Les décisions partagées et les soins personnalisés sont fondamentaux pour la réussite de l'accompagnement des personnes dans le paysage actuel des soins de santé* ». (BMJ 2023 ; 380 : p.170) Pratiquer la médecine de cette manière est tellement plus satisfaisant que de voir un patient une fois pendant 15 minutes sans jamais le revoir.

Bien que je puisse voir des patients présentant des pathologies similaires ou identiques, l'une des choses qui rend les consultations externes si intéressantes et agréables pour moi, c'est qu'il n'y a pas deux patients identiques. Ils me font l'honneur de partager leur histoire avec moi et, en retour, je fais de mon mieux pour les écouter, les accompagner et entendre ce qu'ils me disent. Dans son livre *Des cadeaux, pourquoi ?*, Paul Tournier écrit : " ... *Le véritable sens de l'amour est de comprendre l'autre, de tenter de le connaître et de le reconnaître... en tant que personne. C'est-à-dire de le voir comme un être distinct de tous les autres.* " Bien que Tournier écrive cela dans le contexte de parents offrant des cadeaux à leurs enfants, cela a résonné en moi lorsque j'ai commencé à réfléchir à ce que je pourrais dire dans cet exposé. Une patiente que j'ai vue la semaine dernière, qui souffre d'une dilatation de l'aorte et qui avait consulté l'un de mes collègues, est arrivée à la consultation et a déversé pendant plusieurs minutes son trop plein d'anxiété sur le fait qu'il avait fallu plus de temps que prévu pour être revue. On lui avait dit qu'on s'occuperait d'elle, mais elle n'avait plus rien reçu. Elle était bouleversée et inquiète de son état. Une fois qu'elle s'est déchargée, nous avons pu parler de ses récents résultats, des examens complémentaires que je prévoyais de faire, et du fait que si elle était inquiète, il lui suffisait d'appeler ma secrétaire qui me transmettrait tous les messages. À plusieurs reprises au cours de la consultation (en présence d'un jeune médecin), elle m'a remerciée de lui avoir permis d'exprimer sa frustration et ses sentiments comme elle n'avait pas eu l'occasion de le faire auparavant. Je ne l'ai pas "traitée", je n'ai pas modifié sa médication ni recommandé une intervention lourde (même si je pense qu'elle devra bientôt se faire remplacer la valve, ce qui est inquiétant à envisager pour une femme d'une quarantaine d'années avec quatre enfants), mais elle s'est sentie capable de me dire ce qu'elle avait ressenti en attendant d'être examinée. Helen Salisbury mentionne *"la joie particulière que procure la tenue d'une fiche personnalisée, qui nous permet d'enrichir progressivement notre connaissance des patients, au fil de nombreuses et brèves interactions. Chaque consultation s'appuie sur la précédente et les relations qui ont pu être difficiles au départ deviennent souvent confortables à mesure que la confiance se construit au fil du temps. Cela rend le travail à la fois réalisable et enrichissant. C'est ça la médecine de famille : nous valorisons l'établissement de relations et la compréhension du contexte psychologique et social des symptômes de nos patients, en plus d'une anamnèse, d'un examen et d'une prise en charge médicale précis. Il est difficile d'obtenir de bons résultats en un seul rendez-vous, mais c'est beaucoup plus facile avec des consultations répétées."* Bien sûr, la gratitude que m'exprime un patient fait aussi partie des raisons pour lesquelles j'aime travailler en ambulatoire. Permettre aux patients de parler est aussi la raison pour laquelle j'ai souvent 30 à 60 minutes de retard à la fin de la plage de consultation. 25 minutes pour un nouveau patient et 20 minutes pour un suivi ne suffisent pas toujours.

Dans un article de Paul Tournier demandé par Suzanne Fouché pour « Les Cahiers de LADAPT » (mon exemplaire de l'article ne donne pas la date de sa publication), il écrit quelque chose qui me semble très important tandis que je continue à voir mes patients en consultation : *"Si notre tâche est double, c'est que le besoin des patients est double, le besoin d'un traitement scientifique aussi efficace que possible et le besoin de ne pas être seul dans l'épreuve... Toute maladie, toute infirmité entraîne un cortège de renoncements, difficiles à accepter, dont beaucoup seront permanents, même après une guérison clinique. Chaque rébellion est un facteur aggravant, chaque acceptation, un facteur de guérison. Mais l'acceptation est difficile. Qu'est-ce qui peut aider ? Je pense que par-dessus tout, c'est de se sentir compris. On peut tout accepter quand on n'est pas seul. Et il est toujours difficile pour le bien portant de comprendre vraiment le malade, comme il est difficile pour le riche de comprendre le pauvre, pour l'homme heureux de comprendre celui qui est malheureux. Parfois, un patient me dit : « J'ai confiance en vous, parce que vous me comprenez ». Il me dit cela*

avant même que j'aie compris quoi que ce soit à son cas. Il veut dire par là qu'il se sent compris en tant que personne et non en tant que cas clinique... Je pense que la médecine de la personne est cette double attention portée au cas clinique et à la personne. La tâche du médecin est d'abord de guérir, mais aussi d'aider les gens à grandir, à faire face à leurs problèmes, à s'épanouir."

Paul Tournier souligne l'importance d'une relation réciproque entre médecin et patient, une relation d'égal à égal. Il écrit dans le même article : « *Le médecin est aussi une personne, avec ses joies et ses peines, ses conflits et ses affections, ses succès et ses échecs, ses espoirs et ses déceptions, ses révoltes et ses impulsions. Avec ses regrets aussi* ». L'une des choses que j'apprécie dans le suivi des patients sur plusieurs années, c'est qu'ils sentent qu'ils peuvent partager avec moi des choses qu'ils ne partageraient peut-être pas avec quelqu'un qu'ils rencontreraient pour la première fois. Je pense à une dame qui est venue me voir il y a quelques semaines. Elle était âgée, fragile, mais ses cheveux étaient bien coiffés et ses vêtements impeccables. Ses deux fils vivent très loin. Elle souffre d'une valvulopathie chronique que je ne peux pas soigner car la chirurgie serait trop risquée chez une personne aussi âgée et fragile qu'elle. Tout ce que je peux faire en consultation, c'est analyser ses symptômes et ajuster son traitement médicamenteux si nécessaire. À la fin de la consultation, elle m'a un peu expliqué pourquoi l'un de ses fils avait déménagé à l'étranger. Il avait rencontré son compagnon au Royaume-Uni et elle m'a dit, de la manière la plus discrète qui soit, qu'à l'époque, cela n'avait pas été facile pour lui. Ils avaient décidé d'aller s'installer dans le pays d'origine de son conjoint où il était plus facile de vivre une relation homosexuelle à ce moment-là. Elle a terminé en disant qu'elle continuait d'écrire une carte d'anniversaire à son gendre chaque année et qu'elle le remerciait de la façon dont il s'occupait de son fils qui n'est pas lui-même en bonne santé. Pour une raison que j'ignore, cette conversation m'est restée en mémoire : cette femme digne, qui se débrouille seule, évoque quelque chose qui a dû être très difficile pour elle. Qu'y a-t-il de plus personnel que de parler de la souffrance ou des difficultés rencontrées par l'un de ses enfants ? Et je n'étais que sa cardiologue, privilégiée qu'elle partage son parcours avec moi. David Loxtercamp, médecin de famille dans le Maine, aux États-Unis, a écrit en 2015 dans un article pour le BMJ : "*Être compris et voir votre médecin (ou toute personne bienveillante) s'intéresser à vous et aux aspects les plus confidentiels, les plus effrayants et les plus intimes de votre vie est une thérapie en soi*."

Alors que j'écris ces lignes au matin du Vendredi Saint, me préparant à me rendre à Cambridge pour chanter dans la chapelle du King's College que certains d'entre vous auront eu la chance de voir pendant les journées de tourisme, je repense à la consultation d'hier après-midi. Peut-être parce qu'il s'agissait d'une consultation supplémentaire que j'avais organisée pour les patients urgents, ceux-ci étaient plus variés que d'habitude. Parmi les premiers d'entre eux, il y en avait deux qui avaient atteint le stade où ils avaient besoin d'une intervention sur leur valve. Je les avais déjà vus et je leur avais écrit pour leur faire part des derniers résultats de leur échographie, de sorte que notre discussion sur l'endroit où ils souhaiteraient subir leur intervention ne les avait pas complètement surpris. Une autre dame avait subi une réparation valvulaire à la fin de l'année dernière et était frustrée par la lenteur des progrès. En janvier, toujours essouffée et épuisée, elle avait consulté mon chef de clinique. Je suis passée la voir pour lui parler et l'examiner, et nous avons organisé une échographie qui a montré que la réparation de sa valve était réussie et que son cœur avait un bon fonctionnement. J'ai passé un moment à répondre à ses questions et à l'encourager à continuer. Elle a admis que même si elle se sentait épuisée le lendemain d'une journée agréable avec son groupe d'amis célibataires, son niveau d'énergie s'améliorait progressivement. Sur le plan médical, je ne pouvais rien faire pour améliorer ses symptômes, mais

une fois que je lui eus expliqué les résultats de l'échographie, que j'eus écouté toutes ses questions et essayé d'y répondre, que je lui eus assuré qu'elle ne souffrait plus d' "insuffisance cardiaque", elle est repartie plus heureuse. Je ne pouvais pas expliquer pourquoi il lui fallait si longtemps pour se rétablir. Tout ce que je pouvais faire, c'était l'encourager et l'écouter. Mon avant-dernière patiente était une femme que j'avais vue pour la dernière fois il y a plusieurs années et qui souffrait d'une sténose aortique sévère. Je lui avais proposé un remplacement valvulaire. À l'époque, elle se sentait bien et malgré mes tentatives pour la persuader de se faire remplacer la valve, elle avait refusé. Elle m'a rappelé que je lui avais dit que je continuerais à m'occuper d'elle, qu'elle subisse ou non l'intervention. Et voilà qu'elle se retrouvait en fauteuil roulant, très essoufflée même au repos, en raison d'une fibrillation auriculaire rapide (une arythmie). J'ai de nouveau parlé de remplacer la valve, mais elle ne pensait pas pouvoir y survivre et a de nouveau refusé. J'ai parlé des formulaires DNAR¹ (elle en avait déjà un et ne voulait pas être réanimée) et je lui ai demandé de le garder à portée de main à la maison. J'ai suggéré de demander à son médecin généraliste de rédiger une directive anticipée afin que toute personne appelée à la voir sache qu'elle ne voulait pas être hospitalisée mais demandait à être orientée vers un centre de soins palliatifs. Sa belle-fille pleurait à chaudes larmes à la fin de la consultation et m'a demandé combien de temps il lui restait à vivre. Je n'ai pas pu me résoudre à lui dire franchement que je ne pensais pas qu'elle en avait pour longtemps. J'ai donc utilisé une phrase chère aux médecins généralistes : « Je serais surprise qu'elle soit encore en vie à la fin de l'année ». Je lui ai donné quelques conseils pour gérer son essoufflement et lui ai prescrit une faible dose de diurétique, j'ai augmenté son bêta-bloquant pour essayer de faire baisser un peu son rythme cardiaque et je lui ai donné de la codéine pour l'état de panique qui accompagne parfois son essoufflement. J'ai eu l'impression de faire du bricolage. Ce dont elle avait besoin, c'était d'une nouvelle valve aortique qu'elle refusait toujours (et pour être honnête, dans son état actuel, je n'étais pas sûre que j'aurais réussi à persuader mes collègues de faire ne serait-ce qu'un remplacement valvulaire percutané). À la fin de la consultation, elle m'a saisi la main et m'a remerciée. J'ai moi-même failli pleurer. Sa belle-fille a ensuite dit qu'elle n'aurait pas quitté la maison pour venir à la consultation si elle ne m'avait pas vue. Elles avaient appelé ma secrétaire pour s'assurer que c'était bien moi qu'elle verrait. Ces nombreuses années passées à la suivre alors que sa valve se rétrécissait et qu'elle se sentait bien ont eu un sens. Cela signifiait que lorsqu'elle s'est sentie désespérément mal, me connaissant, elle a fait l'énorme effort de venir me voir. Il y a quelques années, on a beaucoup parlé d'une méthode innovante de suivi des patients atteints de valvulopathie. Un hôpital du Kent avait mis en place une consultation gérée par des physiologistes cardiaques² (qui faisaient aussi parfois l'échographie du patient). Ils pouvaient adresser au médecin les personnes qui, selon eux, avaient besoin d'une consultation médicale. C'est très bien si l'on cherche à faire gagner du temps (et de l'argent) aux médecins, mais les patients perdent l'occasion d'apprendre à connaître leur médecin et à lui faire confiance lorsqu'ils vont bien, de sorte que, lorsqu'ils présentent des symptômes, ils se sentent capables d'en parler à leur médecin, qu'ils connaissent. Je suis toujours surprise de constater à quel point le fait de voir un patient une fois par an permet d'établir une relation et de partager des souvenirs et des histoires. Les patients ont une bien meilleure mémoire que moi. Je dois me fier à ce que j'écris dans mes lettres à leur médecin généraliste pour me souvenir et j'essaie d'inclure des éléments aussi bien

¹ En français un ordre de ne pas réanimer (NPR), également connu sous le nom de ne pas tenter de réanimation (DNAR, de l'anglais : Do Not Attempt Resuscitation)

² Il s'agit de personnes du NHS formées spécifiquement pour réaliser divers tests et procédures de diagnostic sur les patients, notamment des électrocardiogrammes (ECG), des échocardiogrammes et des épreuves d'effort.

personnels que médicaux pour me rappeler de demander des nouvelles de leurs tomates, de leurs enfants en Australie, de leur mari malade ou de leur petit-enfant qui étudie la médecine.

Et puis, à l'opposé, ma dernière patiente de l'après-midi était une jeune fille d'une vingtaine d'années que j'avais rencontrée dans le service d'échographie où j'avais été appelée pour la voir parce qu'elle souffrait d'une insuffisance aortique sévère. Elle avait des antécédents de maladie mentale et n'était pas très fiable en ce qui concerne le respect des rendez-vous. Je l'ai adressée à ma collègue chirurgienne à Londres qui, après avoir discuté des différentes options valvulaires, a décidé de procéder à un remplacement valvulaire tissulaire peu invasif. Elle est entrée avec un large sourire, la mine radieuse. Elle est beaucoup plus heureuse dans son nouvel emploi que lorsqu'elle travaillait dans un supermarché, elle et son compagnon envisagent de fonder une famille et j'ai été frappée de voir à quel point elle semblait différente de ce qu'elle était lorsque je l'ai rencontrée pour la première fois. Comme elle a une valve tissulaire et qu'elle n'est pas sous warfarine, elle devrait pouvoir avoir une grossesse et un accouchement normaux et on lui a dit que sa valve devrait durer 30 ans (les anciennes valves tissulaires duraient 10 à 15 ans). C'était un contraste frappant avec ma patiente précédente, mais dans les deux cas, il s'agissait de personnes qui m'avaient déjà vue, qui me connaissaient et qui, je l'espère, avaient confiance dans le fait que je m'occuperais d'elles. Je suis rentrée chez moi hier soir, épuisée, mais profondément satisfaite d'avoir assuré une consultation qui en valait la peine. Je suis absolument convaincue que la continuité des soins est très importante, non seulement pour les patients, mais aussi pour moi, le médecin qui les reçoit. La relation est un élément important du processus thérapeutique. Elle est importante pour les patients et leurs proches, et elle est importante pour moi, la cardiologue qui les suit. David Loxtercamp écrit dans la préface de son livre « What Matters in Medicine » (« Ce qui compte en Médecine ») : *"Le fait de vivre dans une petite communauté isolée nous a amenés, mes collègues et moi, au cœur de la vie de la communauté. Nous construisons un cabinet à l'image de ce dont nos patients nous disent avoir besoin. Ils ont besoin d'un médecin de famille qui les connaisse et s'occupe d'eux. Ils ont besoin d'un cabinet de médecine familiale qui soit orienté vers la communauté, généraliste et centré sur la relation. Ils savent, comme leurs médecins, que la recherche de la santé commence par une prise en compte étroite et engagée du besoin humain fondamental de dialogue, d'amitié et d'espoir."* Mes patients ont également besoin d'un cardiologue qui les connaisse et s'intéresse à eux, qui ait un esprit généraliste et centré sur la relation, qui puisse leur offrir dialogue, amitié et espoir.

L'une des autres raisons pour lesquelles j'aime les consultations externes est la satisfaction de résoudre l'énigme du diagnostic de la cause du problème de mon patient. Comme je suis spécialisée dans l'insuffisance cardiaque et les maladies valvulaires, de nombreux patients qui viennent me voir sont essoufflés ou ont les chevilles enflées. Parfois, la réponse est immédiatement évidente une fois qu'ils ont eu leur échographie du cœur. Ils peuvent avoir un cœur qui ne bat pas correctement, un rétrécissement ou une insuffisance valvulaire. Pour ces patients, je peux donner une explication à leurs symptômes ainsi que des conseils et un traitement. Parfois, la raison pour laquelle le cœur ne bat pas aussi fort qu'il le devrait n'est pas immédiatement évidente. S'agissait-il d'un virus ? Souffrent-ils d'une maladie coronarienne silencieuse (en d'autres termes, ont-ils déjà eu une crise cardiaque sans s'en rendre compte, ou leurs artères coronaires sont-elles rétrécies) ? Le défi consiste alors à effectuer les examens appropriés pour déterminer pourquoi leur cœur ne fonctionne pas comme il le devrait. Mais certains patients ont une échographie normale, une fonction pulmonaire normale, aucun signe de maladie coronarienne au scanner. Pourquoi sont-ils essoufflés ? Parfois, leurs attentes quant à ce qu'ils estiment pouvoir encore faire sont trop élevées.

Je pense à une dame âgée et énergique que j'ai vue récemment et qui m'a accompagnée d'un pas vif dans mon cabinet de consultation (je vais presque toujours chercher mes patients dans la salle d'attente). Elle avait consulté son médecin en lui disant qu'elle était de plus en plus essoufflée. Tous ses examens avaient été normaux et j'ai fini par devoir lui dire gentiment qu'elle devrait peut-être accepter de ne plus pouvoir marcher aussi vite qu'elle en avait l'habitude. Helen Salisbury en a parlé dans le BMJ, dans un article intitulé « Is it just my age, doctor ? » (Est-ce seulement mon âge, docteur ?). « Nous ralentissons avec l'âge. La plupart d'entre nous perdent leur forme et leur souplesse. Finalement, notre mémoire s'estompe en même temps que notre vue et notre ouïe, jusqu'à ce que nous atteignons le dernier des sept âges de Shakespeare - une « seconde enfance et un simple oubli, sans dents, sans yeux, sans goût, sans rien ». Cependant, bien avant ce stade final, il est courant que les gens consultent leur médecin et lui demandent. « Y a-t-il quelque chose qui ne va pas ou suis-je simplement en train de vieillir ? » Leurs inquiétudes peuvent porter sur une perte d'endurance, un essoufflement accru ou des problèmes de continence ou de fonction sexuelle. Le fait qu'ils consultent dépendra de leurs attentes, dictées par l'expérience de leur famille et de leur entourage... Lorsqu'ils posent la question de l'âge, il m'incombe d'examiner attentivement leurs antécédents et de rechercher des causes traitables. Y a-t-il eu un changement récent ? Qu'est-ce qu'ils ne peuvent plus faire alors qu'ils le pouvaient auparavant ? Ce n'est que lorsque je me suis assurée et que j'ai convaincu le patient qu'il n'y a rien que mes médicaments puissent corriger que nous pouvons attribuer le déclin à l'âge... Mon travail consiste à aider mes patients à bien vieillir et à détecter tout ralentissement soudain et inattendu. Comme toujours, **la continuité des soins est l'ingrédient magique de la médecine générale** qui nous permet de déterminer quand les examens et les références sont susceptibles d'être utiles - et quand ils ne le sont pas (c'est moi qui souligne). Je dirais que la continuité des soins est tout aussi importante lorsque les patients m'ont été adressés, à moi, le spécialiste hospitalier. Si je décide de faire des examens complémentaires et qu'ils reviennent normaux, regarder mon patient dans les yeux et le rassurer en lui disant que je n'ai rien trouvé d'anormal est, je pense, une partie importante de mon travail.

En conclusion, je suppose que la raison pour laquelle j'aime toujours la consultation vient du fait que j'aime entendre les histoires de mes patients, comprendre pourquoi ils présentent leurs symptômes, parfois être capable de faire quelque chose pour guérir ou atténuer leur état, mais plus que tout, j'apprécie le privilège d'accompagner mes patients et d'avoir une petite fenêtre sur leur vie. La continuité des soins, le fait de voir mes patients pendant de nombreuses années, d'établir une relation de confiance et de les entendre dire, lorsqu'ils entrent dans mon cabinet de consultation, à quel point ils sont heureux de me revoir, continuent de me procurer une grande satisfaction. C'est l'une des principales raisons pour lesquelles j'aime toujours aller travailler et je me rends compte chaque jour de la chance que j'ai.

Dr Kathy Webb-Peploe,
Cardiologue consultante et médecin généraliste,
Worthing Hospital, Royaume-Uni