

Lilli Herzig, Dag Söderström

# Supervision individuelle – une aide face aux patients difficiles

Atelier du «Swiss Family Docs Conference» 2012 à Lausanne

**Dans une consultation de médecine générale – mais certainement dans toute consultation quelle que soit la spécialité – nous pouvons nous trouver face à ce que nous appelons un patient difficile, celui qui nous fait soupirer en regardant l'agenda. Pourtant il ne s'agit probablement pas seulement d'un patient difficile mais aussi d'une relation difficile.**

Or, les relations difficiles mettent à contribution le vécu émotionnel, les compétences et l'énergie du praticien lui-même. Il peut alors s'épuiser, devenir agressif ou inadéquat face à son patient et perdre confiance en lui-même, ce qui risque encore d'aggraver la situation difficile et se retourner contre les deux acteurs – patient et médecin. On connaît les conséquences parfois désastreuses d'un épuisement sur la santé du médecin: burn out, utilisation abusive de médicaments, abus d'alcool voire risque suicidaire élevé. Il en est de même pour le patient: relation symétrique avec le médecin, perte de confiance, perte de l'effet placebo, augmentation des demandes d'examen et tourisme médical avec son lot de déceptions. Il est dès lors impératif pour le praticien de reconnaître les situations de relation difficile, d'en identifier les sources et de savoir comment s'en sortir et le cas échéant trouver de l'aide.

## Qu'appelons nous en réalité «patient difficile»?

Est-ce une chose fréquente dans une consultation tout venant? Les patients difficiles représentent environ 15% de toutes les consultations [1]. Environ un tiers des ces patients difficiles souffrent d'un trouble de la personnalité, dont une majorité de type borderline [2]. Ces patients borderline constituent 6% de toutes les consultations de médecine générale et 50% des patients avec douleurs chroniques [3].

Balint a été des premiers auteurs à identifier l'importance de la relation dans les soins. Dans son livre «Le médecin, son malade et la maladie» il se demande pourquoi les relations médecin-malade en dépit des efforts sérieux de part et d'autre soient si souvent insatisfaisantes voire malheureuses. Avec Balint, nous pensons que le travail sur la relation médecin-malade est primordial pour comprendre et traiter les relations qui tourment mal. En effet, la force soignante de cette relation dépend de sa qualité.

Pour améliorer le vécu relationnel, analyser les difficultés qu'un médecin donné peut rencontrer avec un patient donné – nous n'avons pas tous les mêmes difficultés avec des patients similaires, car notre propre personnalité joue aussi un rôle – Balint a proposé en premier des groupes de supervision en collaboration avec un psychiatre. Il s'agissait alors de réfléchir ensemble aux difficultés rencontrées et aux solutions possibles.

## Les atouts d'une supervision

Une autre réponse au problème peut être la supervision individuelle directe entre un médecin de famille et un psychiatre de son choix. L'atelier proposé lors du «Swiss Family Docs» de Lausanne en août 2012 s'est focalisé sur les atouts d'une telle supervision.

C'est la relation médecin-patient qui est au centre pendant une supervision; elle en est l'objet et le but. Le médecin et le psychiatre cherchent ensemble à comprendre la complexité de la relation, à identifier les causes qui sous-tendent les difficultés, à reconnaître les pièges et à dépasser ce qui est conflictuel.

L'avantage de la supervision individuelle entre un médecin (de famille) et un psychiatre est lié à une grande diversité d'approche tout en étant personnalisée sur les besoins spécifiques du praticien en proposant une analyse très fine de la relation soignant-soigné. Elle permet de préciser l'impact du travail relationnel grâce à un suivi régulier avec catamnèse des cas supervisés.

Dans une telle supervision trois objectifs peuvent être identifiés: la contextualisation du travail médical, le repérage de «cônes aveugles» dans la relation et des explications théoriques sur les troubles de la personnalité ou les pathologies psychiatriques.

## Contextualisation

La contextualisation signifie remettre la relation et ses difficultés dans son contexte clinique, relationnel, asséculogique, local, juridique, familial, ou autres. En explicitant la situation au confrère psychiatre, le praticien commence par décrire la situation clinique dans son ensemble, pour bénéficier d'un regard externe moins impliqué affectivement. Ceci permet de mettre en évidence d'éventuelles triangulations, des manipulations ou encore un rôle médical débordant son mandat; tous ces éléments peuvent renforcer des attitudes agressives ou défensives de la part du médecin. Le but est de clarifier le rôle du médecin dans le contexte particulier d'un traitement et par là de sortir d'une confusion pour déléguer ou préciser la place et les limites de ce qui est possible de faire (ou pas!). Cette clarification du rôle médical dans son contexte soulage souvent la relation d'attentes impossibles et diminue ainsi les sentiments de frustration chez les deux acteurs. Même un minime changement d'attitude du médecin peut alors engendrer une nette amélioration de la situation conflictuelle.

## Cône aveugle

Le cône aveugle se rapporte à ce que chacun de nous cherche à protéger, consciemment ou non de nos zones vulnérables, ce que nous refoulons pour les raisons qui nous sont propres et que nous ne voulons pas savoir sur nous-mêmes. Ces zones d'ombres existent autant chez le médecin que chez le patient. Le collègue superviseur peut avec tact mettre en évidence nos propres zones d'ombre, fréquemment source de contre-attitudes négatives, pour nous permettre de mieux contrôler notre propre vécu émotionnel. Cette meilleure maîtrise émotionnelle est un avantage pour gérer des relations avec des patients qui soumettent le médecin à des demandes itératives.

## Pathologies psychiatriques

En dernier lieu, le psychiatre peut donner des informations plus théoriques et aider au diagnostic différentiel psychiatrique. Reconnaître un trouble de la personnalité ou une autre pathologie psy-

---

## Par la supervision individuelle, le psychiatre devient un allié de la relation

---

chiatrique chez nos patients permet d'adapter notre approche aux difficultés relationnelles. En particulier, reconnaître une pathologie comme le trouble de la personnalité borderline est essentiel, car ces patients ont par définition une difficulté à accepter la relation soignante et peuvent stimuler des réactions négatives et de rejet.

### Conclusion

Il est normal avec notre métier passionnant d'arriver dans des situations relationnelles difficiles avec certains de nos patients – et dans une relation nous sommes toujours au moins deux! Mieux vaut ne pas rester seul(e) avec les difficultés pour éviter l'épuisement, la rupture et les erreurs qui s'ensuivent. Par la supervision individuelle, le psychiatre devient un allié de la relation pour contextualiser une situation bloquée, détecter les cônes aveugles ou encore donner des informations théoriques, facilitant ainsi la prise en charge.

Dans ce sens, le psychiatre est au côté du praticien et du côté de la relation en la soutenant pour que la relation elle-même continue de soigner!

### Références

- 1 Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. Arch Intern Med. 1999;159(10):1069–75.
- 2 Schafer S, Nowlis DP. Personality disorders among difficult patients. Arch Fam Med. 1998;7(2):126–9.
- 3 Gross R, Olfson M, Gameroff M, Shea S, Feder A, et al. Borderline personality disorder in primary care. Arch Intern Med. 2002;162(1):53–60.

---

### Correspondance:

Dr Lilli Herzig  
Médecin de famille  
ch des Croisettes 8  
1066 Epalinges  
Lilli.Herzig[at]hin.ch

---

Dr Dag Söderström  
psychiatre  
av. De la Gare 16  
1800 Vevey  
dsoderstrom[at]bluewin.ch



Foto: Dr. med. Riccarda Bianchi Schneeberger