

Déplacer le regard: apports de la supervision psychiatres/médecins généralistes

PIERRE-NICOLAS OBERHAUSER^a, Drs KONSTANTINOS TZARTZAS^b et RÉGIS MARION-VEYRON^b

Rev Med Suisse 2019; 15: 337-9

Les supervisions de médecins généralistes/internistes par des psychiatres sont l'occasion de prendre du recul par rapport à la clinique quotidienne. Dans cet article, nous adoptons une perspective interdisciplinaire sur ce dispositif, en mobilisant conjointement certains apports et perspectives issus de la psychiatrie et de la sociologie. L'enjeu est d'entamer une réflexion plus ample et rigoureuse sur ces pratiques de supervision qui, si elles sont manifestement appréciées de ceux qui en bénéficient, restent peu théorisées.

From a different angle: supervision of general internal medicine practitioners by psychiatrists and its benefits

The supervision of general internal medicine practitioners by psychiatrists is an opportunity to take a step back from the daily medical practice. In this article, we adopt an interdisciplinary perspective on these supervisory practices, combining a number of insights and perspectives from both psychiatry and sociology. We aim at initiating a broader and more rigorous reflection on such supervisions, which remain little theorized although they are clearly appreciated by those who benefit from them.

INTRODUCTION

Dans un article publié par la *Revue Médicale Suisse* en février 2017, deux des auteurs du présent texte évoquaient les dispositifs mis en place par les membres de l'Unité de psychiatrie de liaison de la PMU afin de permettre à leurs collègues généralistes d'interroger collectivement leur pratique clinique.¹ Nous revenons ici sur certains aspects de l'un de ces dispositifs: des supervisions menées par un psychiatre à destination d'un groupe de généralistes à partir du visionnage et de la discussion d'enregistrements audiovisuels de consultations. Nous décrivons les déplacements qu'encourage la supervision dans le regard que portent les participants sur leurs émotions et, plus généralement, sur leur activité. Nous laissons de côté d'autres enjeux plus fréquemment abordés en lien avec la supervision de médecins somaticiens par des psychiatres, et notamment la question des

aptitudes communicationnelles ou de la justesse relationnelle.² A l'image de la collaboration entre les auteurs, les réflexions qui suivent traduisent un effort d'interdisciplinarité visant à développer des points de rencontre entre psychiatrie et sciences sociales.

UN REGARD FRANC SUR LES ÉMOTIONS

En parlant de «travail émotionnel», les sociologues désignent les efforts auxquels consentent les individus pour masquer ou transformer leurs émotions de manière à les faire correspondre à ce qui est attendu d'eux.³ Les exemples d'un tel «travail» ne manquent pas dans les activités professionnelles. Il peut s'agir du barman s'efforçant de paraître enjoué malgré la lassitude... ou du médecin prenant garde à masquer son agacement face à un patient qui lui apparaît comme «difficile». Les chercheurs en sciences sociales ont eu tôt fait de souligner une conséquence indésirable de ces efforts: à force de se focaliser sur ce que l'on devrait ressentir, ce que l'on ressent effectivement peut perdre de son évidence.⁴ En médecine, cette difficulté se trouve complexifiée par la culpabilité que tendent à générer chez les praticiens les émotions négatives ressenties à l'endroit des patients: impatience, frustration, exaspération, voire colère. C'est là une difficulté du travail des superviseurs qui consiste pour une part à inciter les généralistes revenant sur des situations qu'ils jugent «problématiques» à expliciter leurs émotions – à les reconnaître, pour eux-mêmes et face aux autres. Face à des ressentis parfois difficiles à (s')avouer, la liberté de parole doit constituer «une sorte d'objectif inatteignable», «un horizon» des séances.⁵

Qu'il s'agisse de supervisions collectives n'est pas ici sans importance. L'expression au sein du groupe d'impressions et ressentis ordinairement inavoués, gardés par-devers soi ou échangés sur le mode de la confiance permet en effet de les réinscrire dans une forme de normalité et d'acceptabilité. Il devient clair que l'émotion elle-même n'est pas problématique, mais qu'il est important pour le médecin de l'identifier adéquatement de manière à ce qu'elle ne rejaille pas de manière incontrôlée dans ses interactions avec les patients. On rejoint ici Michael Balint, qui a très tôt insisté sur la nécessité pour le médecin de mieux identifier ses «réactions émotionnelles» face au patient.⁶ Aujourd'hui comme alors, l'enjeu du travail réalisé en groupe n'est pas thérapeutique. Mais il touche néanmoins à des éléments éminemment personnels dans l'attitude des participants.

La problématique du «maintien du cadre» durant la consultation offre un exemple du type de déplacement envisagé. Sur le plan

^a Laboratoire THEMA, Institut des sciences sociales, Université de Lausanne, Bâtiment Géopolis, 1015 Lausanne, ^b Unité de psychiatrie de liaison, Centre de médecine générale, Service de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, CHUV, PMU, 1011 Lausanne
pierre-nicolas.oberhauser@unil.ch | konstantinos.tzartzas@chuv.ch
regis.marion-veyron@chuv.ch

interactionnel, les enregistrements vidéo font émerger une difficulté bien connue des médecins: celle d'ajuster des modes de raisonnement inévitablement formalisés, nécessitant l'obtention séquentielle d'informations spécifiques, aux capacités, connaissances et préoccupations des patients.⁷ Les discussions collectives révèlent l'embarras des participants face à des patients dont l'attitude et les interventions disruptives ou malheureuses éludent durablement les attendus de la consultation. D'un côté, le rappel du «cadre» peut apparaître au médecin comme la négation d'un besoin manifeste chez le patient: celui de parler et d'être écouté. Le praticien exprime alors le sentiment d'avoir fait preuve d'«insensibilité» en privilégiant les aspects «purement médicaux» de la consultation, au détriment de la «relation» et de l'«empathie». Mais la liberté laissée au patient peut à l'inverse se lire comme un signe de faiblesse ou d'impuissance, avec pour résultat une consultation qui n'a pas répondu aux attentes du médecin. Le rapport au patient s'exprime alors dans des métaphores agonistiques: le médecin dit «s'être fait bouffer» ou «marcher dessus».

Au-delà des caractéristiques et enjeux des situations particulières, il s'agit ici pour les superviseurs de faire émerger ces émotions parfois contradictoires et d'aider les participants à les considérer posément. En reconnaissant et en acceptant la culpabilité, la frustration, la lassitude ou l'agacement ressentis dans ces situations, les participants peuvent s'y préparer et les vivre plus adéquatement. Les émotions ne sont plus simplement subies ou esquivées mais rapportées à ce qui les cause et à leurs conséquences potentielles, pour le médecin comme pour le patient.

UN REGARD NEUF SUR L'ACTIVITÉ

Si des suggestions pour améliorer la prise en charge des cas abordés sont bien évidemment échangées, les séances permettent surtout le déploiement de questionnements nouveaux, faisant émerger des problèmes là où les participants ne voyaient que l'évidence de leurs pratiques ordinaires. Les discussions autour de *ce qui a été fait* mettent en effet au jour *ce qui aurait pu être fait*: différents cours d'action possibles sont envisagés, avec les avantages, limites et problèmes qui leur sont associés. A cet égard, le dispositif de supervision s'apparente aux techniques d'«autoconfrontation» développées en psychologie du travail, qui s'appuient elles aussi sur les discussions collectives que peut générer l'enregistrement audiovisuel des pratiques professionnelles. La visée première de l'«autoconfrontation» – méthode qui amène notamment des professionnels à commenter un extrait vidéo capturant l'activité d'un collègue, qui le commentera ensuite à son tour – est en effet de faire apparaître l'activité «pour ce qu'elle est: seulement comme l'une des activités possibles dans l'ensemble de celles qui auraient pu être accomplies ou pourraient l'être».⁸

L'enjeu n'est pas seulement ici d'améliorer les pratiques des participants en les examinant et en les confrontant: la discussion collective agit aussi sur le *rapport à l'activité*. Les attitudes et habitudes de chacun sont investies d'une signification nouvelle dès lors qu'elles sont verbalisées et placées au regard de manières de faire différentes, apparaissant ainsi comme des *possibilités* parmi d'autres, entre lesquelles le médecin peut – et doit – faire un choix. En permettant aux médecins de «se glisser dans le box des autres», comme le dit une participante, la supervision

leur offre ainsi l'opportunité de s'approprier différemment leur activité, d'une manière plus volontaire et plus signifiante. Le superviseur accompagne et facilite ce double processus d'ouverture et de déplacement par lequel la pratique (re)devient «problématique».

Le fait de s'attarder sur des consultations «ordinaires» – quelles que soient les émotions parfois très prégnantes et pressantes qu'elles suscitent – va dans le même sens. Les participants font souvent état de leur surprise face à la vitalité des discussions soulevées par des extraits vidéo qui leur avaient de prime abord paru «plats» ou «sans intérêt»: ils pensaient «ne pas avoir grand-chose à en dire». Le déroulement de la séance leur a donné tort, les échanges faisant apparaître des divergences et désaccords là où «tout semblait clair». A l'encontre d'une «évidence» morne et figée, la supervision rend ainsi à l'ordinaire non seulement sa dimension «problématique», mais aussi son *intérêt* et son *importance*.

Lorsqu'on les interroge sur ce qu'ils retirent des supervisions collectives organisées par les «psys» de la PMU, les participants évoquent d'abord le dépassement de leur «solitude». On ne saurait minimiser l'importance pour les participants de se rendre compte que leurs collègues sont confrontés aux mêmes «problèmes» et «difficultés» qu'eux. C'est ce qu'explique une médecin assistante au terme de son séjour à la PMU: passé le premier moment d'appréhension et la peur d'être «jugés», les participants se rendent compte que «tout le monde est dans le même bateau». Selon elle, cette expérience les «aide énormément à vivre ces difficultés qu'(ils ont) au quotidien et face auxquelles (ils) se sent(ent) parfois seuls, en croyant que les autres s'en sortent mieux, ou plus facilement». Nous avons fréquemment eu l'occasion de recueillir ce genre de témoignages.

Il n'est sans doute pas inutile de reconsidérer à l'aune de ces différents éléments les bénéfices attribués aux espaces de parole et d'échange ouverts aux médecins face à l'épuisement professionnel et la perte de sens qui menacent aujourd'hui de nombreux praticiens.^{9,10} De tels dispositifs ne peuvent toutefois pas être considérés comme une réponse suffisante à des problèmes institutionnels plus généraux.¹¹

CONCLUSION

Les éléments de réflexion que nous avons présentés concernent le rapport du médecin à son intériorité et à sa pratique plutôt que les contributions plus directes du dispositif de supervision à la prise en charge des patients. On pourrait reprocher à cette perspective «centrée sur le médecin»¹² de trop laisser le patient à l'arrière-plan. Il nous paraît cependant évident que, s'ils concernent avant tout le médecin, les enjeux discutés dans cet article ne concernent pas le médecin *uniquement*. Pour revenir encore une fois à Balint, le grand mérite de ses travaux est d'avoir encouragé les médecins à envisager le soin au prisme de la relation thérapeutique, dans une perspective qu'on a pu qualifier d'«intersubjective».¹³ Dès lors qu'est reconnue l'importance de cette relation, comment ne pas se soucier *aussi* de l'expérience qu'en fait le médecin?

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Il est important de créer des espaces qui permettent aux médecins généralistes/internistes de mieux appréhender et affronter les difficultés qu'ils rencontrent dans la pratique, en particulier en ce qui concerne leurs émotions et la relation médecin-patient
- Ces espaces pourront être l'occasion d'échanges et débats entre pairs qui revitalisent le quotidien de la clinique et ouvrent de nouvelles perspectives en interrogeant les évidences et habitudes ancrées
- De par sa sensibilité aux dynamiques relationnelles, le psychiatre superviseur peut aider les participants à adopter un regard différent sur leur clinique et l'expérience qu'ils en font

1 Marion-Veyron R, Saraga M, Tzartzas K. Que reste-t-il de nos Balint? Rev Med Suisse 2017;13:360-2.

2 *Vannotti M, Marin Ch. L'enregistrement vidéo de consultations de médecine générale. Quelle utilité pour la for-

mation? Psychothérapies 2009;4:219-24.
 3 *Hochschild AR. Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel. Paris: La Découverte, 2017 (1983).
 4 Fromm E. Escape from Freedom. Londres: Henry Holt, 1994 (1941).
 5 Allione C. Les pouvoirs du superviseur. In: Rouzel, J (ed). La posture du superviseur. Paris: Erès, 2017:33.
 6 *Balint M. Training general practitioners in psychotherapy. BMJ 1954;1:115-20.
 7 Cicourel A. Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive. Paris: Seuil, 2002.
 8 *Clot Y. Clinique du travail et clinique de l'activité. In: Clot Y, Lhuillier D (dir). Perspectives en clinique du travail. Paris: Erès, 2015:233.
 9 Moreau Ricaud M. Balint (Groupe). In Zawieja Ph (ed). Dictionnaire de la fatigue. Genève: Droz, 2016:75.
 10 Giroud S, Grandjean A, Jahns FP, et al. Le groupe «Osler»: une nouvelle

opportunité pour réfléchir sur le «devenir médecin». Rev Med Suisse 2018;14:2104-8.
 11 Scudellaro A. La supervision comme remède aux dysfonctionnements de l'institution? In: Rouzel, J (ed). La posture du superviseur. Paris: Erès, 2017:75-86.
 12 Bourquin C, Saraga M, Marion-Veyron R, et al. Le médecin au centre: pour une approche de l'expérience vécue. Rev Med Suisse 2016;12:293-5.
 13 Valabrega JP. La relation thérapeutique. Malade et médecin. Paris: Flammarion, 1962;5.

*à lire
 **à lire absolument