

Pierre Loeb, président ASMPP

## La rencontre de type particulier

Observations tirées de notes de supervisions et de cercles de qualité



Qu'est-ce qui parfait à ce point notre métier pour nous donner des ailes à défaut de dédommagement adéquat et nous permettre de supporter tant de désagréments comme de nous lever la nuit, de rester présents pour nos patients même le week-end, pour les écouter, laisser les autres parler, constater et traiter alors que d'autres jouissent depuis longtemps de leur congé!

Les groupes Balint, les super- et interventions, les cercles de qualité et d'autres formes de discussions de cas mettent clairement en lumière ces rencontres qui sont très particulières.

La revue en soirée d'une journée entière nous sustente aussi la plupart du temps, même s'il faut mastiquer encore longtemps quand la rencontre n'a pas pu avoir lieu correctement, si le patient n'a pas vraiment été compris, s'il ne s'est pas senti compris, si une réalité commune n'a pas pu être créée. Heureusement, nous avons alors la plupart du temps une deuxième chance, à la condition que nous soyons honnête avec nous-même et avec notre patient et que nous fassions de ce revers un thème central de la consultation suivante, en donnant ainsi à la communication une signification prioritaire plutôt que de nous cacher derrière la sacro-sainte objectivité en nous contentant de qualifier le patient de «non motivé», de «résistant», de «pas prêt» ou en le discréditant encore plus grossièrement.

Une double étude de l'institut Link sur la relation médecin-patient [1] montre une satisfaction des patients à l'égard de leur médecin avec une moyenne prééminente de 85%. Quels sont donc les motifs pour le choix d'un médecin omnipraticien? Outre une bonne accessibilité (20%) et la compétence professionnelle (26%), on retrouve le sens de l'intégrité (21%), les compétences sociales (23%) et la relation au long cours (30%). Il s'agit donc de compétences qui sont l'expression d'une relation véritable, impliquant du temps et de la disponibilité. Pour le médecin de famille, le travail quotidien avec l'humain en général et ses péripéties constitue ce qui lui plaît avant tout. Et pour suivre adéquatement ces péripéties, je postule la nécessité d'alterner l'exercice des compétences psychosociales et médico-techniques.

Qu'il s'agisse d'une parole, d'un diagnostic, d'un médicament ou d'une intervention, c'est une satisfaction, un bienfait si nous parve-

nons à trouver le bon moyen qui aide le patient, qui le guérit, le soulage ou le console. Souvent le processus n'est pas linéaire et passe par les détours de sa biographie, la compréhension de ses mécanismes de défense, la patience de la soumission pour atteindre l'essentiel, le courage, l'encouragement, la disponibilité peut-être tout bonnement nécessaire pour vraiment rejoindre le patient sur son terrain. Et la rencontre de type particulier a lieu dès lors que nous parlons une langue commune, que nous trouvons ensemble une interprétation convenable du signe ou du symptôme, dès lors que le patient se sent compris dans ce que von Uexküll [2] appelait la «Passung», l'ajustement. Quelquefois, la disposition réciproque pour une recherche commune suffit pour faire un bon bout sur le chemin de la santé.

On peut alors parler du moment réussi de la rencontre quand je suis comme fasciné au point de ne désirer exercer aucun autre métier au monde. Une banalité, à ce moment précis et précieux, prend valeur de révolution!

Quelques exemples vécus la semaine dernière: une patiente souffrant d'intenses attaques de panique parvient à surmonter son angoisse et reconnaît que son symptôme le plus grave devient un ami qui lui ouvre des mondes insoupçonnés jusque-là. Une femme traumatisée d'origine roumaine réalise à travers une thérapie de soutien qu'un désir de meurtre de son ex-mari couve sous sa «fibromyalgie». Un toxicomane qui, tout en diminuant ses doses de méthadone, sort lentement de son monde sans nuances en noir et blanc pour s'ouvrir à un paysage nouveau, coloré, et teinté de désirs sexuels. Une femme, pensionnaire en EMS, en phase préterminale qui refuse tout mais qui ouvre un court instant les yeux pour prononcer mon nom.

Puissions-nous comprendre le résultat des votations du 1<sup>er</sup> juin comme le vœu de conserver non seulement le libre choix du médecin, mais également la volonté de garder la liberté dans l'exercice de notre profession afin qu'une médecine intégrée préserve la relation avec nos patients.

### Références

- 1 Kapitz C. Die Beziehung Hausarzt – Patient: aufrichtige Liebe oder Zweckbeziehung? Schweiz Ärztezeitung 2008;89(6):227–9. Available from: [http://www.saez.ch/pdf\\_d/2008/2008-06/2008-06-1145.pdf](http://www.saez.ch/pdf_d/2008/2008-06/2008-06-1145.pdf).
- 2 von Uexküll T. Psychosomatische Medizin. 6. Auflage. München/Jena: Urban & Fischer; 2003. S. 8.