

Ce n'est jamais ça...

La formation à la relation serait-elle une gageure impossible ? Peut-être que non quand le « ratage » devient source de réflexion et d'ouverture...

Chantal Masson Verfaillie,
médecin généraliste,
psychanalyste, attachée
d'enseignement

Depuis quinze ans environ, l'enseignement des sciences humaines a été officiellement introduit dans le cursus des études médicales.

Si l'on interroge les étudiants de première année, nombreux sont ceux qui témoignent d'une grande attente à cet égard (en dehors de quelques irréductibles passionnés de technique). Quelques années plus tard, leur réponse est plus mitigée : que s'est-il passé ? A propos de la formation à la relation avec un patient, de nombreuses expériences ont été menées, des évaluations tentées, mais il reste une butée : c'est souvent raté, les étudiants se disent déçus, découragés, au pire incompetents. Car il y a souvent confusion entre l'enseignement des sciences humaines et une formation à la relation médecin/patient.

Car la relation médecin/patient ne s'enseigne pas. Il peut y avoir une sensibilisation : anthropologie, philosophie, histoire de la médecine, cours sur l'éthique, psychopathologie...

Cela peut prendre plusieurs noms : « Communication en Médecine Générale », « Savoir être, formation à la communication et à la relation » dans des séminaires dont le but est l'acquisition de compétences pour anticiper et gérer la relation.

Mais ce qui se passe de particulier et de non reproductible entre ce médecin et ce patient, ce jour-là, à cet endroit, rien à faire : impossible à prévoir, à anticiper tout à fait. Cela n'est jamais ça.

Lors d'un récent colloque à propos des soins palliatifs, une équipe a fait la présentation très séduisante des positions psychiques qui permettraient au soignant de faire face aux situations familiales complexes ; je n'ai pu que répondre que bien que ce fût un fil rouge intéressant, il est probable que ce ne serait jamais ça.

Il y aura toujours de l'imprévu et du ratage du côté du patient, comme du côté du soignant. Qui plus est, plus le soignant aura eu le sentiment de « bien » se préparer, plus le décalage obligé lui apparaîtra douloureusement. Ce qui risque de provoquer chez le soignant un sentiment d'incompétence : « Décidément, je ne suis pas bon »

et de découragement. A moins que cela ne provoque une réaction de fermeture dans des positions psychiques de déni et de défense.

J'ai poursuivi en disant qu'il me semble que la lecture dans l'après-coup de ce qui s'est passé, dans cette impasse, ce ratage éprouvé, peut nourrir les rencontres suivantes, constituer un tissu formateur (tissu au sens de l'entrecroisement des fils qui se lient les uns avec les autres) et contribuer à la formation professionnelle.

Précisément, c'est ce qui se passe pour de nombreux étudiants. Pour beaucoup, inondés de recommandations (savoir-faire, savoir être, gérer, anticiper...), ils rencontrent leurs premiers patients avec leurs limites, leur angoisse et leur impuissance. Ce ne serait pas problématique s'ils pouvaient alors être entendus dans leur propre élaboration. Ils témoignent que ce n'est pas très souvent le cas... Petit à petit, le fossé se creuse entre leurs représentations initiales et la réalité éprouvée. Le risque est alors de voir des cohortes d'étudiants se réfugier dans des exercices plus techniques ou plus ésotériques.

Une thèse de médecine générale, prenant appui sur vingt entretiens avec des internes en fin de parcours et de jeunes médecins issus de la faculté de médecine d'Angers, présentée en 2005 par Marie-Laure

Leveau, en est une possible illustration. Thèse intitulée « De l'inscription en faculté de médecine à l'exercice professionnel : hiatus et concordance entre projet initial et final ».

Elle dessine des parcours humains singuliers, mais qui témoignent régulièrement d'un sentiment d'errance, de solitude, de désubjectivation durant les études médicales ne les préparant pas à la rencontre avec les patients.

On retrouve alors par exemple des témoignages de relations transférentielles et contre-transférentielles insupportables,

de l'expérimentation des limites de la toute puissance médicale avec désarroi et colère, d'émotions vives face à la mort, ou d'un manque de reconnaissance et de sens qui, non élaborés sont sources de malaise et de possible hiatus.

Prendre le temps de l'élaboration, faire du lien, nommer ce qui se passe et qui passe, chacun aura

« Il y aura toujours de l'imprévu et du ratage du côté du patient, comme du côté du soignant. »

reconnu que je fais référence à une pratique d'analyse de pratiques de type Balint (je réserverai l'appellation « groupes Balint » à ceux qui se réfèrent à la Société Médicale Balint).

Ayant moi-même éprouvé l'effet d'une parole libre et associative en présence d'un analyste au sein d'un tel groupe, et ayant été associée à la réflexion sur la formation des médecins généralistes, j'ai proposé depuis dix ans des expériences de ce type à des petits groupes d'étudiants volontaires en 2^e ou 3^e cycle.

Au début, ce n'est pas si simple. Ce qui surgit c'est la violence de la rencontre avec la mort, la souffrance, l'intolérable, l'impuissance, le réel du corps. C'est le désarroi devant les positions singulières et parfois incompréhensibles du patient et/ou des familles.

Un homme mourant fait signe à un étudiant afin qu'il arrache sa perfusion, ce geste lui est impossible à nommer avant notre échange, donc impossible à entendre. « Je n'ai pas fait médecine pour cela ». Cet échange lui a permis d'entendre la position du patient ainsi que la sienne dans ce qui n'a pu se dire alors.

Une femme, apparemment sereine face à sa fin de vie impossible à parler, fait l'admiration de tout le service, mais irrite l'étudiant par des demandes apparemment anodines. L'étudiant sent bien là qu'il se dit quelque chose d'essentiel, n'ose aller au-delà du retrait de l'équipe, puis prend conscience de l'occasion ratée. Mais ce ratage, par son énonciation, ne sera pas pour lui fermeture au contraire.

Ce qui s'éprouve, c'est qu'en donnant la parole à l'étudiant, à une énonciation personnelle et non à un énoncé de recommandations, il devient alors possible pour lui d'entendre l'énonciation du patient. Peut-on alors parler de transmission et non de formation ? Transmission de la valeur donnée à la parole de l'autre.

J'ai pris la mesure ainsi d'une grande demande d'être entendu : « Pour la première fois, nous sommes reconnus et entendus de notre place d'étudiant auprès des patients hospitalisés », « Nous avons très souvent le sentiment d'être considérés comme des gamins, ne sachant rien, n'ayant jamais réfléchi ».

N'y a-t-il pas un risque à laisser les étudiants pour une grande part, et pendant une grande partie de leur cursus, sans occasion pour une parole énonciative ? Comment pourront-ils entendre les patients si eux-mêmes ne font pas l'expérience de l'effet, de l'éprouvé d'être entendus ?

Ils sont souvent tentés au début de faire un groupe de pairs et d'échanger sur les bonnes pratiques, ils sont souvent tentés de se donner mutuellement

des conseils. Et c'est au fil des séances que peut, petit à petit, s'entendre : « Mais que s'est-il passé pour moi avec ce patient, ce jour-là ? »

Il y a des moments féconds et joyeux, lorsqu'un étudiant déclare : « C'est con de répéter à une patiente : « Mais non c'est pas grave », alors qu'on n'en croit pas un mot » et le groupe en chœur : « Mais non, c'est pas con », provoquant le sourire de tous, disant qu'ils ont entendu que ce qui se passe circule. Petit à petit, les situations évoquées quittent le registre du drame pour s'arrêter aux petits riens qui font l'essentiel. Et je fus étonnée, dès le 2^e cycle, par la pertinence de leurs questions et remarques, témoignant qu'ils n'ont pas été encore trop laminés par le rouleau compresseur des conduites à tenir et des standards obligés.

J'ai retrouvé une grande attention à ce qui se passe auprès des étudiants en 3^e cycle et SASPAS¹ qui font l'expérience des consultations en responsabilité, et qui ont expérimenté l'imprévu de chaque rencontre. Accompagnés dans cette expérience, ils peuvent reconnaître que leur savoir est incomplet, troué.

Ainsi une résidente évoque la difficulté dans laquelle elle s'est trouvée devant une mère qui exigeait la prescription d'antibiotiques pour son enfant à l'occasion d'une rhinopharyngite aiguë banale. Cette mère lui rappelait qu'elle l'avait déjà consultée lors d'un précédent remplacement et qu'elle avait dû revenir voir son médecin référent pour qu'il lui prescrive des antibiotiques. Situation on ne peut plus banale, mais qu'est-ce qui avait alors provoqué son malaise ?

C'est que devant sa mise en échec, elle n'avait pu qu'opposer sa propre expérience de mère : « Pour mes enfants, je ne prescrirais pas d'antibiotiques. » Et ce qui vient alors : c'est qu'on nous a appris qu'il ne fallait pas trop s'impliquer, qu'il fallait garder la distance. C'est ce ratage par rapport à la bonne « gestion » d'une consultation qui faisait son malaise, allant jusqu'à « Je n'ai pas été un bon médecin ».

Et c'est seulement après un long échange qu'il lui a été possible d'entendre que c'était précisément cette question qui circulait entre les deux femmes/mères : bon médecin/bonne mère/mauvaise mère/mauvais médecin forcément/ratage du bon médecin. Ce qui s'est passé et est passé là entre les deux femmes ne peut être anticipé, réglé d'avance. Si l'étudiante s'arrête au sentiment de ne pas avoir été « bonne » ce jour-là, elle risque d'accumuler les sentiments d'impuissance ou d'échec. Si elle peut, par l'élaboration que permet sa parole dans le groupe, entendre un peu de ce qui s'est passé

« N'y a-t-il pas un risque à laisser les étudiants pour une grande part, et pendant une grande partie de leur cursus, sans occasion pour une parole énonciative ? »

.../...

.../...

là, peut-être pourra-t-elle être dans une autre position à l'occasion d'autres rencontres ?

Peut-être pourra-t-elle oser passer de la répétition d'énoncés (la bonne gestion d'une consultation) à la construction de sa propre énonciation. Car, et cela est toujours pour moi une expérience étonnante, c'est leur énonciation subjective qui étonne les étudiants et leur permet de rompre avec le sentiment désagréable de l'échec et de l'incompétence. C'est justement ce sentiment de ratage qui ouvre la voie à une élaboration d'une position subjective dans la rencontre avec ce patient. Magnifier la relation médecin/patient avec un grand R, c'est laisser penser qu'il n'y aurait pas de malentendu/mal-

entendu. L'expérience est tout autre et c'est à ce malentendu que nous soumet la division du sujet.

Alors le ratage ? Au lieu d'être un point de butée déprimant pour les étudiants, il peut devenir un moment d'ouverture à une élaboration a posteriori, leur permettant d'apprendre d'eux-mêmes, sur eux-mêmes.

Mais les enseignants n'ont-ils pas eux aussi affaire à ce ratage ? Moi-même j'énonce depuis de longues années que la formation à la relation est une gageure impossible... De là à penser que c'est cet impossible qui peut nous donner à penser ce qui se passe et se transmet... ■

-
1. Développement professionnel continu, démarche de formation exigée des médecins, qui comprend la formation médicale continue traditionnelle et d'autres procédures dont l'EPP : évaluation des pratiques professionnelles.

Se former sur la précarité avec les réseaux

■ **Lydie Tindo**, étudiante en dixième année d'études médicales (médecine générale)

J'ai choisi de faire mon stage SASPAS au réseau ARÈS 92, car je voulais me former à la prise en charge sociale des personnes en situation de précarité et voir comment se pratique la médecine en dehors du cabinet. J'ai découvert les différentes structures auxquelles le généraliste peut avoir recours au quotidien : réseaux ¹, CCAS ², associations telles que la Maison de la Solidarité ³, Sida parole ⁴... Je ne pensais pas qu'il y avait autant de possibilités en dehors de l'hôpital. Grâce aux différentes interventions que j'ai faites avec le réseau, j'ai pu voir l'importance des actions de prévention en lycée, en foyer... Là, les personnes parlent de choses qu'elles n'abordent pas en cabinet, grâce à la neutralité du lieu et de l'intervenant. C'est un véritable échange de connaissances qui me permettra d'adapter mon attitude en cabinet. Je pense donc que j'en ferai régulièrement plus tard.

Au départ, notre formation est hospitalière. Il est plus important de savoir réaliser une ponction lombaire ou un gaz du sang que de savoir renseigner ou orienter un patient en difficulté. A l'hôpital, les problèmes sociaux sont gérés par l'assistante sociale, indépendamment du médecin. Pour être formé aux problèmes sociaux, il faudrait augmenter le nombre d'heures d'enseignement théorique sur la prise en charge sociale et faire intervenir des assistantes sociales, des médecins généralistes pour discuter de situations concrètes avec les étudiants. On pourrait également proposer quelques demi-journées de stage avec les assistantes sociales, les PASS ⁵... Enfin, des stages en PASS ou dans des réseaux d'accès aux soins tels qu'ARÈS92 ⁶, le COMEDE ⁷ pendant l'externat ⁸ pourraient être très enrichissants. ■

-
1. Réseaux de santé : structures associatives de coopération entre ville, hôpital et autres institutions, pour la coordination des soins, sur des thèmes (exemple : sida, toxicomanie, diabète, grossesse) et des territoires.
 2. Centre communal d'action sociale, service social de la ville.
 3. Lieu d'accueil de jour, affilié à la fondation Abbé Pierre, pour l'accueil des personnes sans domicile et/ou en situation de précarité.
 4. Association de soutien et d'écoute des personnes atteintes du sida dans les Hauts-de-Seine, qui offre un accueil fixe (boutique) et itinérant (bus) avec information, échange de seringues, prise en charge sociale et psychologique – www.sidaparoles.org/.
 5. Permanences d'accès aux soins de santé, situées dans tous les hôpitaux, pour aider les personnes n'ayant pas de couverture sociale à accéder à leurs droits.
 6. Réseau de santé et d'accès aux soins travaillant sur le sida, les addictions et la précarité dans le nord des Hauts-de-Seine – www.ares92.org/.
 7. Comité médical pour les exilés, situé à l'hôpital de Bicêtre (94) – <http://www.comede.org/>.
 8. Deuxième cycle des études médicales, de la 4^e et la 6^e année, tronc commun aux différentes spécialités. ■

§Formation initiale,
Formation continue
§Réseau de soins,
réseau de santé
§Travail social,
Assistante sociale
§Précarité