

Dessine-moi une consultation

.....
A l'aide de cartes, on peut mettre en perspective une consultation.
.....

Tout a commencé par la réflexion d'un interne : « Tu me parles des préférences et des attentes du patient, je ne comprends pas ce que tu veux dire ». Nous étions en entretien de supervision, cet étudiant finissait ses études, et je découvrais avec stupeur qu'une notion aussi importante et évidente pour moi lui était étrangère. Pour lui, la médecine était une science ; en tant que médecin, il « savait » et le patient « recevait » ou devrais-je dire « subissait » ce savoir. Les seuls mots accordés au patient étaient du registre de la sémiologie en réponse à l'interrogatoire médical, puis LE médecin lui indiquait ce qu'il devait faire : suivre ses conseils, prendre son traitement... Le patient était un « corps souffrant » qu'il fallait soigner ou, au mieux, un « individu à soigner » passif et docile, en aucun cas un « sujet » acteur de la consultation, du soin, de la décision.

Les trois branches de l'« Evidence Base Medicine »*

Comment introduire le doute, le questionnement de l'autre et de soi-même ? Apporter les outils d'une réflexion, tout en laissant l'interne suivre son propre cheminement ? L'aider à aborder la complexité, sans qu'il se sente perdu, à explorer la richesse des interactions sans qu'il se sente agressé ? Comment

lui donner les outils d'une analyse critique de l'information médicale ?

Ce sont aussi les interrogations de mes confrères, maîtres de stage se sentant parfois perdu dans les entretiens de « rétroaction pédagogique », qui m'ont amenée à imaginer une carte, outil pédagogique, permettant de structurer la supervision. Cela aurait pu être un autre modèle, qu'importe, l'essentiel est de « réfléchir sur » (en javanais pédagogique, « se mettre en métacognition »).

Les cartes heuristiques (origine grecque : l'art de trouver) offrent un outil qui met en arborescence différents éléments, permettant de structurer et/ou de faire émerger de l'information, de noter les liens, de réfléchir sur ce qui s'est joué. La carte conceptuelle que j'ai dessinée est fondée sur les trois éléments de l'*Evidence Base Medicine* : l'utilisation des meilleures données actuelles de la recherche, le contexte clinique, les préférences et attentes du patient. L'*Evidence Base Medicine* est malheureusement souvent réduite « aux données de la science », à la capacité d'aller chercher une information fiable et validée d'un bon niveau de preuve : les étudiants ignorent souvent les deux autres éléments du triptyque : le contexte clinique dont le médecin en tant qu'individu fait partie intégrante, et les préférences et attentes du patient.

Voici quelques exemples concrets de ce travail. Ne croyez pas que les internes font de jolies cartes sur ordinateur ! A la fin de la consultation, ils utilisent du papier et des crayons, cartographiant les éléments essentiels dans un premier jet. Pendant la supervision, nous la re-crayonnons à souhait.

• M^{me} A. arrive en urgence, au milieu des consultations programmées, « J'ai un œdème de Quincke » articule-t-elle, le propos empâté par une langue qui a doublé de volume. Sa prise en charge va durer toute la matinée par des allers-retours entre le cabinet et la salle d'attente.

Lisons ensemble la carte que l'interne a faite : « Elle était survoltée, logorrhéique. Je me suis

Laure Vanwassenhove,
médecin
généraliste
enseignante.

Article paru dans
la revue *Pratiques*
n° 36 de janvier
2007, sous le
thème « La place
des sciences
humaines dans le
soin »
(www.pratiques.fr).

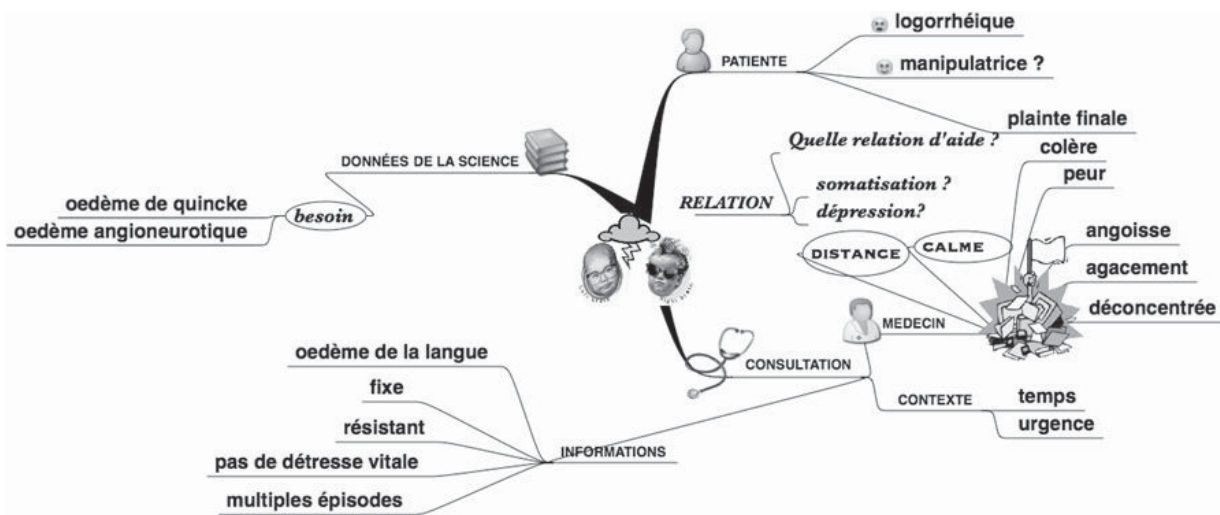
* Le titre est de la
rédaction.

Mots clés : médecine générale, assurance de qualité, formation, relation soignant-soigné.

sentie submergée, incapable de réfléchir, envahie par le flot de paroles ininterrompu qui m'assaillait. En même temps, j'avais l'impression d'être manipulée ». Comment réfléchir dans une telle situation ? Doit-elle l'hospitaliser ou peut-elle la prendre en charge au cabinet ? Les données de son examen, les informations du dossier, la surveillance qu'elle va organiser lui permettent de décider d'un traitement et d'une surveillance en salle d'attente. Elle achèvera cette interminable consultation, dans un sentiment de peur et de colère, devant une dernière demande remettant en cause la prise en charge qu'elle a faite. « En dessinant ma carte, j'ai pris conscience de tous les sentiments qui m'ont agitée et parasitée ».

commencé à m'expliquer que son père était mort d'un cancer du poumon. Moi, j'ai toujours peur de me tromper, de passer à côté du bon diagnostic, je pense toujours au pire ; alors nos peurs sont rentrées en résonance. J'ai prescrit pour me rassurer, les antibiotiques, une radio pulmonaire. »

La supervision a porté sur l'analyse critique des documents de recherche. « Finalement, je me rends compte que je voulais le mettre sous antibiotique, alors j'ai été chercher un article qui me confortait dans ma décision. ». Nous avons commencé un travail réflexif sur ses peurs et leurs influences dans ses prises de décision, mais reconnaissez qu'il avait déjà bien



La supervision portera sur les ressources qu'elle a mobilisées pour garder son calme, sur les recherches à faire sur ses interrogations diagnostiques, puis sur le difficile travail de relation d'aide face à cette patiente, ressentie comme manipulatrice, générant des sentiments très négatifs chez le médecin.

• Mr B. consulte pour une toux. Comment A. en dessinant sa carte se trouve confronté à ses peurs.

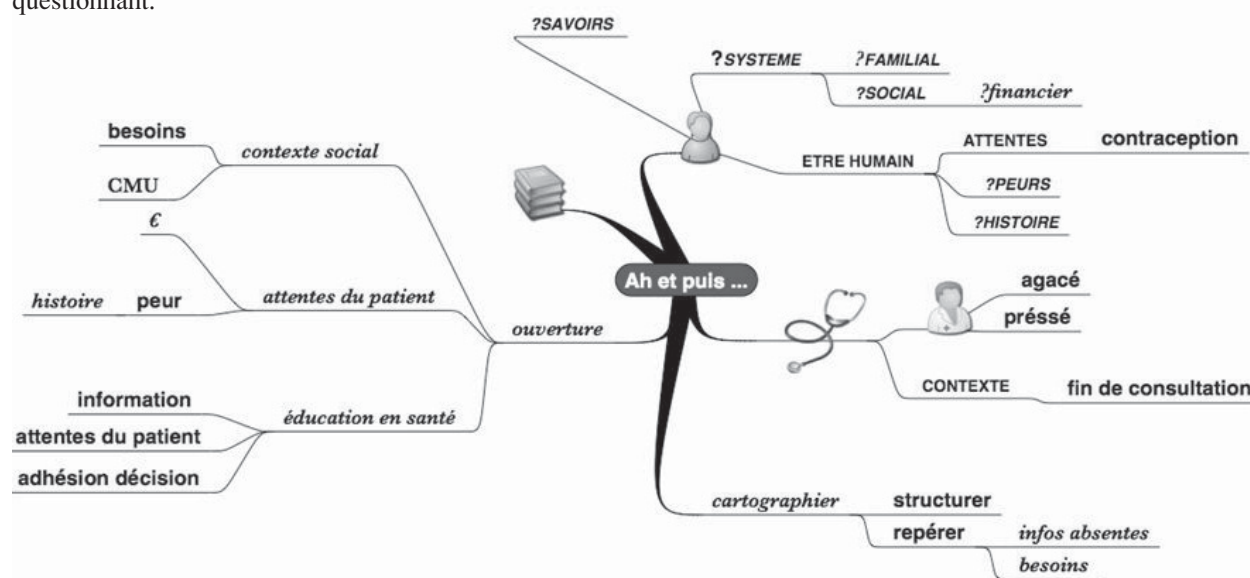
« Je n'étais pas sûr de vouloir faire une carte, c'était une consultation tellement banale et puis en la dessinant je me suis rendu compte de ce qui s'était passé. Il toussait avec une auscultation de bronchite, j'ai été vérifier sur Internet, et je l'ai mis sous antibiotique. En fait, il a

analysé la situation en écrivant sa carte.

* M^{elle} B. demande un renouvellement de pilule en fin de consultation : « C'est agaçant !... ». Mais on peut aller plus loin : c'est ce que font des externes en groupe d'échange de pratique. Le groupe a bien discuté, mais l'analyse s'enlise. Caroline a pris goût aux cartes pendant son stage d'externe. Elle propose de dessiner la consultation, en particulier la branche « désirs et attentes de la patiente ». La seule information présente est l'attente d'une contraception. Les branches vides demandent à être complétées : que sait-on de son contexte social ? « Peut-être a-t-elle des problèmes financiers, c'est pour ça qu'elle essaie de faire deux consultations en une ? ». « Si c'est financier, il faudrait peut-

être l'orienter vers une demande de Couverture maladie universelle (CMU) ! ». « Comment on fait une demande de CMU ? ». Que sait-on de son histoire, de ses peurs ? « Peut-être a-t-elle peur de l'examen gynéco ? ». « Peut-être qu'elle a un passé qui explique sa peur ? ». Quels sont ses savoirs, ses croyances ? « Peut-être qu'elle manque d'information ? ». « Comment peut-on donner une information et être sûrs qu'elle est bien passée ? ».

La supervision a donc consisté ici à réguler les échanges d'un groupe devenu dynamique et questionnant.



Voici quelques-unes des questions que l'étudiant va pouvoir se poser, seul ou avec l'aide de l'enseignant, progressant dans son évaluation personnelle et dans sa formation. L'enseignant ne transmet pas un savoir : il aide l'interne à structurer sa propre recherche. Ainsi, nous abordons les prémisses de la systémique, commençons une incursion en anthropologie, discutons sur le diagnostic éducatif, réfléchissons sur la relation d'aide. A l'étudiant de poursuivre ses recherches, de s'interroger, accompagné et guidé par l'enseignant dans son travail de réflexion. ●