

Comment retrouver un souffle dans la durée de la relation médecin-malade?

Atelier No 37 lors du 26^e Congrès de la SSMG à La Chaux-de-Fonds

Quand une relation de longue durée avec un patient semble s'essouffler, il n'est pas facile de trouver l'énergie nécessaire pour se poser la question de ce qui se passe, de comment retrouver le souffle. Pourtant, cet effort dans le questionnement est capable de mobiliser de nouvelles ressources relationnelles.

Wenn eine langdauernde Beziehung mit einem Patienten ins Stocken zu geraten scheint, ist es nicht einfach, sich aufzuraffen, um sich zu fragen, was da geschieht und wie man wieder Schwung gewinnen kann. Gerade diese Anstrengung kann aber neue Ressourcen für die Beziehung mobilisieren.

Donatella Bierens de Haan,
Joëlle Wintsch

L'atelier

Le but de l'atelier était d'élargir notre imagination concernant les ressources que nous avons. Élargir, par le partage, le champ des possibles.

Nous avons partagé sur «comment échapper à l'épuisement de la relation dans la maladie chronique», en nous focalisant sur l'épuisement de la relation, et non pas sur l'épuisement du thérapeute, bien qu'une certaine «vitalité» du thérapeute soit un pré-requis à une relation réelle.

Ces échanges ont permis de mieux identifier les sources du malaise, les besoins du médecin, et les moyens mis en œuvre par chacun.

Les sources du malaise

Le malaise du médecin, lorsque la relation s'essouffle, peut avoir des origines différentes selon les personnes:

- sentiment d'ennui, de relation déshabituée;
- se sentir «contaminé» par l'immobilisme du patient, ne plus arriver à penser;
- sentiment d'inutilité;

- difficultés à répondre à la question des rôles et des attentes;
- colère, agacement, sentiment de contrainte;
- doute sur la compétence.

Les besoins du médecin

Le malaise du médecin est en relation étroite avec ses attentes et ses besoins, qui sont aussi très différents selon chaque intervenant:

- avoir du plaisir, de l'intérêt;
- être efficace;
- être dégagé de l'idée de plaire;
- ne pas avoir peur;
- garder une marge de liberté de pensée;
- avoir du temps.

Les moyens mis en œuvre

Chacun a partagé sur les moyens mis en œuvre dans ces situations.

Des nouvelles ressources peuvent être mobilisées, selon les idées partagées dans l'atelier, par trois moyens: l'un, qui prend le patient comme interlocuteur premier, l'autre, qui privilégie la réflexion et le partage entre pairs, le troisième, qui se base sur un changement plus profond du médecin et de ses attentes.

Interroger le patient:

- sur ses attentes,
- sur le setting,
- sur ses croyances de santé,
- sur l'avis des proches,
- *prendre le temps*: selon les intervenants, programmer des consultations plus longues, périodiquement, avec ces patients que l'on suit depuis longtemps, peut redonner du souffle à la relation.

S'arrêter pour réfléchir

S'interroger est déjà sortir de l'ennui. Si le questionnement est partagé avec d'autres, il est probablement bien plus riche.

Ceux qui ont fait ce type d'expérience se trouvent globalement satisfaits de groupes de supervision, de groupes Balint, de pratiques du psychodrame ou de groupes travaillant à partir d'enregistrements vidéo de leurs consultations.

Certains regrettent le peu de disponibilité des psychiatres avec lesquels ils aimeraient bien collaborer autour des «prises en charge» conjointes.

Dr Donatella Bierens de Haan
Rue du Stand 40
CH-1204 Genève
donatellabdh@iprolink.ch

Dr. Joëlle Wintsch
Ch. du Pré-du-Couvent 3A
CH-1224 Chêne-Bougeries
joelle.wintsch@bluewin.ch

Relire le dossier peut amener un nouveau regard et alimenter la réflexion.

Ecrire, aussi, autour d'une prise en charge, peut obliger à recommencer à penser: par exemple, imaginer le contenu d'un symptôme.

Changer ses attentes

Ce thème-là a été le plus évoqué. Nous formulons les propos concernant le changement sous forme de questionnement, car le changement ici recherché, plus profond au niveau personnel, est aussi le plus difficile à réaliser:

- Peut-on accepter de ne plus mobiliser la capacité d'élaboration de l'autre?
- Peut-on trouver une gratification, un plaisir, dans l'intérêt de l'observation de l'autre, de son énigmatique différence?
- Peut-on en même temps tolérer l'impuissance et ne pas être résigné?
- Peut-on tolérer, accepter, qu'un certain degré d'inconfort, de frustration, fasse inévitablement partie du travail du médecin, et de la vie?

Conclusion

Ce séminaire a permis de mettre en commun la conviction que, tant que l'on peut penser et imaginer, la relation reste vivante.

Il est donc fondamental de s'arrêter, de s'interroger et d'interroger l'autre.

Il est utile de s'abstenir d'*agir* pour laisser place à *penser* et il est important de faire la part entre nos besoins et ceux de l'autre.

Pour finir, la lecture peut aussi stimuler la réflexion et l'imagination: pour cette raison nous avons donné aux participants de l'atelier une liste de références qui nous ont semblé importantes.

Références

- 1 Assal J-P, Golay A. Les suivis à long terme des patients chroniques: les nouvelles dimensions du temps thérapeutique. *Med Hyg* 2001;59:1446-50.
- 2 Assal J-P. Et si une certaine pédagogie conduisait à une médecine plus globale? *Med Hyg* 2002;60:1791-800.
- 3 Balint M. (1957) *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot, 1996.
- 4 Bussien J-P. La supervision individuelle: peut-elle faire partie des moyens d'améliorer nos compétences «photographe»? *Primary Care* 2003;3:296-9.
- 5 Carmel S, Glick SM. Compassionate-empathic physicians: personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern. *Soc Sci Med* 1996;8:1253-61.
- 6 Declerck P. *Les naufragés: Avec les clochards de Paris*. Paris: Terre Humaine. Plon; 2001. p. 361-74.
- 7 Ellis CG. Chronic unhappiness. Investigating the phenomenon in family practice. *Can Fam Physician* 1996; 42:645-51.
- 8 Girard A, Maisonnave M, Lefèbvre D, Massarenti F, Mottu F, Pfister G, et al. Traitement à long terme: difficultés des patients – stratégies pour le médecin. *Med Hyg* 1998;56:1204-10.
- 9 Holmes J. Good doctor, bad doctor; a psychodynamic approach. *BMJ* 2002;325:722.
- 10 Jackson JE. Souvent dans l'être obscur. Rêves, capacités négatives et romantisme européen. José Corti. *Les Essais*; 2001.
- 11 Lacroix A. La prise en charge de patients atteints de maladies chroniques: difficultés et obstacles. *Med Hyg* 1996;54:1158-60.
- 12 Robert M. La consultation hors symptôme: Réflexions sur le travail psychothérapeutique du médecin somaticien. *Psychothérapies* 1993;1:41-7.
- 13 Robert M. L'acte médical et sa fonction relationnelle. *Med Hyg* 1996;54:1983-4.
- 14 Vannotti M. Impasses thérapeutiques dans les maladies persistantes. *Rev. med. suisse romande* 1992;112:997-1002.