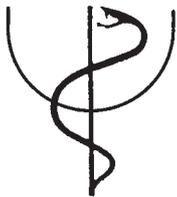


La supervision individuelle: peut-elle faire partie des moyens d'améliorer nos compétences de «photographe»?

Sentiments et partage d'une expérience ...

Jean-Paul Bussien



Si je reprends les propos de mes confrères d'une tendance à l'oubli de soi [1], du besoin de trouver la bonne distance ou «le bon focus» [2] en tant que praticien médecin de premier recours, mais surtout au «long cours» (comme le dit pertinemment J.-P. Corboz), du «trop plaint» [3] des patients qu'on soigne et de la nécessité de faire attester mon travail dans le champ psychosomatique en vue d'obtenir l'attestation de formation complémentaire de l'AMPP (Académie de Médecine Psychosociale et Psychosomatique), j'étais mûr pour entreprendre une supervision professionnelle.

Installé depuis 16 ans en pratique solo comme interniste-généraliste dans l'Ouest lausannois, j'ai toujours eu l'impression, à pratiquer la médecine entre ce qui paraît évident (EBM) et ce qui l'est moins (Individual Value Based Medicine), de rester opérationnel dans le quotidien de la médecine aiguë, pratique où il s'agit plutôt de faire, que d'être, avec ou sans guidelines d'ailleurs. En revanche, la souffrance de la maladie chronique reste pour moi un challenge, tant au niveau de la relation que du traitement, où l'économie psychique du patient et la mienne demandent d'être constamment ajustées.

Une supervision pouvait-elle m'aider à augmenter ma capacité à utiliser mon «zoom» personnel?

Qui dit supervision professionnelle, dit rencontre avec un *alter ego*: lequel? Une femme ou un homme? Un autre médecin? Un autre thérapeute? De quelle orientation psy? Quel moment disponible, compatible avec mes horaires de consultations et les siens? Un indépendant ou un «institutionnel»? Et à quel coût?

De fait, ces questions sont les mêmes, à quelques différences près, que celles que

nous posons à nos patients qui ont besoin d'une prise en charge psychothérapeutique.

Le premier collègue psychiatre que j'ai choisi n'étant pas disponible, j'ai donc sollicité un autre de ses confrères qui travaille en institution et avec qui nous nous sommes retrouvés à peu près chaque quinzaine, le vendredi à midi durant une heure et ceci pour deux ans (le fameux setting de nos collègues psy = cadre, rythme et durée).

Tout au long de cette période, j'ai été amené à évoquer 38 situations cliniques concernant 17 femmes et 21 hommes, dont l'âge oscillait entre 18 et 75 ans, certains étant membres de la même famille. Tous les patients, à des degrés divers, présentaient une symptomatologie somatique et psychique et consultaient soit en état de crise, soit régulièrement.

Les diagnostics que j'ai retenus allaient de problèmes fonctionnels (céphalées, côlon irritable, lombalgies, douleurs abdominales, troubles neurovégétatifs), à des troubles organiques (maladie de Crohn, cancer, maladie coronarienne, diabète), en passant par des difficultés plus spécifiquement psychologiques relevant du DSM IV. Ces dernières allaient du trouble panique à la dépression majeure, du trouble somatoforme douloureux à la dépendance OH ou des troubles de comportement alimentaire aux troubles graves de la personnalité. Toutes ces situations évoquaient souvent des conflits (familiaux, conjugaux, professionnels) en relation avec des périodes délicates de la vie (adoption, émancipation, divorce, crise du milieu de la vie, deuil d'un parent ou du conjoint).

Après avoir chaque fois fait le bilan sur le plan somatique, la question concernant l'état psychique du patient, comme facteur de participation aux troubles le concernant, venait à être discutée avec lui plus ou moins rapidement en fonction de sa capacité à l'aborder et de mon aptitude ou de mon envie à lever un «coin du voile».

Illustration clinique

Monsieur F., 1961, est l'aîné d'une fratrie de 2 enfants. En 1994, il me consulte pour la première fois en raison de furoncles à répétition, de céphalées et de dorso-lombalgies.

Il s'est marié jeune, a trois enfants, deux filles et un garçon âgés actuellement et respectivement de 19, 16 et 7 ans. Il a travaillé

avec son père jusqu'en 2000 dans un commerce de tapis qu'il a repris à son compte depuis lors. Sous l'impulsion de sa femme, ils ont construit une maison en 2001.

Je le vois à plusieurs reprises entre 1994 et 2001 pour les plaintes évoquées ci-dessus, qui se maintiendront, à plus ou moins haute échelle, tout au long de nos rencontres. Entre-temps, il prospecte diverses approches thérapeutiques telles que: la physiothérapie, la chiropratique, l'acupuncture et la naturopathie, qui toutes s'avèrent inefficaces. Sur le plan pharmacologique, une association, rythmée selon le besoin, de Ponstan[®], Minocine[®] acné et Déanxit[®] améliore quelque peu sa situation clinique. Dans l'intervalle, un concilium de rhumatologie et de neurologie écarte l'éventualité d'une affection organique et un bilan biologique s'avère normal.

En 2001, il me consulte en raison de céphalées, de dorso-lombalgies, d'une insomnie, d'une diminution de désir sexuel remontant à deux ans, ainsi qu'un problème d'éjaculation précoce datant d'une année. Il évoque sa femme en parlant d'un traitement qu'elle aurait suivi pour «dépression boulimique» et de son désir sexuel qui aurait diminué depuis la naissance de leur troisième enfant.

Un nouveau bilan clinique s'avère sans anomalie notable pouvant suggérer une atteinte organique. Je retiens donc les diagnostics de troubles psychosomatiques, de troubles anxieux et/ou de l'humeur, dans un contexte de conflit conjugal.

Présenté une première fois en supervision, dans une perspective psychodynamique et systémique, nous évoquons l'hypothèse d'un mari faible et d'une femme forte, répétition du modèle parental. Sa symptomatologie suggère plutôt quelque chose d'anxieux que de dépressif, avec somatisations multiples («grand nerveux»). Nous supposons Monsieur F. d'avoir une structure de personnalité plutôt dépendante, de type passif-agressif. Nous percevons l'éjaculation précoce qu'il présente, plutôt comme une manœuvre agressive à l'encontre de son épouse, qu'une manifestation supplémentaire de son anxiété.

Ma prescription de Déroxat[®], mes consultations orientées «psy», dont une entrevue avec sa femme, ainsi que ... leurs vacances améliorent les troubles du sommeil, de l'humeur («il se prend moins la tête») et fait disparaître l'éjaculation précoce. Ceci jusqu'au

jour où, pour ses quarante ans, mais contre l'avis de sa conjointe, il décide de se faire tatouer le bras. Cette décision réactive le conflit conjugal et son épouse le met alors à distance craignant un risque HIV.

Discuté une deuxième fois en supervision, l'idée de masochisme est évoquée (en se faisant tatouer Monsieur F. savait que sa compagne protesterait, «qu'il serait puni»). La dynamique d'enjeux de pouvoir autour de leur sexualité mériterait d'être abordée avec le couple dans l'idée d'une possibilité de faire évoluer la situation.

A priori Madame F. ne paraît pas intéressée à participer aux consultations, mais peut-être que le patient n'y tient pas, non plus, particulièrement.

Je continue à voir Monsieur F. une fois par mois. Le déménagement dans sa nouvelle maison le fatigue, le fait souffrir moralement et physiquement, l'obligeant à prendre quotidiennement des anti-inflammatoires et des antalgiques pour des douleurs quotées de 4 à 8/10. Une tentative de relai de Déroxat[®] au Tryptisol[®] n'apporte rien de mieux.

Une troisième évocation en supervision, six mois après la première, fait ressortir 2 options: soit l'idée d'un fonctionnement de type masochiste qui maintient le patient dans un système non évolutif, ce qui amène à la perspective de veiller à s'économiser en tant que thérapeute, soit l'idée d'une impression de vie de non-sens dans laquelle l'état douloureux donnerait un sens et où il s'agit de se mobiliser pour aider Monsieur F. à aller à sa (re)découverte à travers une prise en charge de type psychothérapeutique.

Au dernier contrôle clinique, le patient continuait à se plaindre de son dos douloureux et d'une immense fatigue. Son sommeil et la relation à sa femme semblaient meilleurs.

Mes impressions et commentaires

Cet exemple m'évoque, à travers la souffrance persistante du patient, une relation thérapeutique au long cours, où la guérison n'intervient pas et où l'urgence existe pour signaler un déséquilibre dans l'expression «funambule» des maladies chroniques. Avec le temps, mon empathie pour Monsieur F. commençait insidieusement à s'émousser contre la cristallisation de ses problèmes me renvoyant à un sentiment d'incapacité à régler sa situation. Si dans notre corporation nous

avons tendance à croire encore à la toute-puissance médicale, on s'aperçoit que c'est un leurre où l'envie d'intervenir ou de guérir peut s'avérer vaine, car elle s'arrête à la frontière de nos limites personnelles et à celle du patient dans son désir ou ses possibilités de participer à sa guérison. Elle fait poser la question, chère aux psychiatres, de la fonction du symptôme: celui-ci sert-il de moyen de défense contre quelque chose de plus conséquent?

Au cours de ces deux années de supervision s'est installée entre le superviseur et moi-même une sorte de relation privilégiée évoquant le tutoring à l'anglaise, avec en filigrane la question récurrente de la politique actuelle: «êtes-vous un bon médecin?» = est-ce que je fais bien mon métier? [4]

En dehors des considérations autour de l'estime de soi, les exemples ne manquent pas pour faire référence à une médecine de qualité [5], une médecine qui ne coûte pas cher, qui soit performante, scientifique, à jour, en bref, faire mieux avec moins et savoir si je suis un médecin heureux ou malheureux de pratiquer mon art [6].

J'ai donc fait de la supervision un espace de temps, de réflexion pour moi, pour ce que je fais, pour «vider mon sac», pour me recentrer par rapport à la relation thérapeutique.

Cela m'a permis, dans l'exemple du cas clinique évoqué précédemment, de mieux régler mon «zoom» personnel face à mon agacement devant une situation qui n'évoluait pas.

Monsieur F. exprime toujours une souffrance que je ne suis pas parvenu à juguler, mais j'en accepte mieux les enjeux en comprenant davantage les mécanismes sous-jacents. Notre relation n'en est que meilleure et permet que je reste pour lui une référence, ce qui contribue peut-être à lui éviter de faire du tourisme médical.

Dans notre formation post-graduée, il est souvent fait référence au savoir-faire et au savoir-être. A cet égard, j'ai l'impression que le savoir-être est, la plupart du temps, une démarche d'ordre intellectuel qui fait largement l'impasse sur ce que nous ressentons dans «nos tripes».

Dans mon expérience de groupe Balint [7], où justement il est question que les participants et/ou le leader nous amènent à nous interroger sur ce que nous ressentons, la

question touchant à l'émotionnel ne m'a paru souvent qu'effleurée. Pour moi, le groupe Balint est resté un processus de groupe, centré certes sur la relation médecin-patient, mais où le patient est le principal pôle d'attention permettant au médecin d'éviter en partie de se dévoiler. Durant la dernière année de fonctionnement du groupe auquel j'ai participé, notre évolution relationnelle a permis d'accéder à cette dynamique de «découvrement», mais elle a semblé faire figure d'exception.

La supervision individuelle, telle que je l'ai pratiquée, a apporté plus d'intimité et a permis plus d'introspection de ma facette de médecin, en particulier quand certains scénarios relationnels semblaient se répéter. Il n'en reste pas moins que dans le vis-à-vis superviseur-supervisé faisant partie de la même corporation, il m'a semblé percevoir une sorte de pudeur qui peut être un frein à une approche plus approfondie.

Il est clair qu'une supervision professionnelle, qu'elle se fasse en groupe ou individuellement, n'est pas une psychothérapie et qu'il ne s'agit pas de trouver des remèdes à nos maux, mais cela n'empêche pas un travail en profondeur mettant en exergue nos attitudes réactionnelles plutôt qu'intentionnelles dans notre relation aux patients.

«Si les médecins souffrent, les malades sont à plaindre», disait Georges Duhamel [8].

Je ne sais pas s'il faut considérer comme postulat que tout médecin est un «guérisseur blessé» [9], guérisseur qui ne peut guérir que s'il est allé à la rencontre de ses propres blessures. Si cela est vrai, apprendre à se connaître dans son fonctionnement, dans sa souffrance, dans «ses tripes», n'amènerait pas seulement un savoir-être, mais une meilleure connaissance de soi. D'une meilleure relation à soi-même, on peut imaginer une meilleure relation aux autres.

En reprenant l'exemple de Georges Conne [2] racontant la métaphore de la relation thérapeutique à travers le fonctionnement de l'appareil photographique, «le bon focus», ajuster la bonne distance dans la relation aux patients paraît non seulement utile, mais nécessaire, et l'image que nous nous faisons d'eux et celle de nous-même méritent autant de netteté (d'honnêteté) que possible.

Il est alors peut-être temps de délaissier notre pudeur conformiste cachée derrière notre «savoir» pour nous ouvrir à plus de partage de «connaissance intérieure».

A la question de départ: «la supervision peut-elle faire partie des moyens d'améliorer nos compétences de «photographe»?», je répondrais personnellement «oui», mais tout dépendra de ce que nous en ferons. Il faut tenir compte du fait qu'une supervision est une démarche à base relationnelle et qu'il s'agit pour les deux protagonistes de se sentir et d'être à l'aise ensemble, de même qu'avec leur objectif ... photographique. Les photos n'en seront que meilleures et leur développement plus enrichissant.

Remerciements: Pour sa relecture critique, merci à Dominique mon épouse, qui est formée à la supervision et qui a été et reste mon premier superviseur. Au Dr Stiegler pour son intérêt à avoir partagé avec moi cette supervision et m'avoir donné l'idée d'en faire un article.

Références

- 1 Widmer D. L'oubli de soi du médecin? *Primary Care* 2001;1:138-43.
- 2 Conne G. Autofocus ou: la médecine comment en réchapper! *Primary Care* 2001;1:136-7.
- 3 Winkler M. La maladie de Sachs. Paris: P.O.L.;1998.
- 4 Holmes J. Good doctor, bad doctor a psychodynamic approach. *BMJ* 2002;325:722.
- 5 Raetzo M.A. La qualité en médecine ambulatoire. *Rev Méd Suisse Rom* 2001;121:821-4.
- 6 Smith R. Why are doctors so unhappy? *BMJ* 2001;322:1073-4.
- 7 Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot PBP;1960.
- 8 Duhamel G. Paroles de médecin. Monaco: Rocher;1946.
- 9 Jung C.-G. La psychologie du transfert. Paris:Albin Michel;1980.