

## Le médecin responsable du comportement de son patient ?

Dans ce numéro, il vous est proposé un article à prendre en considération " Prévenir et gérer l'agressivité dans la pratique médicale "1. Ces quelques pages nous éclairent sur le qui, le pourquoi, le comment des agressions que les soignants peuvent subir de la part de leurs patients et la manière de les gérer, voire même de les prévenir. Derrière ces lignes, les auteurs (D.-C. French, C. Leemans et G. Loas) nous rappellent un fait essentiel que pourtant nous sommes susceptibles d'oublier : une personne en souffrance, quelle qu'en soit la cause, risque à tout moment de nous plonger dans ce qui de notre point de vue ressemble à de l'imprévu. L'impondérable n'est d'ailleurs pas uniquement d'ordre comportemental, mais peut être *purement* biomédical, lorsque par exemple l'évolution d'un processus pathologique n'est pas celle que nous attendions. En fait, l'imprévu fait partie du quotidien du clinicien malgré ses compétences et la science sur laquelle repose sa profession. En plus des limites de nos connaissances, une des raisons en est simple : le patient est un être humain qui ne se résume pas à la somme de ses organes. Si et seulement si nous tenons compte de ce constat au sein de nos pratiques hospitalières ou ambulatoires, nous discernerions que cette imprévisibilité peut être en partie contrecarrée. Certains concepts peuvent nous aider à atteindre cet objectif.

Résumons (trop succinctement ici) ce qu'apporterait la **pratique réflexive**<sup>2</sup> pour le clinicien confronté par nature à la complexité. A partir d'informations éparses d'ordre objectives, subjectives, individuelles et collectives, il aurait la capacité d'en faire une synthèse devenue irréductible à ses composantes. Concrètement, il transformerait ses " savoirs " en une nouvelle interprétation de la souffrance vécue par son patient, bien réelle mais subjective et surtout chaque fois unique. Ainsi, mieux outillé, outre son intervention purement médicale optimisée, il percevrait d'autant mieux chez son patient la tristesse, la peur, la détresse, voire les risques d'(auto)agressivité qui pourraient en découler. Cette façon d'appréhender une réalité *subjective* nécessite une pédagogie particulière, elle n'est pas automatique.

Les modèles *classiques* qui décrivent la **rencontre médecin-patient**, nous dessinent une relation asymétrique et inégalitaire. Le médecin y est dominant car compétent et riche de connaissances ; il s'attend à être écouté par son patient. Ce dernier est diminué par la maladie, le mal-être et il espère passivement la guérison. Freud<sup>3</sup> a décodé cette relation en nous démontrant les mécanismes de transfert/contretransfert. Balint<sup>4</sup> va plus loin en confirmant que la dominance du médecin est thérapeutique par elle-

même. Ces modèles décrivent effectivement une partie de la réalité, de plus ils influencent nos esprits. Un des risques liés à ces modèles est de ne pas mettre en valeur l'importance de se centrer sur son patient et d'ainsi comprendre précisément son (ses) motif(s) de contact et son état d'esprit. Au contraire, explorer le ressenti de la personne en souffrance en l'écoutant et en suscitant l'expression comme nous transmet Carl Rogers, non seulement améliore le recueil des données sémiologiques tout en raccourcissant le temps de l'anamnèse et de l'interrogatoire, mais permet aussi de percevoir plus tôt le risque d'une dérive comportementale. **L'écoute réflexive**<sup>5</sup> n'est pas un don du ciel, elle s'enseigne.

La relation entre soignant et soigné n'est en fait qu'un cas particulier de la relation humaine dont la forme découle d'au moins deux éléments : du contexte concret et symbolique dans lequel les contacts se déroulent, mais aussi de tout ce qu'emporte avec eux, consciemment ou non, les personnes concernées par la rencontre. Au sein de ce contexte, comme le rappellent les auteurs de notre article, la qualité de la communication est primordiale, or celle-ci répond à ses propres lois<sup>6</sup>. L'une d'elles complète la description freudienne du mécanisme transfert-contretransfert ; la communication étant circulaire, le soignant par son attitude influence en amont la qualité du transfert (éventuellement de type agressif) émanant du patient. Le comportement du patient vis-à-vis du médecin serait donc en partie sous la responsabilité du médecin lui-même. Ne serait-il pas temps d'implémenter plus encore ces notions dans nos enseignements ? A méditer.

## BIBLIOGRAPHIE

1. French DC, Leemans C, Loas G. Prévenir et gérer l'agressivité dans la pratique médicale. Rev Med Brux. 2020;41:91-7.
2. Balzani C, Micoulaud-Franchi JA, Yunez N, Fagot A, Mariaud AS, Chen CY *et al.* L'accès aux vécus pré-réflexifs. Quelles perspectives pour la médecine en général et la psychiatrie en particulier ? Annales Médico-Psychologiques. 2013;171:118-27.
3. Natanson, J. L'évolution du concept de transfert chez Freud. Imaginaire & Inconscient. 2001;2:7-19.
4. Lemoine P. Prise de conscience par le médecin de son action psychothérapeutique au cours de la formation Balint. Psychotherapy and Psychosomatics. 1972;21(1-6):184-9.
5. Rogers CR. Carl Rogers on the Development of the Person-Centered Approach. Person-Centered Review. 1986;1(3):257-9.
6. Watzlawick P, HelmickBeavin J, Jackson D. Une logique de la communication. Paris:Ed. Seuil;1972

N. Kacenenbogen  
Rédactrice adjointe

Directrice du Département de Médecine générale