

Groupe Thématisé Tutoré #1

Présentation du cas

Une patiente de 42 ans, américaine d'origine, résidant en France depuis 3 mois et parlant peu le français, consulte un soir au SAU dans un contexte de douleurs diffuses du rachis et des membres inférieurs. Dans ses antécédents, on retrouve principalement un AVP forte cinétique avec polytraumatisme il y a une dizaine d'années. La patiente explique qu'elle présente de nombreuses séquelles fonctionnelles sur le plan locomoteur du fait des douleurs persistantes suite à l'accident. Sur le plan thérapeutique, elle déclare consommer uniquement de l'OXYCONTIN 20 mg (1.0.1) et de l'OXYNORM 5 mg à la demande, qui sont les seules molécules efficaces sur la douleur d'après elle.

Les douleurs sont chroniques, d'horaire mécanique avec quelques caractéristiques neuropathiques. Des explorations complémentaires poussées ont déjà été réalisées pour explorer ces douleurs et ont montré des discopathies rachidiennes ainsi qu'une gonarthrose bilatérale avancée, sans indication opératoire posée à ce jour. Pas de nouvel évènement traumatique récent.

Dans une volonté de sevrage dit-elle, elle n'a pas reconsulté son médecin pour renouveler l'ordonnance sécurisée périmée 15 jours auparavant. Elle se présente donc au SAU devant la recrudescence des douleurs qui sont devenues insomniantes. À noter que la patiente est venue seule à pied. Elle nous montre effectivement une ordonnance de morphiniques qui n'est plus valable. À l'accueil, elle refuse le PARACETAMOL 1000 mg proposé par l'IOA.

La patiente est vue après 2 heures d'attente sur une chaise. Elle se présente à moi en marchant, avec une légère boiterie d'esquive à droite, un café à la main. Cliniquement, les paramètres vitaux sont dans les normes, la douleur est à 10/10 sur l'EN et on retrouve : une impotence fonctionnelle modérée sur le membre inférieur droit ; une douleur à la palpation diffuse non systématisée ; le reste de l'examen est sans particularité. La patiente précise bien que ce tableau clinique est habituel, qu'elle reconnaît ces douleurs. Pas d'argument pour un syndrome de sevrage ni pour un surdosage en opiacés. Elle demande à ce qu'on traite en urgence la douleur : elle refuse tous les traitements oraux antalgiques de paliers 1 ou 2 et réclame un traitement palier 3 (voie orale voire même injectable). Elle s'énerve et s'agace devant mon refus.

Dans le dossier médical, je constate qu'elle s'est déjà présentée pour le même motif de consultation il y a 6 semaines : une ordonnance de morphiniques per os de courte durée lui avait été remise. Devant ce tableau clinique, le problème principal semble être une addiction aux opiacés avec une patiente qui ne présente aucun critère clinique de gravité, mais qui est dans une situation de début de craving.

Problématique

Après discussion avec mon senior, une hospitalisation à visée antalgique ne nous a pas semblé justifiée au vu de la présentation clinique. D'autre part, nous craignons de participer à la probable surconsommation d'opiacés de cette patiente en cédant à sa demande sans pouvoir joindre le médecin traitant ou la pharmacie pour avoir plus d'informations. Que faire dans cette situation au SAU devant une suspicion de nomadisme médical à la recherche d'opioïde dans un contexte vraisemblable d'addiction ?

Comment négocier une adhésion à notre proposition ?

Discussions du groupe :

Sur le plan médical :

Au final, nous n'avons pas délivré d'ordonnance d'antalgique de palier 3 : après une longue discussion avec la patiente, nous avons réussi à lui faire accepter une ordonnance de PARACETAMOL et de TRAMADOL per os. Nous lui avons donné pour consigne de reprendre rapidement rendez-vous avec son médecin habituel pour

Commenté [md1]: Situation présentée de façon exhaustive qui permet de comprendre les enjeux relationnels patient/interne/senior
Choix de la situation relevant du GTT

Commenté [md2]: Question posée au groupe adaptée au GTT

Commenté [md3]: Permet de suivre les discussions du groupe, notamment les différentes possibilités existantes

faire le point sur l'antalgie et envisager la nécessité d'une prise en charge par une équipe spécialisée dans le traitement de la douleur. Elle est bien sûr repartie mécontente de notre prise en charge.

L'attitude adoptée paraît cohérente et justifiée sur le plan médical au vu de l'absence de critère d'hospitalisation et de syndrome de sevrage. Cependant, cela implique de prendre le temps d'expliquer et de convaincre la patiente afin qu'elle adhère à la prise en charge ; chose qui n'est pas toujours évidente au SAU dans un contexte où l'afflux de patients peut être important et le temps disponible manquant pour ce genre de situation « peu urgente ». Néanmoins, il paraît important de prévenir les autres acteurs impliqués dans la prise en charge de la patiente (médecin(s) traitant(s), pharmacien(s), éventuels autres soignants) pour les informer de la situation, afin que la prise en charge globale reste cohérente dans le but d'éviter la surconsommation de la substance addictogène.

L'autre solution, plus simple en pratique, aurait été de céder simplement à la demande de la patiente ce soir-là en lui délivrant une ordonnance sécurisée de morphiniques pour une courte durée (2-3 jours maximum), le temps qu'elle puisse avoir rendez-vous avec son médecin habituel. Nous aurions pris peu de risques de surdosage dans cette situation chez cette patiente en lui prescrivant des opiacés pour une durée aussi courte. Par ailleurs, nous aurions satisfait l'attente de la patiente ce soir-là, et gagné du temps en raccourcissant considérablement la durée de la consultation. C'est l'attitude que de nombreux médecins auraient tendance à adopter dans le cadre d'une consultation au SAU, mais elle ne permet pas d'avancer sur la problématique de fond comme en atteste cette re-consultation...

Sur le plan relationnel :

La relation de confiance initiale avec la patiente a été rompue dès lors que je lui avais fait comprendre ma réticence pour lui délivrer l'ordonnance qu'elle souhaitait. La patiente a adopté une attitude d'affrontement et d'opposition, et il a été difficile de se faire entendre à partir de ce moment-là. Amener de manière plus progressive ma décision, en lui expliquant davantage les raisons sous-jacentes, aurait peut-être moins froissé la relation médecin-malade lors de la consultation. Néanmoins, vu le profil de la patiente et la probable addiction aux opiacés sous-jacente, elle aurait probablement adopté le même comportement quelle que soit la manière dont je lui aurais amené les choses. De plus, il est difficile au SAU de prendre autant de temps pour entamer une démarche de prévention et d'explications pour le long terme.

Pour être efficace dans la prise en charge de ces patients qui relèvent de l'addictologie, il faudrait que tous les acteurs soignants intervenant dans la prise en charge soient au courant du parcours du patient pour adopter une attitude cohérente par rapport à ce qui a été fait auparavant. Une bonne coordination serait nécessaire.

Il ne paraît pas y avoir de bonne ou de mauvaise conduite dans cette situation. Nous sommes démunis au SAU pour mener à bien ce type de consultation dans le but d'avoir des effets positifs sur le long terme, du fait de la nécessité d'aller vite et de ne pas connaître le patient comme le connaîtrait le médecin traitant. Il me semble que ce type de consultation serait plus adapté à un contexte de médecine de ville afin de prendre le temps d'entamer une prise en charge à plus long terme dans l'intérêt du patient, en nouant une vraie relation médecin-malade.

Proposition du groupe :

- Est-il possible aux urgences de consulter le site amelipro pour déterminer les lieux dates et contenu des dernières délivrances médicamenteuses et des derniers prescripteurs ?
- Parvenir à prendre le temps en boxe, intervenir à deux
- Accepter de prescrire sur une durée très courte (jusqu'au moment où son médecin traitant serait de nouveau disponible par exemple, soit le lendemain ou le surlendemain)
- Remettre à la patiente le dossier des urgences en y précisant la nécessité de poser un cadre de prise en charge coordonné
- Appeler en dehors de la garde le médecin traitant et le pharmacien habituel pour échanger
- Verbaliser à la patiente les éléments de nos doutes, et l'absence de signes cliniques justifiant la prescription prolongée de morphiniques, et le contexte admis de ces prescriptions de traitement habituel

Commenté [md4]: Synthèse et élaboration d'une conduite à tenir décidée en groupe