

Clinique psychologique et réseaux

*Liliane Durocher,
Jacqueline Maillard, Caroline Pelletti*

Les réseaux de santé constituent des espaces d'expérimentation prenant appui sur les coopérations interdisciplinaires et interinstitutionnelles, révélant les intérêts et les limites de celles-ci.

Les psychologues sont de plus en plus sollicités dans le cadre de réseaux ou de plateformes interprofessionnelles pour différents types d'interventions en clinique individuelle, groupale, institutionnelle et organisationnelle. Ces interventions ont pour objet de garantir la prise en compte de la singularité de la personne dans les réorganisations en cours.

L'histoire des réseaux a pris un tournant particulier avec la prise en charge du sida : la question de la prévention est devenue majeure et, progressivement, c'est toute la santé publique qui a été réinterrogée. L'ensemble des questions de santé publique va être progressivement concerné par cette structuration en réseau : diabète, cancer, soins palliatifs, périnatalité, santé ville, toxicomanie, maladies neurologiques, polyopathologies dues au vieillissement.

Cette institutionnalisation des réseaux s'est déployée tout particulièrement dans les années 1990-2000. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé définit les réseaux en ces termes :

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins.

[...] Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. (Article L.6321-1 du code de la santé publique)

La problématique réseau questionne le lien entre le sanitaire et le social. Elle apparaît d'emblée à l'articulation de logiques différentes : celles des professionnels hospitaliers ou médico-sociaux, faisant appel aux professionnels de ville ou inversement, ainsi que celles des populations et celles des pouvoirs publics.

Le cadre réseau représente une organisation concrète, objective, humaine et matérielle, agencée et structurée juridiquement. Son économie générale, son extériorité socio-technique posent un cadre dans lequel chacun intervient. Le psychologue, en exercice libéral ou salarié, y déploie sa clinique et garantit le dispositif qu'il propose, qu'il soit individuel, groupal ou institutionnel. Son travail contribue à ce que toute personne utilisant le réseau devienne sujet d'une clinique intersubjective lui assurant intimité et confidentialité. Pour ce faire, il est souhaitable que les psychologues puissent participer à la réflexion sur l'organisation du cadre réseau afin de pouvoir s'y inscrire au mieux pour répondre aux demandes des usagers et des autres professionnels, tout en contribuant à la tâche primaire du réseau.

Les psychologues se sont diversement positionnés au regard de cette expérience des réseaux de santé. Certains, exerçant en libéral, ont signé une convention de partenariat, reçoivent des patients dans leur cabinet ou vont au domicile, participent à des formations et à des séances d'analyse de la pratique. D'autres ne souhaitent pas ce tiers intermédiaire entre eux et leurs patients et refusent d'entrer dans cette dynamique. Pour les libéraux qui ont accepté cette contractualisation, la question des rémunérations spécifiques se négocie avec le psychologue coordinateur des activités psychologiques dans le réseau ou avec d'autres professionnels chargés de la coordination du réseau : médecin, cadre infirmier, administratif, etc. Cette négociation « de gré à gré », en relation avec la dynamique du travail en libéral, donne de la souplesse et permet de tenir compte des ressources financières des personnes et des dynamiques transférentielles en jeu. Les contraintes matérielles peuvent ainsi être prises en compte pour installer le dispositif

clinique. Du côté des psychologues hospitaliers, l'externalisation vers les libéraux peut être perçue dans un double mouvement. Certains craignent une non-prise en compte des spécificités du temps particulier de l'hospitalisation, telles que l'annonce d'un diagnostic, d'une récurrence, d'un décès. Mais que les intervenants soient hospitaliers ou libéraux, le risque est aussi grand d'une segmentation du travail psychologique du fait du recouvrement possible des objectifs et territoires. D'autres psychologues, au contraire, trouvent que le travail en réseau offre la chance d'une nouvelle possibilité d'élaboration psychique au plus près des personnes, en ville tout autant qu'à l'hôpital.

Les attentes envers le psychologue

Les attentes des patients et des proches

Parce que souvent non pris en compte, le soubassement psychique, tissé par un imaginaire individuel et collectif, peut empêcher que se construise une position créatrice du côté de la vie, seul et avec les autres. Le travail du psychologue consiste à accueillir la demande de celui qui le consulte et à créer le dispositif le plus adapté afin de lui permettre de faire un travail psychique à partir de ses souffrances et de ses questions. L'apport du psychologue se trouve, aux côtés des spécialistes du soin médico-technique, du côté de la vie et souvent dans ces moments critiques, voire ultimes. L'objet de son intervention, quelles qu'en soient les modalités, est de soutenir ces temps particuliers – le plus souvent d'effondrement psychique – et de proposer un cadre qui permette de les accompagner au mieux.

Les psychologues, qu'ils exercent en libéral ou en établissement, vont recevoir des personnes qui ne seraient probablement jamais allées les rencontrer en dehors de l'événement de vie qui les amène à solliciter ou à être orientées vers le réseau et ses différents services. Si les psychologues exerçant dans les établissements hospitaliers ont déjà pour habitude de les rencontrer, c'est en revanche très nouveau pour les psychologues qui, installés en libéral, acceptent de travailler avec des réseaux de santé. Leur patientèle s'enrichit alors de personnes qu'ils n'auraient pas eu l'occasion de rencontrer en dehors de la maladie et d'un cadre singulier qui les rend, eux-mêmes, plus accessibles.

En travaillant leur demande avec les psychologues, ces consultants vont pouvoir se familiariser avec l'aide psychologique qu'ils pourront éventuellement poursuivre au-delà, en dehors du réseau, avec les mêmes professionnels ou non.

Les représentations sociales colorent les demandes des personnes et se doivent d'être prises en compte par les psychologues. Elles interviennent dans la manière d'adresser telle ou telle personne au psychologue ou de s'adresser à ce professionnel. Qu'elle soit sur un mode systématisé ou non, crainte ou idéalisée, cette orientation sera mise au travail d'emblée et c'est à ce moment-là que pourra se construire le lien de travail intersubjectif. Dans un parcours de soins le plus souvent long et complexe, les consultants entendent des points de vue parfois différents et insuffisamment coordonnés, source de malentendus et de souffrances le plus souvent non perçus. De même, les informations des médias entraînent des représentations souvent partielles en fonction des objectifs de santé publique poursuivis. Malades et proches sont ainsi confrontés à des situations paradoxales à l'insu même des professionnels.

Les usagers des réseaux attendent de ces derniers qu'ils comprennent leur temporalité singulière, différente des temps médicaux, face à la maladie et au parcours de soins. Les psychologues jouent un rôle dans la prise en compte de cette temporalité. Le parcours de soins, par exemple en cancérologie et les annonces qui le ponctuent offrent une matière riche pour penser l'épreuve que représente cette expérience. Le moment de l'annonce du diagnostic est une situation où le psychologue est particulièrement sollicité et attendu, les personnes exprimant l'importance d'une parole soutenante dans ce temps particulier décrit le plus souvent du côté de l'effondrement. Cette étape de l'annonce, même attendue et préparée, reste en effet globalement difficile à vivre pour tous.

La possibilité de diversifier le recours à des psychologues, libéraux ou hospitaliers, permet aussi aux personnes malades, ou ayant été malades, ainsi qu'à leurs proches de bénéficier de consultations en dehors des phases d'hospitalisation, ou à distance des traitements. Cela permet des choix de lieux et de modalités de consultation au plus près de leurs demandes et de leurs situations. Cette complémentarité

des espaces d'écoute est à faire valoir auprès des organismes tutélaires car les temporalités psychiques ne sont pas superposables aux temps hospitaliers. Souhaiter rencontrer le psychologue d'un établissement hospitalier après les traitements et donc retourner là où les soins médicaux et paramédicaux ont été faits n'a pas le même sens, pour le patient, que de rencontrer un psychologue installé en ville, à distance de l'établissement de soins. Le choix des personnes peut ainsi être respecté, car cela s'inscrit dans l'organisation même des offres qui leur sont faites et dans l'articulation entre ces offres. Au-delà de l'accompagnement individuel, les psychologues ont aussi un rôle à jouer au niveau organisationnel. Comme le rappelle le code de déontologie des psychologues (2012) en son article 2 : «La mission fondamentale du psychologue est de faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychique. Son activité porte sur les composantes psychologiques des individus considérés isolément ou collectivement et situés dans leur contexte.»

La coopération des psychologues d'établissements de soins avec des psychologues libéraux, dans les réseaux de santé, leur permet de promouvoir, ensemble, la complémentarité des espaces d'écoute qu'ils proposent et donc de défendre une temporalité singulière qui ne colle pas toujours aux temps des soins et qui se joue au-delà des frontières de l'hôpital. C'est ainsi que les espaces des consultations psychologiques se rapprochent des domiciles des personnes, voire s'y intègrent le temps de l'écoute. Les psychologues engagés dans ce type de démarche expérimentent alors la nécessité de «porter» leur dispositif avec eux dans les espaces privés des consultants.

Les usagers traversent souvent plusieurs structures : secteur libéral, établissements hospitaliers, médico-sociaux, hospitalisation à domicile, réseaux de santé thématiques, etc. La plupart de celles-ci offrent diverses possibilités de consultations psychologiques. C'est pourquoi les psychologues, avec les autres professionnels, ont à penser et à travailler ensemble l'articulation entre ces différents moments du parcours de soin pour prévenir le risque de morcellement du travail psychique, favoriser la continuité psychique et construire une culture d'intervention en relais.

Les attentes des professionnels

Depuis quelques années, notamment lors des colloques médicaux et paramédicaux, les psychologues qui travaillent dans le champ de la santé apparaissent de plus en plus présents dans le discours des autres professionnels. Dans les communications sur le travail des équipes et les projets à développer, les apports des psychologues sont reconnus, intégrés et attendus à tout moment du parcours de soin sur toutes les thématiques. Aujourd'hui, la difficulté n'est pas de « prouver » leur utilité dans le champ de la santé mais plutôt de travailler sur l'usage qui peut être fait de leurs interventions mais aussi de leurs travaux, encore trop souvent inexploités.

Face à la souffrance des patients, les professionnels sollicitent le psychologue. Leurs attentes sont multiples et se manifestent souvent par la demande d'une « prise en charge psychologique » du patient. Cette demande peut être liée directement à un signe, symptôme ou comportement que le professionnel a repéré comme pouvant être révélateur, pour lui, d'un besoin auquel seul le psychologue semble pouvoir répondre. Cette demande de la part du professionnel dit quelque chose de la prise en compte d'une dimension psychologique dans sa rencontre avec la personne. Aucun autre professionnel que le psychologue n'a spécifiquement pour mission d'évaluer les besoins psychologiques des personnes, mais les psychologues ont à reconnaître et à accompagner cette capacité à repérer les fragilités des patients, que les soignants et autres acteurs, travailleurs sociaux, bénévoles, etc., acquièrent avec l'expérience et à partir de leur sensibilité singulière face à la maladie, la mort, la souffrance. En effet, ces capacités de repérage s'accompagnent de plusieurs questions de la part des professionnels non-psychologues, notamment sur l'attitude à adopter avec les personnes ressenties comme vulnérables, sur les limites de leur propre rôle, ou encore sur la meilleure manière de parler des possibilités de consultations psychologiques.

Donner la parole aux travailleurs sociaux confrontés à la souffrance psychique des personnes et participer à l'édition d'une brochure avec le ministère de la santé, *Liliane Durocher*

Il y a certes un travail à développer pour connaître mieux les problématiques et besoins des bénéficiaires des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux, mais parallèlement, il paraît tout aussi important et même urgent

de prendre en compte les difficultés des professionnels et notamment de ceux qui sont les premiers sollicités. Le travailleur social, tout particulièrement, est bien souvent le premier qui reçoit l'expression de la souffrance psychosociale. Il est formé et compétent pour écouter, accompagner la personne et l'aider à retrouver son parcours, tant dans les dispositifs de droit commun que dans sa propre histoire individuelle. Cependant, malgré les empilements de dispositifs, leurs moyens et leurs savoirs faire, l'étayage encore timide de leur pratique par des psychologues ou psychiatres, les travailleurs sociaux connaissent et font état de difficultés face à l'importance grandissante des problèmes de nature psychosociale des populations exposées à la précarité économique, sociale et culturelle ainsi que face aux problèmes d'insertion des personnes souffrant de troubles mentaux. À ce propos, une enquête a été réalisée* en 2003 auprès de travailleurs sociaux, concernant la prise en compte de la souffrance psychique dans l'intervention sociale d'aide à la personne. Les résultats de cette enquête et l'analyse des données recueillies ont servi de base à l'édition d'une brochure d'information** à destination des travailleurs sociaux, par le ministère de la santé et des solidarités. « Ce document doit, en appoint de formations de professionnels de terrain, contribuer à l'élaboration et à la reconnaissance d'une pratique de travail social qui, avec ses outils propres participe d'une façon spécifique au champ de la santé mentale ». En effet, la souffrance psychique est un symptôme majeur dans les situations de précarité. Elle est souvent associée aux motifs de demande d'aide sociale et l'intervention sociale, quant à elle, représente une forme de traitement d'une certaine souffrance psychique. Cependant, les limites et paradoxes auxquels les travailleurs sociaux sont confrontés et le malaise qui en résulte suggèrent fortement d'activer les processus d'articulation entre les interventions sociales et sanitaires. Dans cet entre-deux-champs, s'impose aussi la nécessité de définir de nouvelles pratiques communes, coordonnées, dépassant les logiques de cloisonnement et respectant les spécificités professionnelles et disciplinaires. S'il est essentiel de mettre en place des articulations organisationnelles entre les différents champs d'intervention pour faire du lien et aider les personnes, il est aussi important de renforcer la capacité du professionnel à aider son interlocuteur à donner du sens à sa demande et à son parcours. Aussi, en accompagnant les professionnels dans ce qui se joue directement dans leurs relations avec les personnes reçues, les psychologues ont là aussi, un rôle important d'étayage et de soutien.

* Durocher L., « Le travailleur social de première ligne et l'expression de souffrances psychiques ou de troubles de la santé mentale chez des personnes en situation de précarité », mémoire de DESS de santé publique, faculté de médecine Xavier Bichat, ENSP, 2003.

** « Santé mentale, souffrance ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social », ministère de la santé et des solidarités, Direction générale de la santé ; Direction générale de l'action sociale, 2005, < www.sante.gouv.fr >.

Changement culturel dans la relation médecin patient proche, *Jacqueline Maillard*

Les plans cancer ont contribué à un changement d'ordre essentiellement culturel au sein de la relation médecin patient proche dans un contexte législatif renouvelé quant aux droits des malades. De nouveaux outils de réflexion et d'action en amont, pendant et après la consultation d'annonce*, se mettent ainsi en place. Ils répondent à des besoins attendus par les associations d'usagers mais suscitent de nouvelles questions pour les équipes comme pour les patients et leurs accompagnants. Ces dispositifs ont pour but de proposer un cadre contenant et sont articulés les uns aux autres dans une dynamique de projet, visant à faire lien et à assurer une continuité dans un parcours de soin.

Prenant appui sur une analyse des observations cliniques menées en équipe pluriprofessionnelle, certains psychologues hospitaliers ont été amenés à proposer des consultations d'évaluation psychologique portant sur ce que le patient – et parfois ses proches – ont à dire de ce temps d'attente entre les premiers signes prédiagnostique et l'annonce protocolaire par le médecin hospitalier. Cette prise en compte dans le circuit des informations et ressentis, de la ville à l'hôpital, et inversement, est fondatrice des liens qui se construiront par la suite. Elle permet de mieux identifier le rapport de telle ou telle personne aux dispositifs de santé et aussi de recueillir des éléments du parcours de vie, des ressources personnelles, familiales et environnementales. Cette consultation psychologique – en amont de l'annonce médicale officielle – est alors intégrée dans un projet de collaboration entre psychologue et équipes hospitalières. Proposée comme possible dans la construction du projet de soin, elle peut être refusée ou acceptée par le patient qui peut alors y associer d'autres personnes.

Par exemple, les conséquences à court et moyen termes d'une chirurgie ORL concernent d'emblée le corps, se voient, se sentent, atteignant intimement les malades et leurs proches. Elles sont objet de l'attention de tous les professionnels qui interviennent. Il est apparu important de construire en amont de l'intervention chirurgicale un dispositif pluriprofessionnel prenant en compte aussi bien les contraintes liées à l'intervention technique que celles liées au vécu de l'épreuve traversée par le patient, par ses proches et par les professionnels. Comment reprendre le vécu d'une chirurgie mutilante si celle-ci n'a pas été explicitée en amont très concrètement par le chirurgien ? Qu'en est-il des représentations induites pour le patient et ses proches, non spécialisés en la matière ?

* Réunion de concertation pluridisciplinaire, consultation médicale d'annonce et plan personnalisé de soin, consultation infirmière en oncologie et radiologie, possibilité d'interventions spécifiques – sociale, douleur, diététique, kinésithérapie, psychologique sous la rubrique des « soins de support » –, documents d'information... Sans oublier le rôle des secrétariats et administrations.

C'est dans un tel contexte hospitalier que, munie d'une ardoise servant de médiation avec le patient à la voix mutilée, j'ai découvert en 2005 un pan entier de ce qui allait devenir une collaboration à plusieurs entrées :

– Avec les équipes chirurgicales et soignantes : l'appel à l'intervention psychologique se posait alors dans l'imaginaire des médecins en post-chirurgie et pour les situations les plus difficiles. J'étais alors confrontée à l'écart existant entre le besoin ressenti de mon intervention et le refus fréquent des hospitalisés n'en comprenant pas le sens. Ces premières « rencontres à vif » ne permettaient pas de détourner le regard. La dépendance aux multiples aides techniques et humaines concernant les soins d'alimentation, de respiration et de phonation entraînait des relations singulières et complexes. Elles étaient mises au travail dans les postes de soins, en suite de la consultation. L'objectif était alors, au-delà de la situation concrète, d'aider à élaborer des savoir-faire et savoir-être du côté des professionnels à partir de savoirs partageables : une certaine capitalisation d'expériences se construisait, venant affiner le recours au psychologue.

– Avec une association de personnes laryngectomisées et mutilées de la voix, s'est organisée une première rencontre débat avec les équipes chirurgicales et soignantes, élargie aux professionnels de ce qui deviendra ultérieurement la coordination soins de support. Les effets furent alors bien réels et ont perduré. Il ne s'agissait plus de rabattre cette pathologie sur les seuls facteurs de risque bien connus, essentiellement alcool et tabac, mais de rencontrer des personnes « en chair et en os », à distance de la maladie, l'ayant traversée, capables de transmettre des aménagements construits. L'un, dans une vision de vie transformée par cette épreuve, parlait avec lucidité de sa dépendance à l'alcool et de son engagement dans la prévention en milieu scolaire ; une autre, bénévole en milieu hospitalier, montrait sa capacité à détourner « le trou » chirurgical par un bijou sur mesure ; un couple exposa les difficultés d'une vie quotidienne hantée par la peur de la récurrence, même plus de dix ans après l'intervention.

Savoir professionnel et savoir d'expérience pouvaient ainsi se croiser au bénéfice d'un meilleur service rendu aux personnes.

Cette consultation psychologique peut utilement éclairer les processus psychiques à l'œuvre, quel que soit l'organe touché. Si le patient en est d'accord, des éléments jugés utiles pour une meilleure prise en compte de sa situation pourront être transmis au seul médecin ou à l'équipe pour aider à organiser les interventions des uns et des autres. Chacun des interlocuteurs, professionnels, patient, proches, sera alors plus en mesure de se dégager de l'emprise émotionnelle provoquée par des situations particulièrement difficiles. Cela évite aussi les interventions de type « psychologue pompier » venant dans l'après-coup de l'annonce, quand l'effondrement émotionnel est le plus intense et peu accessible à l'élaboration psychique. Cela permet aussi d'évaluer en amont la pertinence de solliciter d'autres partenaires des

soins de support, tel le service social du côté des aménagements familiaux à envisager ou de l'accès au droit. Cette première consultation psychologique soutient ainsi une prise en compte holistique de la personne et crée les conditions d'un lien initial qui facilitera de possibles interventions ultérieures, tout particulièrement aux moments critiques de la maladie.

La clinique de l'annonce, particulièrement expérimentée dans les pathologies graves telles que le VIH sida, conditionne en partie la façon dont le patient va lui-même transmettre ou pas l'information à ses proches, selon les codes familiaux mais aussi selon les résistances et les mécanismes de défense mis en place par chacun. Des difficultés de communication intrafamiliale prennent souvent racine à ce niveau initial de l'annonce.

Les annonces de récurrence sont aussi des expériences difficiles, réinterrogeant le lien de confiance vis-à-vis des traitements et des professionnels. Elles génèrent des réajustements en profondeur marqués généralement par un investissement différent envers les proches : parfois plus ou moins associés ou tenus à l'écart par le patient dans les premiers temps de la maladie, ils deviennent recours pour médecins et soignants. Cette situation est encore trop rarement prise en compte, se dévoilant tout particulièrement lors de la décision d'arrêt thérapeutique et la fin de vie. Particulièrement délicate à annoncer et à traverser, cette étape de vie suppose tout particulièrement une approche holistique. Il arrive trop souvent encore que ce soit les proches qui soient informés en premier, plus ou moins à l'insu du patient, signifiant certaines impasses de la relation médecin-patient. Les proches sont alors projetés dans un nouveau type d'alliance médecin-proches en l'absence du patient, situation aux risques psychiques majeurs pour tous.

Dans le cadre des réseaux, les psychologues peuvent avoir accès aux demandes des professionnels libéraux, médecins et infirmiers, qui ont à gérer ce que l'on appelle aujourd'hui des « situations complexes et chronophages ». En d'autres termes, des problématiques avec des patients qui les mettent en situation de vulnérabilité professionnelle : patients avec difficultés sociales, psychologiques, juridiques, des situations de pluripathologies... Les professionnels libéraux témoignent de l'accroissement de cette complexité des situations. Dans certains réseaux de santé, des rencontres pluriprofessionnelles sont proposées pour travailler à plusieurs à partir de ces situations rapportées. Ces espaces peuvent se révéler des appuis précieux pour les professionnels mais aussi de véritables lieux de formation pour l'ensemble des acteurs impliqués ; chacun pouvant, à partir d'une situation concrète, apprendre

du rôle de l'autre, de sa culture, de sa lecture et ainsi s'ouvrir à la nécessité et aux contraintes d'une dynamique réseau. Ces échanges peuvent aussi favoriser l'innovation à partir de cas réels et d'expériences de terrain variées pour, collectivement, penser et expérimenter une meilleure organisation des parcours de soin. Les psychologues peuvent être sollicités pour participer à ces réunions de trois manières : pour représenter leur profession et essayer de répondre aux questions qui relèvent de leur discipline, pour animer les échanges et/ou s'impliquer dans l'écriture des propositions et décisions prises ensemble pour les cas présentés mais également pour analyser l'organisation de ces réunions, leurs dynamiques, leurs effets et donc participer ainsi à l'évolution de leur cadre, au bénéfice des personnes qu'elles concernent.

Situations complexes : les apports des psychologues aux médecins généralistes, *Caroline Pelletti*

Voici la description d'une réunion dite de « situations ou cas complexes », organisée dans un réseau de santé de la région PACA, fin 2012, pour aider deux médecins généralistes dans leur mission de coordination des soins de support. Avec eux, autour de la table, sont présents : une assistante sociale, une psychologue et un médecin de santé publique dont le rôle est d'animer les échanges et d'en mesurer la portée et les bénéfices. L'idée étant alors, dans ce réseau de santé, de développer ce type de recours pour les médecins généralistes.

Centrons-nous sur l'un des cas présentés lors de cette rencontre : l'un des deux médecins généralistes, le Dr MG, décrit la situation dans laquelle il se trouve avec l'une de ses patientes.

D'origine africaine, Mme A, 61 ans, est atteinte d'un diabète qui inquiète beaucoup son médecin mais qui, d'après lui, ne semble pas être sa priorité à elle. En effet, Mme A se focalise sur sa séropositivité. Or, pour lui, la séropositivité n'est pas la priorité. Il ne comprend pas que, pour la patiente, ce soit le cas. À ses yeux, c'est le diabète qui pose vraiment problème aujourd'hui, c'est ce qu'il essaie de faire entendre à Mme A. L'état de celle-ci ne s'améliore pas, elle fait régulièrement des malaises. Un régime alimentaire particulier est nécessaire en cas de diabète mais Mme A ne semble pas très compliante. Le Dr MG se demande s'il ne faudrait pas mettre en place un programme thérapeutique pour apprendre à Mme A à manger correctement, il pose la question aux acteurs de la réunion. Par ailleurs, Mme A souffre d'une polyarthrite qui limite ses déplacements et ne lui permet plus de travailler. Elle faisait des ménages et se retrouve dans une situation financière particulièrement difficile. Enfin, quand elle fait des malaises, elle « panique » et,

malgré des douleurs aiguës liées à sa polyarthrite, elle « court aux urgences » si le Dr MG ne répond pas tout de suite à ses appels. Arrivée aux urgences, elle voit un médecin qui lui donne un traitement incompatible avec celui donné par le Dr MG. La scène se répète régulièrement. Le Dr MG ne parvient pas à suivre correctement Mme A, son accompagnement médical est mis en échec, il ne trouve pas d'issue.

Voilà comment ce médecin généraliste expérimenté, empêtré dans une situation qui le met en vulnérabilité professionnelle, nous présente la complexité de sa situation avec Mme A, en début de réunion. Les retours des professionnels qui sont là pour l'écouter, leurs questions, leurs remarques mais aussi les métiers et cultures qu'ils représentent vont amener le Dr MG, au fil de la rencontre, à développer la description de la situation avec la patiente. Cela va également lui permettre de s'entendre parler de Mme A et de la situation dans laquelle il se trouve avec elle. Il va alors entendre quelque chose d'un peu différent, d'un peu décalé par rapport à ce qu'il est en mesure de faire quand il est seul, face à elle et à son urgence.

Ainsi, nous apprenons que le quotidien de Mme A est, en partie, pris en charge par les femmes de sa communauté. Ce n'est donc pas elle qui prépare ses repas mais d'autres personnes d'origine africaine. Nous convenons avec le Dr MG que la question de la formation de Mme A pour une meilleure alimentation telle qu'il l'avait envisagée n'est pas pertinente et qu'il va certainement devoir faire avec cette réalité : à moins de former toutes les femmes de sa communauté, Mme A va continuer de manger des plats trop riches pour elle, ceux de sa culture d'origine, ceux des proches bienveillants qui prennent soin d'elle. Comment pourrait-elle refuser ces plats-là ? Il s'agira donc peut-être pour lui d'accepter de « perdre » ce combat et d'essayer d'adopter une nouvelle stratégie.

Quand, de ma place de psychologue, j'interroge le Dr MG sur ce qui fait priorité pour la patiente, c'est-à-dire sa séropositivité, nous apprenons que le mari de Mme A est mort du sida deux ans auparavant. Elle-même vient à peine de prévenir sa famille de sa séropositivité. Elle a longtemps tardé à le faire tant elle avait peur d'être stigmatisée par ses proches et toute sa communauté. Nous supposons ensemble qu'elle peut percevoir sa séropositivité comme un danger pour sa vie sociale et pour sa vie tout court. Alors le diabète...

En posant ce qui semble se jouer pour sa patiente au-delà de ses propres priorités médicales, nos échanges ont permis au Dr MG de mieux la comprendre. Mme A, fragilisée par ce diagnostic de séropositivité, est insécurisée et, quand son angoisse est trop forte, elle se précipite vers la première personne ou structure qui pourra accueillir cette angoisse. Si son médecin généraliste est disponible immédiatement, elle va vers lui, sinon elle s'adresse aux urgences. À ce stade de la réunion, le Dr MG semble se décentrer légèrement et percevoir quelques issues que nous allons co-construire avec lui.