



HAL
open science

Comment l'écoute active des patients favorise leur autonomie : étude sur la relation médecin-malade, centrée sur l'écoute active et l'accès au sens de la maladie

Lionel Buffard

► To cite this version:

Lionel Buffard. Comment l'écoute active des patients favorise leur autonomie : étude sur la relation médecin-malade, centrée sur l'écoute active et l'accès au sens de la maladie. Médecine humaine et pathologie. 1992. dumas-01141502

HAL Id: dumas-01141502

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01141502>

Submitted on 13 Apr 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



115 015239 6

2^e exemplaire

**UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE**

ANNEE : 1992

N° D'ORDRE : 5112

**COMMENT L'ECOUTE ACTIVE DES
PATIENTS FAVORISE LEUR
AUTONOMIE**

**Etude sur la relation médecin-malade, centrée sur l'écoute active et
l'accès au sens de la maladie**

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

BUFFARD Lionel

Né le 30.04.1953 à PARIS 17^{ème}

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 01.12.1992 à 18 heures

Devant le Jury composé de :

**Monsieur le Professeur S. HALIMI
Monsieur le Professeur J.L DEBRU
Monsieur le Professeur R. SCHAEERER
Madame le Docteur F. RODARY**

Président de Jury



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Domaine de la Merzi 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté
Assesseurs du Doyen

M. le Professeur J. FOURNET
M. le Professeur J.J. SOTTO
M. le Professeur A. FRANCO
M. le Professeur A. HADJIAN

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS



MM.					
AMBLARD	Pierre	Dermato. Vénérologie	JALBERT	Pierre	Génétique.
AMBROISE-THOMAS	Pierre	Parasitologie	KOLODIE	Lucien	Hématologie et Transf.
BACHELOT	Yvan	Endocrinologie et Maladies Métaboliques	LATREILLE	René	Chir. Tho. et Cardio-Vascu.
			LEBAS	François	Genie Bio.. et Méd.
BARGE	Michel	Neurochirurgie	LEBEAU	Jacques	Stomato. et Chir. Maxillo- faciale
BARRET	Luc	Médecine Légale			
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et Imag. Méd.	LENOC	Pierre	Bactér. Virol. Hygiène
BENABID	Alim-Louis	Neurobiophysique	LETOUBLON	Christian	Chirurgie Générale
BENSA	J. Claude	Immunologie	LEVERVE	Xavier	Thérapeutique
BERNARD	Pierre	Gynéco et Obstétrique			
BESSARD	Germain	Pharma. Fondamentale			
BEZES	Henri	Chir. Ortho. et Traumatol.	LUNARDI	Joël	Biochimie et Bio. Molécul.
BLIN	Dominique	Chir. Tho. et Cardio Vascu.	MACHECOURT	Jacques	Cardio. et Mala. Vascu.
BOLLA	Michel	Radiothérapie	MAGNE	Jean-Luc	Chir. Vasculaire
BOST	Michel	Pédiatrie	MAGNIN	Robert	Epidémiologie Economie de la sante et prévention
BOUCHARLAT	Jacques	Psychiatrie Adultes			
BOUCHET	Yves	Anatomie	MALINAS	Yves	Gynécologie et Obstétrique
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie	MALLION	J. Michel	Médecine du Travail
CARPENTIER	Patrick	Méd. Interne-Gériatrie	MASSOT	Christian	Médecine Interne
CHAMBAZ	Edmond	Biologie Cellulaire	MERLOZ	Philippe	Chir. Ortho. et Traumatol.
CHAMPETIER	Jean	Anatomie	MICOUD	Max	Maladies Infectieuses
CHARACHON	Robert	O.R.L.	MOUILLON	Michel	Ophthalmologie
CHIROSSSEL	J. Paul	Anatomie	MOUTET	François	Chir. Plast. et Reconst. et Esthétique
CINQUIN	Philippe	Biostatistique et Inf. Méd.			
COLOMB	Maurice	Immunologie	PARAMELLE	Bernard	Pneumologie
COMET	Michel	Biophysique	PASQUIER	Basile	Anat. et Cyto.Patho.
CORDONNIER	Daniel	Néphrologie	PELLAT	Jacques	Neurologie
COULOMB	Max	Radiologie et Imagerie Méd.	PERRET	Jean	Neurologie
CROUZET	Guy	Radiologie	PHELIP	Xavier	Rhumatologie
DEBRU	Jean-Luc	Médecine Interne	RACHAIL	Michel	Hépto-Gastro-Entéro.
DEGAUDEMARI	Régis	Méd. du Trav. et des risques professionnels.	RACINET	Claude	Gynécologie-Obstétrique
			RAMBAUD	Pierre	Pédiatrie
DELORMAS	Pierre	Pneumologie	RAMBEAUD	J. Jacques	Urologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistique et Inf. Méd.	RAPHAEL	Bernard	Stomato. et Chirurgie Maxillo-faciale
DENIS	Bernard	Cardio. et Malad. Vascu.			
DUPRE	Alain	Chirurgie Générale	ROMANET	J. Paul	Ophthalmologie
DYON	J. François	Chirurgie Infantile	SARAGAGLIA	Dominique	Chir. Orthopédique et Traumatologique
ETERRADOSSI(Mme)	Jacqueline	Physiologie			
FAURE	Claude	Anatomie	SARRAZIN	Roger	Chirurgie Générale
FAURE	Gilbert	Urologie	SCHAERER	René	Cancerologie
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie	SEIGNEURIN	Daniel	Histo.embryo. cytogéné.
FOURNET	Jacques	Hépto-Gastro-Entéro.	SEIGNEURIN	J. Marie	Bactério-Viro - Hygiène.
FRANCO	Alain	Méd. Interne-Gériatrie	SELE	Bernard	Biologie du Développement et de la Reproduction
GAVEND	Michel	Pharma. Fondamentale			
GIRARDET	Pierre	Anesthés. et Réa. Chir.	SOTTO	J. Jacques	Hématologie et Transfusion
GOULLIER(Mme)	Andrée	Parasitologie	STAHL	J. Paul	Maladies Infectieuses
GUIDICELLI	Henri	Chirurgie Vasculaire	STIEGLITZ	Paul	Anesthési. et Réa. Chir.
GUIGNIER	Michel	Reanimation Médicale	STOEBNER	Pierre	Anatomie Pathologique
HADJIAN	Arthur	Biochimie et biol. Mol.	TANCHE	Maurice	Physiologie
HALIMI	Serge	Nutrition	VIALTEL	Paul	Néphrologie
HOLLARD	Daniel	Hématologie et transf.	VIGNAIS	Pierre	Biochimie
HOSTEIN	Jean	Hépto-Gastro-Entérol.	VROUSOS	Constantin	Radiothérapie

à Monsieur le Professeur Serge HALIMI
pour avoir accepté d'être le Président du Jury et pour le soutien qu'il m'a
apporté.

à Monsieur le Professeur Jean-Luc DEBRU
pour le soutien qu'il m'a apporté et pour sa participation active à la
formation des médecins généralistes.

à Monsieur le Professeur René SCHAEERER
pour le soutien qu'il m'a apporté et l'excellent souvenir que j'ai gardé de
son service.

à Madame le Docteur Françoise RODARY
pour l'expérience enrichissante que j'ai vécue auprès d'elle et de ses
patients.

à Monsieur Jacques SALOME
pour les voies qu'il m'a ouvertes vers une plus grande autonomie.
Pour la formation qu'il m'a permise d'acquérir dans une ambiance de
grande écoute et de respect mutuel.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION	P. 1
OBSERVATION PRELIMINAIRE	P. 5
I - Apprendre à communiquer.	P. 9
1) Qu'est-ce que communiquer ?	P. 9
a- <u>Définition</u>	P. 9
b- <u>Se réapproprier sa parole</u>	P. 10
c- <u>Une seconde naissance parfois douloureuse.</u>	P. 11
2) Un apprentissage est-il nécessaire ?	P. 11
3) Ecouter, entendre, dire, ne pas dire :	P. 12
4 démarches pour mettre en commun.	
a- <u>Une écoute à quatre niveaux :</u>	P. 12
b- <u>Entendre chez soi et chez l'autre à partir du réel, du symbolique et de l'imaginaire.</u>	P. 12
c- <u>Dire, parler A l'autre, parler VRAI.</u>	P. 13
d- <u>Ne pas dire.</u>	P. 14
4) Les 7 conditions de base pour communiquer.	P. 15
5) Nous communiquons à partir des messages de notre enfance.	P. 15
6) Il existe deux langages pour communiquer	P. 15
(en relation avec les deux hémisphères du cerveau).	
a- <u>La linguistique met en évidence deux langages (digital et analogique).</u>	P. 15
b- <u>Les deux cerveaux</u>	P. 15
c- <u>La communication non verbale.</u>	P. 16
α) <u>Aspects statiques</u>	P. 16
β) <u>Aspects dynamiques (mimique ...)</u>	P. 16
d- <u>Autres langages non verbaux chez l'enfant et l'adulte.</u>	P. 20
(gestuelle, rituels, somatisations, symbolisations, passage à l'acte)	
II - Comment écouter un patient en lui permettant d'établir des liens à sa maladie, à son traitement, à son entourage, à lui-même et à son soignant.	P. 23
1) 3 conditions de base à l'écoute.	P. 23
a- <u>Etre disponible et avoir du temps.</u>	P. 23
b- <u>L'importance du lieu</u>	P. 28
2) Se positionner positivement	P. 28

a- <u>Savoir se définir dans ses limites et ses contraintes</u>	P. 28
b- <u>Repérer son attitude dominante</u> (attitudes de soutien, de conseil, d'interprétation, etc...)	P. 29
c- <u>Repérer la polarisation de l'entretien.</u> (Les 8 orientations à la polarisation)	P. 31
d- <u>Cerner les objectifs de l'entretien</u>	P. 32
e) <u>Accepter ses limites</u>	P. 33
f) <u>S'accepter comme individu unique et lié à la société</u>	P. 33
3) Une écoute à tous les niveaux et non pas un interrogatoire.	P. 33
a- <u>Une écoute à 4 niveaux</u>	P. 33
b- <u>Se mettre sur la même "longueur d'onde"</u>	P. 34
c- <u>Ne pas interroger à tout prix.</u>	P. 34
4) Entendre chez le patient et chez soi-même	P. 35
a- <u>Entendre chez l'autre les différents langages</u>	P. 35
α). entendre le langage non verbal	P. 35
β). entendre le langage populaire	P. 35
γ). entendre une culture différente	P. 36
b- <u>Entendre chez l'autre le retentissement</u>	P. 36
c- <u>Entendre chez soi-même</u>	P. 39
d- <u>Le respect</u>	P. 41
5) L'entretien d'aide : de la technique de progression à l'attitude d'empathie	P. 42
a- <u>La relation d'aide : définition</u>	P. 42
b- <u>Un entretien non directif ou entretien centré sur l'autre</u>	P. 42
c- <u>Comment progresser dans un entretien d'aide</u>	P. 43
α). Schéma de progression : amplification, reformulation, retour du message, focalisation.	P. 43
β). Le secrétariat opérationnel	P. 46
d- <u>Savoir écouter et observer</u>	P. 49
e- <u>L'empathie ou comment vivre l'expérience de l'autre</u>	P. 51
6) La décision thérapeutique : une démarche partagée avec le malade	P. 54
7) Un accompagnement dans la durée.	P. 55
a- <u>La présence dans la durée; définir ses limites</u>	P. 55
b- <u>La relation : un lien dans une durée</u>	P. 55
α) Les 4 constantes communes à toute tentative de relation	P. 55
β) une relation souple et variable	P. 56

γ) Le choix du moment et le problème de la vérité	P. 57
c- <u>Ce qui se passe entre deux entretiens.</u>	P. 58
8) Hippocrate établissait des liens avec ses malades	P. 59
III - Les obstacles à la relation	P. 60
<u>A - Les obstacles liés au médecin ou comment ne pas écouter</u>	P. 60
1) Se mettre dans des conditions où l'écoute est impossible ou difficile. (Etre pressé, accepter un tiers...)	P. 60
2) Se positionner de façon négative : Les méfaits du conseil et de l'interprétation.	P. 62
3) Erreurs et insuffisances stratégiques (questionnement sauvage, résonance, manque de balisage...)	P. 63
4) Déformer le message par rapport à soi	P. 64
a- <u>Placer des filtres et ne retenir que ce qui nous convient</u>	P. 64
α) La déformation professionnelle	P. 64
β). N'entendre que le langage verbal	P. 65
γ). Ne rien entendre	P. 65
b- <u>Etre sourds par nos désirs, nos projets, nos décisions thérapeutiques</u>	P. 69
c- <u>Etre sourds par nos idées, nos idéologies, nos mythes</u>	P. 70
d- <u>Et bien d'autres pièges pour déformer le message... par rapport à soi.</u> (ressentiment, pseudo-respect, jeu du sauveteur...)	P. 73
<u>B - Les pièges institutionnels et socio-professionnels</u>	P. 74
1) Le paradoxe du médecin traitant	P. 74
2) La relation entre le médecin généraliste et les spécialistes	P. 74
a- <u>La collusion de l'anonymat</u>	P. 74
b- <u>La survivance de la relation maître-élève</u>	P. 75
c- <u>Observations personnelles</u>	P. 75
3) La relation médecin généraliste/psychiatre/malade	P. 77
a- <u>Le grief du langage hermétique</u>	P. 77
b- <u>La réaction du médecin généraliste selon l'attitude du psychiatre</u>	P. 78
c- <u>L'opportunité de la consultation en psychiatrie</u>	P. 78
d- <u>La lettre d'échange est-elle nécessaire ?</u>	P. 79
e- <u>Quelques exemples personnels.</u>	P. 80
4) Le pouvoir médical et les interdits	P. 82
a- <u>"Mon pouvoir favorise-t'il celui de mon patient ?"</u>	P. 82
b- <u>Un pouvoir qui permet de poser des interdits :</u>	P. 82
α). "Il faut vous arrêter de fumer et de boire"	P. 82
β). "Vous ne devez pas manger cela"	P. 84

γ) Faut-il supprimer l'allergène	P. 86
c- <u>Le pouvoir médical à l'hôpital</u>	P. 87
α) Un autre monde	P. 87
β) Le pouvoir du médecin et l'enfant malade à l'hôpital	P. 88
d- <u>Faut-il sacrifier la relation à la prévention ?</u>	P. 89
5) Comment aborder l'adolescent qui se drogue ?	P. 90
<u>C - Les pièges et jeux dûs au patient et à la maladie.</u>	P. 93
1) quelques pièges courants.	P. 93
(Garder le contrôle de la relation, jouer à la victime, être passif...)	
2) Dépendance et régression	P. 95
3) Age, sexe et statut du médecin : un miroir déformant	P. 96
4) Observation personnelle	P. 96
IV - Le médicament ou l'introduction	P. 100
d'une relation à trois.	
<u>A - Le point de vue du patient</u>	P. 100
1) L'observance, une notion religieuse	P. 100
2) Le médicament contre nature et le médicament poison	P. 100
3) L'intra-musculaire ou le contact direct	P. 100
4) Le concept de la drogue	P. 104
5) La révolte contemporaine contre les médicaments	P. 101
6) Le trop plein fait place au manque	P. 101
7) Aspirine et Cortisone : la fée et la sorcière.	P. 101
<u>B - Le point de vue du médecin</u>	P. 102
1) Les trois attitudes du médecin	P. 102
2) Les grands types de médicaments	P. 103
a) <u>On distingue trois classes de médicaments</u>	P. 103
b) <u>Les placébos</u>	P. 104
3) La signification du médicament pour le médecin	P. 104
<u>C- Observations personnelles</u>	P. 105
1) Première observation : "Il faut le faire dormir"	P. 105
2) Deuxième observation : "Donnez lui quelque chose"	P. 106
V - Le médecin et son malade face	P. 108
à l'épreuve de la mort.	
<u>A - La mort escamotée</u>	P. 108
1) La mort vécue par le médecin comme un échec.	P. 108

- 2) L'évolution de l'idée de mort dans l'histoire P. 108
3) Une peur partagée P. 108

**B - Les enfants n'ont pas peur de la mort...
si on leur "parle vrai".** P. 109

**C - Les démarches d'accompagnement :
mort et médecine relationnelle** P. 110

- 1) Le contrat moral du médecin P. 110
2) L'accompagnement des mourants et des comateux P. 111
3) La démarche de recadrage. P. 112
4) Observation personnelle P. 112
5) La fédération JALMALV P. 113

D - Les représentations sociales du cancer P. 114

**VI - La relation soignant/soigné dans un
contexte multiculturel.** P. 115

A - Maux de tête et autorité d'un père turc. P. 115

- 1) Rapport du médecin de famille P. 115
2) Commentaires P. 116
3) Rapport psychothérapique P. 117

B - Considérations d'ordre général P. 118

- 1) Les barrières linguistiques et culturelles P. 118
2) Les facteurs extrinsèques et intrinsèques de la relation d'aide P. 118
 a) Les facteurs extrinsèques P. 118
 b) Les facteurs intrinsèques P. 119
3) L'entretien P. 119
4) Médecin ou guérisseur ? P. 120

VII - Les symboles en médecine	P. 122
INTRODUCTION	P. 122
<u>A - La logique du langage symbolique</u>	P. 123
1) Définition du langage symbolique	P. 123
2) La logique de l'imaginaire et celle de la raison	P. 125
<u>B - Les symbolisations chez l'enfant.</u>	P. 125
1) La distinction entre désirs et besoins	P. 125
2) La prise de conscience de l'identité	P. 126
3) Le jeu symbolique	P. 126
4) Le dessin	P. 126
5) Le questionnement	P. 126
6) Les rêves	P. 127
7) Les actes de filiation	P. 127
8) Contes et histoires	P. 127
9) Les objets	P. 131
<u>C - La maladie est-elle un langage symbolique ?</u>	P. 132
1) L'approche psychosomatique	P. 132
a) <u>Définition</u>	P. 132
b) <u>Une formulation négative du médecin</u>	P. 132
c) <u>Le comportement du médecin dans les différents cas</u>	P. 132
d) <u>Les trois types de maladies classiquement décrits</u>	P. 134
e) <u>Différence classique entre médecine somatique et psychosomatique</u>	P. 135
f) <u>Origines historiques</u>	P. 136
g) <u>Le domaine de la médecine psychosomatique</u>	P. 136
2) Les quatre origines aux somatisations	P. 137
3) L'importance de l'observation individuelle	P. 140
4) La science jette des ponts entre le corps et l'esprit.	P. 140
<u>D - Les démarches symboliques du malade et du médecin en médecine générale</u>	P. 141
1) Ne pas expliquer ni chercher la cause mais rechercher les significations.	P. 141
2) Parfois le malade accède au sens de sa maladie par une simple écoute	P. 142

3) Le langage de l'absurde et de l'humour	P. 144
<u>a) Employer le langage analogique de l'hémisphère droit.</u>	P. 145
<u>b) Bloquer l'hémisphère gauche. (Prescrire le symptôme, Le recadrage...)</u>	P. 145
<u>c) Prescrire des comportements spécifiques</u>	P. 147
<u>d) Parler le "langage" du patient</u>	P. 149
<u>e) Utiliser la résistance du patient</u>	P. 149
<u>f) La technique de préemption</u>	P. 149
<u>g) Conclusion</u>	P. 150
<u>E - Analyse de quelques démarches symboliques accessibles aux médecins généralistes.</u>	P. 152
1) L'écoute "opportuniste"	P. 152
2) Le conte de fée	P. 152
3) Les objets et les jeux symboliques	P. 153
<u>a) "La bonbonne d'air de papa"</u>	P. 153
<u>b) Les opérations symboliques (opération "nounours")</u>	P. 153
<u>c) Personnaliser l'organe</u>	P. 154
<u>d) Le jeu de rôles</u>	P. 154
<u>e) Symboliser la relation par un lien</u>	P. 154
<u>f) Enlever le plâtre peut devenir un jeu corporel</u>	P. 155
<u>g) Proposer le stéthoscope à un bébé</u>	P. 156
4) Le rituel	P. 156
5) Les médicaments, source de symboles	P. 158
6) Le dessin	P. 158
7) Le respect de l'autonomie symbolique	P. 158
8) La symbolique de la blouse blanche	P. 158
9) Le rêve :	P. 159
10) La démarche "d'archéologie familiale"	P. 160
11) Introduction à la notion de soin relationnel	P. 160
<u>a) Un ancrage par des gestes symboliques</u>	P. 161
<u>b) L'ordonnance relationnelle</u>	P. 162
<u>c) La proposition symbolique n'est pas une psychanalyse</u>	P. 162
<u>d) "Une mise en oeuvre dans le réel : soigner la relation blessée."</u>	P. 164

VIII - Etude ethnologique des représentations de la maladie et du rapport médecin/malade dans les sociétés occidentale et traditionnelles.	P. 165
<u>A - Constantes et variables de la relation médecin/malade à travers les différentes cultures.</u>	P. 165
1) Causes : La perception de la maladie selon les cultures.	P. 165
a) <u>La médecine populaire en occident.</u>	P. 165
b) <u>La représentation de la maladie dans la société algérienne</u>	P. 166
c) <u>On souffre selon sa culture</u>	P. 167
d) <u>Le migrant confronté à la maladie ou : "parler deux registres".</u>	P. 168
2) Les multiples fonctions du médecin-guérisseur. Sa place dans la société traditionnelle.	P. 168
a) <u>Au Brésil, le "Pajé" : juge, confesseur et médecin</u>	P. 168
b) <u>Au Niger, on cherche un thérapeute de sa catégorie sociale et religieuse.</u>	P. 169
c) <u>"Avoir l'air sûr de soi" ou l'art de la sorcellerie.</u>	P. 169
d) <u>Au Cameroun le thérapeute est aussi forgeron</u>	P. 170
3) La relation médecin-malade dans les sociétés traditionnelles	P. 170
a) <u>La relation malade lao /médecin occidentalisé, modifie l'expression de la douleur</u>	P. 170
b) <u>Au Nord-Pakistan la guérison ne s'achète pas.</u>	P. 171
c) <u>Le motif déguisé de la consultation en Côte d'Ivoire</u>	P. 171
<u>B - La relation au remède</u>	P. 171
1) Remèdes et légendes en Indochine	P. 171
2) Au Niger, le rite est toujours associé au remède	P. 171
3) Au Cameroun :	P. 172
a) <u>Un rituel de préparation des remèdes par les forgerons Mafa</u>	P. 172
b) <u>Le respect du remède</u>	P. 172
4) Le symbolisme de la pierre noire.	P. 172
<u>C - Symboles et reliances dans la relation médecin-malade des sociétés traditionnelles.</u>	P. 173
1) La démarche de reliance des différentes ethnies.	P. 173
a) <u>Reliance à soi-même, aux autres, et aux divinités.</u>	P. 173
b) <u>Reliance aux "divinités du monde souterrain"</u>	P. 173
c) <u>La communication avec le sacré</u>	P. 173

2) Imaginaire, langage et gestes symboliques.	P. 173
a) <u>Le non dit et le "dit autre" chez les populations traditionnelles d'Indochine</u>	P. 173
b) <u>Divination et voyage symbolique du chamane en Indochine</u>	P. 174
c) <u>Un geste symbolique chez les femmes Gouro (Côte d'Ivoire)</u>	P. 175
d) <u>Blessures réelles et symboliques chez les Ladakhi</u>	P. 175
3) La puissance des rites.	P. 175
a) <u>Définition et universalité du rite</u>	P. 175
b) <u>Les rites d'initiation ou rites de passage</u>	P. 175
c) <u>Rites curatifs et rites préventifs chez les Kalsh du Nord-Pakistan</u>	P. 176
4) Les objets, les contes et les démarches symboliques.	P. 176
a) <u>Divination instrumentales chez les Kalash</u>	P. 176
b) <u>Contes et alimentation infantile au Tchad</u>	P. 176
<u>D - Existe-t'il un modèle étiologique et thérapeutique universel ?</u>	P. 177
1) Les modèles retenus en occident ne sont pas universels.	P. 177
2) Une trentaine de termes suffisent à établir huit groupes de modèles universels.	P. 178
3) La comparaison des modèles entre eux	P. 179
<u>E - Conclusion</u>	P. 180.

IX - LA FORMATION PSYCHOLOGIQUE DU MEDECIN **P. 181**

INTRODUCTION **P. 181**

A - D'où vient le désir de formation ? **P. 182**

- | | |
|---|---------------|
| 1) Des enseignants de la faculté de médecine et des intervenants sociaux | P. 182 |
| 2) Des étudiants | P. 182 |
| 3) Des médecins généralistes | P. 182 |
| 4) Des patients | P. 183 |

B - Quand la formation doit-elle être faite ? **P. 183**

- | | |
|--|---------------|
| 1) Une sélection plus... humaniste | P. 183 |
| 2) La formation au cours du premier cycle | P. 183 |

3) La formation au cours des second et troisième cycles	P. 184
<u>C - Par qui la formation doit-elle être faite ?</u>	P. 184
1) Par les soignants	P. 184
2) L'intervention des patients	P. 184
3) La présence des psychologues	P. 185
4) Le rôle indirect des psychiatres et des psychanalystes.	P. 186
<u>D - Quel pourrait être le contenu de la formation ?</u>	P. 186
1) La formation psychologique de l'étudiant en médecine	P. 186
a) <u>Introduire dès le premier cycle une formation aux sciences humaines</u>	P. 186
b) <u>L'apprentissage de l'examen clinique</u>	P. 187
c) <u>L'apprentissage de la rencontre avec les malades</u>	P. 188
d) <u>La mise en scène des situations : jeux de rôle et glaces sans tain</u>	P. 188
α) L'exploration de la relation d'accompagnement dans les stages de J. Salomé.	P. 188
β) L'utilisation des glaces sans tain	P. 189
γ) Un enregistrement vidéo à l'hôpital cantonal de Genève	P. 189
e) <u>Les groupes Balint à l'hôpital</u>	P. 190
α) Présentation du groupe Balint : "la trajectoire du balintisé"	P. 190
β) Un travail centré sur le contre-transfert des participants	P. 190
γ) L'intérêt d'une formation Balint à l'hôpital	P. 191
f) <u>La stimulation par la littérature</u>	P. 191
g) <u>Rapprocher la formation psychologique de la sémiologie</u>	P. 191
2) Formation post-universitaire	P. 192
a) <u>La formation Balint</u>	P. 192
b) <u>Le groupe Repères : un groupe de formation-recherche en médecine générale</u>	P. 193
c) <u>La formation autogérée des médecins de L'Association de Médecine Relationnelle"</u>	P. 193
<u>E - Conclusion : Une expérience d'initiation occidentale ?</u>	P. 194
CONCLUSION	P. 197
BIBLIOGRAPHIE	P. 199
LEXIQUE	P. 215
LISTE DES OBSERVATIONS CLINIQUES PERSONNELLES	P. 218

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Ce travail se présente comme une étude théorique de la communication et de la relation médecin-malade appuyée d'observations cliniques, élaborées pendant des remplacements de médecins généralistes.

Compte-tenu de l'implication de cette thèse sur le plan personnel, je préciserais avant tout que j'ai choisi de parler de mon expérience à la première personne.

Ma première angoisse lors des remplacements était purement médicale: arriverai-je par exemple à gérer les urgences dans un milieu montagnard isolé ?

La seconde angoisse était relationnelle : qu'est-ce que les patients attendaient de moi, quelle était leur véritable demande ? Mes réponses étaient-elles adaptées à cette demande ?

J'ai rencontré des patients très atteints sur le plan somatique* mais qui n'acceptaient l'idée d'aller à l'hôpital qu'en tout dernier recours, malgré des tentatives de persuasion et malgré mes angoisses... de médecin.

Ces patients auraient pu me dire : "Docteur, faites quelque chose pour votre peur !". Inversement, d'autres patients indemmes de toute maladie somatique seraient allés volontiers à l'hôpital si je le leur avais proposé : En fait, il ne demandaient qu'une écoute de leur souffrance psychologique. A ceux là, je ne pense pas avoir jamais dit : "vous n'avez rien", mais je ne suis pas sûr d'avoir toujours prêté une oreille attentive à leurs plaintes, "coincé" entre mes résonances affectives et ma formation scientifique.

J'ai tout d'abord pensé que l'intuition viendrait à bout des situations délicates. Et puis, l'expérience peut-être. Après 3 ans de remplacements, je remets en cause ces notions.

C'est dans cet état d'esprit que j'ai abordé le "stage chez le praticien" avec le Docteur Rodary, au Centre de Santé de la Villeneuve à Grenoble. J'y ai rencontré des patients qui parlaient naturellement d'eux-mêmes, de leurs souffrances, de leurs angoisses, et pourtant ils n'étaient pas allongés sur un divan de psychanalyste. Ils étaient venus pour une diarrhée, un mal de tête, voire un certificat médical, quelque fois pour une maladie plus grave; ils formulaient d'abord une demande au niveau de leur corps et ce corps... était pris en compte. J'ai ainsi appris que le maniement de la parole n'était pas l'appanage des psychothérapeutes et que l'on pouvait pratiquer un massage en étant médecin. J'ai appris "qu'une inspection peut devenir regard, une auscultation devenir écoute, une palpation devenir toucher."

J'ai compris aussi que le médecin généraliste pouvait s'il le voulait répondre aussi bien à l'urgence médico-chirurgicale qu'à la détresse psychologique de ses patients, et qu'il était à la croisée des chemins pour assumer ces différents rôles.

J'étais étonné par la simplicité des mots qui invitaient, amplifiaient, stimulaient le discours du patient. Pour ce qui me concerne, cette simplicité apparente était loin d'être évidente dans la pratique. Cela m'a motivé à aborder une formation à l'écoute et à l'entretien chez Jacques Salomé, formateur en relations humaines et psychosociologue. J'ai bénéficié de l'apprentissage d'une écoute chaleureuse pleine de respect mutuel.

J'ai vécu avec une vingtaine de participants, le REapprentissage de la communication inter-personnelle sur le mode du langage verbal et sur le mode non-verbal, apprentissage appuyé par une formation théorique que j'ai appliquée à la médecine générale.

J'ai complété ma formation par une participation aux groupes "Balint" avec le Docteur Sapir. Cela m'a permis de présenter des observations cliniques en présence de médecins généralistes et de psychanalystes.

Cette thèse, ne représente pas une idéologie figée de la relation médecin-malade. Je la considère plutôt comme une recherche en cours résultant de la confrontation :

- de mes observations au cours des différents remplacements
- des observations de médecins généralistes et spécialistes plaçant la relation malade/médecin au coeur de leur pratique.
- du "matériau" apporté par : Les stages de communication et de formation Balint
- d'un appui théorique issu de la psychologie, de la psychanalyse, de la sociologie, de l'ethnologie et de l'histoire : Une place de choix a été réservée aux travaux de J. Salomé et F. Dolto, ainsi qu'aux recherches des ethnologues et sociologues du CNRS, en ce qui concerne l'étude analytique et comparative de la relation médecin/malade dans les sociétés traditionnelles et occidentale.

Ce travail pose la question de la meilleure écoute possible pour un patient qui arrive chez le médecin avec ses souffrances et ses demandes, avouées ou inavouées.

Cette écoute peut-elle être innée ? Existe-t'il des techniques permettant au praticien de laisser dire au patient avec des mots ce que son corps exprime par une maladie ?

Et si le malade découvre un sens à sa maladie, est-il possible de lui proposer autre chose qu'une réponse-médicament ? Et à quel moment ?

Ce travail est divisé en trois parties, réunissant neuf chapitres :

* La première partie, après avoir rappelé les principes de la communication établit une recherche sur l'écoute active du patient et les obstacles à cette écoute.

La trame des trois premiers chapitres s'inspire essentiellement des travaux de J. Salomé sur la relation d'aide.

Nous avons fait une place à part au médicament, qui introduit un tiers dans la relation.

L'attitude du médecin face à la mort, en raison de l'impact important de ce sujet sur le médecin, le patient et ses proches, a donné lieu à un chapitre particulier mais également à des citations, intégrées dans les différents paragraphes, sur les travaux d'Elisabeth Kübler Ross.

Enfin, nous avons évoqué la relation soignant/soigné avec le malade immigré, en introduisant ainsi l'obstacle de la langue et l'abord d'une autre culture.

L'implication personnelle, concrétisée par une trentaine d'observations cliniques est volontairement importante au cours des trois premiers chapitres car il nous est apparu que l'étude de la relation médecin/malade ne pouvait se faire en parlant "SUR l'autre", ni en parlant "DE l'autre" mais en nous impliquant dans cette relation au même titre que le patient. Il en résulte de nombreux passages autocritiques sur mon comportement dans la relation. J'ai toutefois tenté d'éviter le dérapage vers une autoanalyse. J'ai choisi beaucoup d'observations personnelles délicates, en insistant sur les difficultés rencontrées : Il ne s'agit pas de masochisme mais d'un choix délibéré destiné à introduire l'urgence et la nécessité d'une formation psychologique des médecins. Le lecteur ne devra pas en déduire que l'exercice de la médecine générale est un calvaire : Avec beaucoup de patients la relation est très simple et parfois néanmoins très riche.

* La deuxième partie aborde les symboles et le langage symbolique en médecine : si le patient reconnaît sa maladie comme un langage symbolique, le médecin pourra parler dans ce langage (contes, etc..) et lui proposer une démarche également symbolique. Nous avons tenu à introduire ces notions dans le cadre de la médecine générale car l'écoute active d'un patient peut amener celui-ci à "livrer beaucoup" de lui-même et il faudra alors "faire quelque chose" avec ces "paroles à la mer". Cela suppose, nous le verrons, un contrat préalable avec le malade, qui n'est pas habitué à cette forme d'écoute, et une attention particulière du médecin qui se gardera bien d'interpréter et selon ses compétences et ses choix, fera lui-même les propositions symboliques, en évitant à tout prix de "forcer les portes de l'inconscient", ou bien dirigera son malade vers un psychothérapeute. "Ecouter l'Autre ce sera toujours prendre le risque...d'entendre". Nous avons vu que cette approche symbolique du patient est universelle, à travers une étude de différentes sociétés traditionnelles, où les guérisseurs prennent le risque "d'entrer en relation", d'une façon certes différente de la notre, mais néanmoins très profonde et souvent efficace, en permettant à leurs patients d'établir, à travers des rites, des liens avec eux-mêmes, leur famille, la société et l'univers. Nous remarquerons toutefois que si la maladie est un langage symbolique, elle n'en reste pas moins plurifactorielle : Nous sommes conscients de l'importance de l'environnement écologique et des facteurs génétiques parfois ces facteurs auront beaucoup de poids comme c'est le cas par exemple dans la mucoviscidose et la silicose. Mais ils ne devront pas nous faire renoncer à une écoute active et attentive.

* La troisième partie aborde la formation psychologique du médecin car apprendre à son patient à établir des liens, lui apprendre l'autonomie, ne s'improvise pas. C'est une longue démarche qui doit à notre avis commencer dès les premières années de l'enseignement médical.

En ce qui concerne mes propres observations, il existe deux biais liés à une expérience professionnelle limitée à trois ans et à la fonction de remplaçant qui empêche d'établir un suivi avec les patients.

Toutefois, la relation n'en a été parfois que plus intense car je disposais de beaucoup plus de temps que le médecin remplacé et certains patients se permettaient beaucoup plus de confidences auprès d'une "oreille inconnue".

Par ailleurs, la dispersion géographique (Isère, Savoie, Haute Savoie, Drôme, Ain et Hautes Alpes) m'est apparue comme un atout et j'ai pu bénéficier d'une pratique rurale, montagnarde et urbaine .

Nous avons introduit quelques citations poétiques car il s'agit d'une forme de langage immédiatement perceptible comme nous le verrons, et applicable par exemple à l'élaboration des contes.

Les astérisques (*) renvoient à un lexique qui permettra de mieux communiquer avec les lecteurs non médecins et non psychologues, et avec... les patients.

Avant d'aborder le chapitre de la communication, j'ai tenu à relater ici une observation qui a pour moi une très grande importance car elle a changé mon attitude face au cancer et aux maladies graves. L'impact émotionnel a été d'autant plus fort qu'il s'agit d'un enfant.

Cette observation permet d'introduire en outre les multiples niveaux d'écoute qu'un médecin peut envisager dans une Relation d'accompagnement.

Il s'agit de Laura, une petite fille de 8 ans atteinte d'un ostéosarcome * et qui a déjà présenté à la naissance une tumeur embryonnaire traitée par radiothérapie.

Devant la progression foudroyante de la maladie malgré des traitements lourds, les parents ont décidé de la garder à la maison et de n'accepter que le traitement palliatif. Elle n'est donc plus sous chimiothérapie. Je suis allé la voir deux fois par semaine pendant trois semaines durant l'été 1991.

VISITE N° 1 -

La première visite s'est faite en présence du Docteur B. que je remplaçais; il s'agissait plutôt d'une visite de présentation pour atténuer les conséquences psychologiques d'un changement brutal de médecin. Le contact avec l'enfant et les parents a été très facile. Laura était couchée dans la salle à manger, le volet baissé, sur sa demande. Elle présentait une paraplégie due à l'envahissement de la moelle ainsi qu'un œdème très important de la face dû à la cortisone qu'elle prenait régulièrement. Les violentes douleurs osseuses, calmées par la morphine s'étaient atténuées pendant mon séjour à V., et ne j'ai pas eu à intervenir à ce niveau pendant mon remplacement.

VISITE N°2 -

Le père vient me chercher la veille d'un week-end pour que je lui remette un médicament car Laura souffre de brûlures urinaires. Mon premier réflexe est de lui donner l'antibiotique et l'ordonnance pour l'analyse d'urines, mais d'une part je me souviens que nous sommes une veille de week-end (donc les laboratoires sont fermés) et par ailleurs, je perçois beaucoup d'angoisse dans sa demande. Il me dit avant de partir : "les lèvres sont gonflées". Il parle des lèvres de la vulve. Je pense qu'il peut s'agir d'une bartholinite * et je décide de l'accompagner. Je suis étonné par le fait que l'enfant m'accueille sans me parler de ses brûlures. Puis elle pleure un peu et me dit "j'ai mal au ventre". La mère m'apprend qu'elle est constipée depuis 3 jours. Je me permets de dire à Laura en plaisantant : (car j'ai le sentiment qu'elle n'a pas très mal à ce moment là) : "tu voulais me revoir, c'est pour cela que tu as mal". Pourtant, je ne suis pas tellement d'humeur à plaisanter, plutôt préoccupé par mon impuissance **à la soulager**

Je dois ajouter que les parents sont très lucides sur l'évolution de la maladie et font preuve de beaucoup de discernement quant à l'impact psychologique qu'elle peut avoir sur leur enfant.

(elle est suivie par ailleurs sur ce plan par une femme, Chef du service de pédopsychiatrie de l'hôpital voisin, qui rend visite à Laura une fois par semaine).

Pour en revenir à cette visite, la mère essaye de plaisanter pour dédramatiser la situation (je ressens ses interventions comme très positives, très stimulantes). Je conseille à Laura d'essayer tout d'abord un suppositoire de glycérine mais pensant que cela sera insuffisant, je repars au cabinet médical d'où je ramène une boîte de Duphalac®.

Devant l'attitude un peu "pleurnicharde" de l'enfant le père hausse le ton : "tu vas quand même nous laisser un peu dormir cette nuit !" "tu as mal mais nous avons aussi le droit de respirer."

Je suis étonné par la succession et la diversité de ses plaintes au cours de la même soirée : 1- brûlures urinaires. 2- mal au ventre. 3- mal dans le dos (escarre). 4- nausées . Je réponds à chaque symptôme par un médicament, conscient cependant de mes limites thérapeutiques.

Je réalise que le fait d'être parti chercher le Duphalac m'a surtout permis de faire le point car j'étais initialement très peu disponible et très mal à l'aise. Je lui dis à mon retour : "Laura, je vais te donner quelque chose pour ta constipation mais ce n'est pas miraculeux. Tu vas encore avoir mal un petit moment. Ce n'est pas une potion magique."

Puis je reste longtemps près d'elle sans parler et j'attends l'effet des médicaments. Vers 23 heures je me risque à lui demander : "est-ce que tu m'autorises à aller me coucher ?". C'est la maman qui me répond : "je crois qu'il ne faut pas lui demander la permission.". Mon positionnement n'est donc pas facile mais la mère me "tend des perches". Elle m'avait dit 2 jours avant : "je me demande finalement si c'est bien de laisser les parents toute la nuit avec leurs enfants à l'hôpital.". Il s'agissait d'une généralisation mais elle a très vite ajouté : "c'est vrai qu'on lui a évité des solitudes et des souffrances mais justement, elle ne sait pas ce que c'est qu'être seule. Il faut pourtant qu'elle apprenne que c'est par elle-même qu'elle pourra s'en sortir". Je n'avais pas grand chose à ajouter! Je lui ai cependant parlé à ce moment des handicapés physiques et des myopathes que j'ai fréquentés dans mon travail d'infirmier . Il me semblait retrouver ce même problème de la dépendance, du manque d'autonomie, de ce handicap surajouté, entretenu parfois par les proches et la société.

VISITE N°3.

Au cours de cette visite Laura m'a confié : "je commence à me dire que je suis en train de glisser, que je ne remarquerai jamais. J'ai peur de me laisser aller". (ce qui me frappait beaucoup chez elle c'était ce contraste au niveau de ses propos : tantôt l'enfant était présent, tantôt l'adulte qui en savait sans nul doute plus que moi sur la vie et la mort).

Je la laisse pleurer et lui dis seulement : "tu as besoin de pleurer", en lui prenant la main. Son père lui propose un petit pain au chocolat,

- "non pas maintenant".

CONCLUSION

J'ai éprouvé le besoin de parler de Laura au cours de ma formation chez J. Salomé. Jusqu'à ce jour il ne me semblait pas avoir été troublé par ce problème de la mort imminente, pourtant j'ai présenté mon témoignage en disant : "elle est condamnée".

J. Salomé m'a proposé une démarche symbolique comme il le fait souvent en formation. Il m'a demandé à combien j'évaluais cette condamnation, j'ai répondu : "environ 6 mois".

Il m'a proposé alors de choisir "sa condamnation à 6 mois", puis de choisir Laura dans le cercle des stagiaires, les deux "figurants" étant à mes côtés, il m'a dit : "c'est à la petite fille que tu dois t'intéresser, pas à sa condamnation".

C'est pourtant bien la tentation du médecin, peut-être pour se protéger. Il n'est pas facile de faire abstraction de cette condamnation, de ces 6 mois à vivre, mais c'est pourtant la condition pour les rendre vivables. Vivables pour l'enfant, pour ses parents et...pour le médecin. Il ne s'agit pas d'écouter le cancer mais ceux qui souffrent autour de lui (à un stade où le cancer n'a plus rien à nous apprendre). Laura n'en était pas dupe quand elle me demandait de lui raconter des histoires drôles et si je n'en avais pas toujours à lui proposer, c'était ...mon problème !

J'ai reproduit ici en l'appliquant à cette observation, un modèle de communication médecin/malade/maladie établi par Jacques SALOME : le médecin (M) peut établir au cours d'un entretien avec son patient (P) une écoute à 3 niveaux :

1- au niveau du patient lui-même :

Que vit-il ?

Quel est son ressenti ?

A quoi cela le renvoie-t'il dans son histoire ?

2- au niveau de sa maladie

3- au niveau de lui-même, de la résonance que provoque chez ce médecin le malade et/ou sa maladie.

Cette écoute à 3 niveaux est schématisée par ce diagramme.

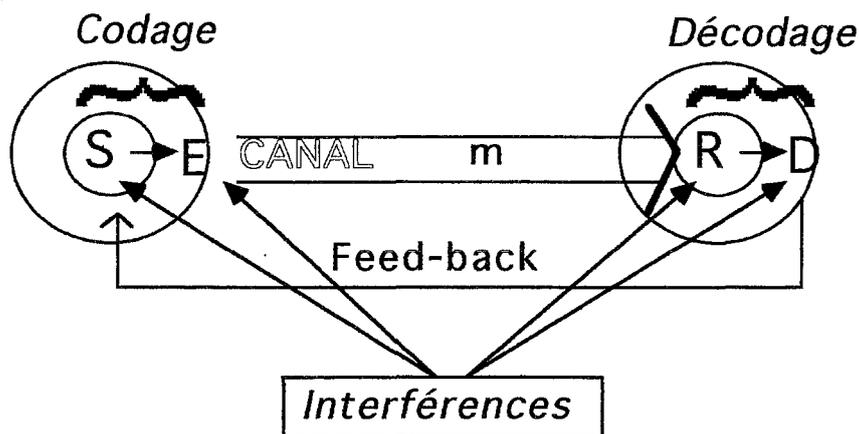
1ère PARTIE : L'ECOUTE ACTIVE

I - APPRENDRE A COMMUNIQUER.**1) Qu'est-ce que communiquer ?****a) Définition (33).**

La communication est définie comme un flux d'informations provenant d'une source S (= un esprit humain), qui code un message m en utilisant un code linguistique ou gestuel dans lequel peuvent entrer tous les langages possibles (de la mimique à l'expression symbolique), vers une destination D, c'est-à-dire un autre esprit humain qui décode le message émis.

ce message circule le long d'un canal porteur d'information (ce sera l'air ambiant pour un message verbal et le corps pour une communication non verbale).

Il intervient dans ce message un mécanisme de feed-back acoustique et psychologique, permettant une régulation du message émis par rapport au message reçu (l'émetteur comprend ainsi que son message a été reçu). Ce modèle "intégré" de la communication est résumé par le schéma suivant :



S : Source
E : Emetteur

R : Récepteur
D : Destinataire

Les obstacles à la communication sont représentés par les interférences qui agissent nous le voyons à des points divers entre la source et la destination, jusqu'à l'incommunicabilité totale;

Pour mieux illustrer ce modèle, nous nous appuyons sur l'exemple d'un médecin qui entre en contact avec son malade : (c'est ce que nous appelons le niveau primaire ou le niveau de base de la relation)

" Bonjour Monsieur X, comment vous sentez vous ce matin ?"

"Merci Docteur, beaucoup mieux qu'hier."

Dans ce cas, le médecin est l'émetteur (E) et le malade le récepteur (R). Le malade répond au médecin par une information en retour (ou feed-back) qui démontre que son message a été reçu et compris.

Le médecin, avant que le message ne soit émis aura effectué plusieurs opérations mentales, permettant ainsi un **CODAGE** :

- 1 - Il a perçu une réalité : la présence du malade
- 2 - Il est motivé par l'état de santé de son patient
- 3 - Il choisit un code qui est ici un langage.

C'est un peu comme si l'émetteur (le médecin) possédait deux sphères : une sphère extérieure servant à émettre un message conçu, élaboré et codé dans une sphère intérieure.

Le récepteur (le malade) dispose également de deux sphères permettant le **DECODAGE**, mais celles-ci entrent en action en sens inverse : la sphère périphérique reçoit le message par les organes des sens et le transfère à la sphère centrale qui interprète ce message.

Ainsi la compréhension du message présuppose que l'émetteur et le récepteur (le médecin et son malade) aient en commun un répertoire de signes auxquels ils attribuent **LA MEME SIGNIFICATION**.

Grâce à cette définition un peu austère par ses références cybernétiques nous comprenons déjà que **communiquer c'est METTRE EN COMMUN** et que cela n'est pas facile, vu les multiples pièges posés par le médecin, le malade, le sens des mots employés, les interférences qui vont du bruit de la voiture qui passe dans la rue à la résonance émotionnelle produite par les paroles de l'autre;

Nous observons aussi que pour communiquer **il n'est pas nécessaire d'être d'accord**, ni d'éprouver les mêmes sentiments puisque le message intervient entre deux personnes absolument uniques.

b) Se réapproprier sa parole : l'apprentissage de l'autonomie (73).

- "Parler en disant "JE" est une condition essentielle de la communication. Trop souvent nous l'oublions en introduisant une parole étrangère que l'éducation nous a imposée".

Le patient tombera souvent dans ce piège : il s'agit de l'aider à parler en son nom. C'est le cas de cette dame qui me demande au moment où je lui prends la tension : "vous me trouvez fatiguée ?" Pourtant, qui peut le savoir mieux qu'elle ? Et pourtant je réponds à sa place : "Oui, je vous trouve fatiguée" .

- L'apprentissage de l'autonomie et l'éducation d'un enfant

L'apprentissage de l'autonomie pour un malade ressemble beaucoup, nous semble-t'il à l'éducation d'un enfant. La vocation de l'enfant, en effet, n'est pas de rester aliéné à ses parents, de même que la vocation du malade n'est pas de rester aliéné à son médecin. L'enfant, comme le patient, apprécie une oreille compréhensive à laquelle il pourra se confier, et non un regard investigateur et indiscret.

l'enfant comme le patient a besoin d'une autorité à laquelle se référer ou faire appel s'il ressent la nécessité d'une aide, et non pas d'un pouvoir imposé auquel il serait obligé de se soumettre. L'édification de la personnalité d'un enfant, de même que la guérison d'un malade dépend d'un équilibre entre une émancipation progressive et le maintien des liens sécurisants, mais qui vont peu à peu se relâcher.

Un tel équilibre est **MOBILE** : parfois l'enfant ou le patient auront besoin de **REGRESSER** temporairement mais l'**AUTONOMIE** restera le but ultime (32).

c) Une seconde naissance parfois douloureuse

"Communiquer c'est une seconde naissance reproduite à l'infini, et comme une naissance cela peut être douloureux. Communiquer, c'est se mettre au monde". nous dit J. Salomé. Il ne faut pas oublier cette douleur "à se raconter" que le patient peut éprouver. Il ne faudra pas chercher à la camoufler par une attitude rassurante (un peu comme on camouflerait par des morphiniques la douleur d'un ventre chirurgical). Il ne faudra pas non plus la rendre insupportable par une intrusion trop rapide dans le vécu du patient (en faisant une psychothérapie sauvage). Il faudra seulement reconnaître cette douleur, l'écouter, et amener le patient doucement à l'affronter,... par lui même.

2) Un apprentissage est-il nécessaire ?

- Certains médecins pensent qu'il n'y a que des cas particuliers qu'il faut laisser chaque praticien résoudre à sa guise (50).

- D'autres estiment que la maîtrise de la situation psychologique s'apprend vite. Ainsi, un médecin généraliste affirme : "ça renvoie toujours à des choses personnelles, il suffit d'en être conscient et de se connaître un minimum". Mais il ajoute : "le groupe dans lequel je travaille est à mon avis une garantie suffisante. Quand des problèmes relationnels se posent nous en parlons entre nous, ce qui évite des erreurs commises en solitaire" (54).

- En ce qui me concerne, après deux ans de remplacement, j'ai le sentiment d'employer pour résoudre certains problèmes des méthodes empiriques, basées sur l'intuition. Balint considère que "l'emploi de ces méthodes empiriques est aussi limité pour la psychothérapie que le couteau et le tournevis en chirurgie". Je peux témoigner pour ma part que la formation à la Relation d'aide chez J. Salomé et la participation aux groupes Balint m'a permis d'établir des liens chez moi-même et chez mes patients, et m'a donc permis de clarifier de nombreux problèmes rencontrés lors de ces remplacements. Je pense en définitive qu'il est "important pour un médecin de se connaître lui-même", mais que chacun peut définir SON moyen d'y parvenir !

3) Ecouter, entendre, dire, ne pas dire : 4 démarches pour mettre en commun. (73)

L'homme est quelqu'un à qui l'on peut adresser une parole et quelqu'un qui peut exprimer une parole. Il peut dire une parole savoureuse qui donne aux autres la joie, une parole qui saisit la poitrine, une parole qui frappe le ventre en révélant les pensées cachées. (Bonheur et souffrance chez les Peuls nomades).

a) Ecouter : Cela peut se faire à 4 niveaux

1- Au niveau des faits, des événements qui se sont passés objectivement.
2- Au niveau du ressenti, de l'émotion
3- Au niveau du retentissement ou résonance (à quoi cela me revoie-t'il dans mon histoire ?)

4- Au niveau de la pensée, des concepts.

- Ainsi le fait suivant "je me suis fait opérer" peut entraîner une émotion "j'ai eu très peur quand on m'a endormi" et parfois un retentissement "cela m'a rappelé mon accident de voiture il y a quelques années".

- Le 4ème niveau, celui de la pensée est souvent plein de pièges pour accéder à une communication vraie et féconde. Ainsi, le médecin pourra se réfugier derrière une intellectualisation bloquant le malade au niveau de son ressenti.

Inversement, le malade pourra rester au niveau des faits s'il ne désire pas (ou s'il ne peut pas encore) accéder à un niveau plus profond.

- Ecouter exigera de sortir de soi (se "décentrer") et de se différencier, c'est-à-dire reconnaître la différence des deux individus en présence.

b) Entendre chez soi et chez l'autre à partir du réel, du symbolique et de l'imaginaire.

"Qu'est-ce qui me manque pour entendre l'autre ?" Fernand Deligny.

- Il s'agit d'entendre chez soi (ce que l'autre provoque) et chez l'autre les différents langages (verbaux et non verbaux), qui pourront être exprimés dans différents registres ou longueurs d'ondes :

1- A partir du réel, de l'événement

2- A partir du symbolique, avec des sens compris du sujet seul et liés à son histoire. Ainsi, un jeune patient qui "mitraille" avec un révolver imaginaire ses compagnons de chambre très malades à l'hôpital (alors qu'on attend impatientement que le rein

d'un cadavre soit disponible pour une transplantation) exprime peut-être son désir de voir un des malades se dépêcher de mourir pour lui fournir l'organe nécessaire (37).

3- A partir de l'imaginaire : nous pourrons aussi entendre l'autre à partir de l'image que nous nous faisons de lui.

- Ainsi faudra-t'il souvent entendre la plainte de l'enfant à un autre niveau que celui qu'elle exprime : "j'ai mal" pourra vouloir dire "j'ai peur". De même, cet enfant de 6 ans en dialyse péritonéale exprimera une double demande en disant à l'infirmière : "frotte moi" (il lui prend la main et la met sur son ventre) et en ajoutant : "maman". Il souhaite, être massé pour avoir moins mal, mais aussi de l'affection et de la protection.

c) Dire, parler à l'autre, parler "VRAI"

- "Il ne s'agit pas de parler **SUR** l'autre mais de parler **A** l'autre". "Il ne s'agit pas de parler **SUR** soi mais de parler **DE** soi".

Le patient essaiera souvent de prendre un chemin détourné pour exprimer son malaise : "mon mari boit et me bat. C'est de sa faute si j'en suis arrivée là..."

Il s'agira de le recentrer sur lui-même mais toujours avec tact. (les patients ont parfois vécu assez de violences dans leur vie pour en connaître une nouvelle avec leur médecin).

- Parfois le corps du patient traduira son renoncement à parler sur lui (bras croisés, Etc...). Il pourra aussi essayer de déguiser son message et, nous l'avons vu, parler de l'autre. Il pourra enfin choisir le mauvais moment : combien de paroles importantes sont échangées sur le pas de la porte, juste à la fin de la consultation !

Le médecin s'il n'est pas disponible à ce moment devra l'exprimer, tout au moins s'il a entendu le message : "**J'entends bien votre demande mais je ne peux vous accorder plus de temps aujourd'hui.** Peut-être accepterez vous un nouveau rendez-vous pour que nous puissions en discuter". Ce sont des mots simples mais encore faut-il les prononcer...

- Parler au niveau des images du corps (23): C'est parfois indispensable avec les enfants en difficulté . Ainsi, Françoise Dolto affirme qu'il s'agit de parler aux enfants anorexiques comme s'ils étaient aussi intelligents qu'un adulte : Il est inutile de leur dire "Tu ne veux pas avaler", il faut parler à l'image du corps en disant " tu refuses d'avalier par que ça s'arrête à l'endroit de ton pharynx".

- PARLER VRAI (23). Cela s'applique avec un adulte mais aussi avec un enfant. Parler vrai signifie considérer l'enfant qui est en face comme un homme ou une femme en devenir, avec un corps d'enfant, mais comprenant tout ce que nous disons. Françoise Dolto donne un exemple de cette parole vraie. "J'ai rencontré un bébé dépressif de 14 mois et lui ai dit : "peut-être veux tu mourir ?". Il répondit en baissant deux fois la tête. "Eh bien, tu vois, moi je ne t'empêcherai pas de mourir, mais tu sais bien qu'a la pouponnière tu ne pourras pas". Pendant que je parlais, l'enfant regardait constamment par la fenetre : "tu regardes par la fenêtré parce que tu voudrais t'échapper. Mais tu ne pourras pas puisqu'il y a des barreaux aux fenêtrés. Si tu veux mourir, il va falloir sortir de la pouponnière" ;..

... Je ne le souhaite pas, je préfère que tu m'expliques pourquoi tu veux mourir. A ce moment, quand tu l'auras dit, tu seras peut-être capable de vivre".

- J'ai pour ma part rencontré en consultation un père qui parlait comme un bébé à son enfant de un an 1/2 (Obs. N°2). Mais je n'ai malheureusement pas établi un parler VRAI avec ce bébé, étant trop absorbé par la résonance d'une situation que j'avais du mal à gérer :

Voici la description de cette observation de Enrik que ses parents amenaient pour des problèmes d'alimentation : Après l'avoir examiné, je dis à la maman :

"il est coléreux !" - "Mais surtout il ne mange rien" ajoute-t-elle.

Ce à quoi je réponds : "c'est pourtant un beau bébé".

Elle me dit alors : "en fait, il ne mange pas avec NOUS. Avec la nourrice ça va. On le voit le soir et le week-end".

Je ne peux m'empêcher alors de lui faire remarquer une évidence : "il ne faut pas le forcer, il mangera quand il aura faim". La maman semble comprendre qu'il n'y a pas de danger vital à sauter quelques biberons et que son angoisse est peut être plus nocive que les biberons refusés par l'enfant.

Il m'a semblé que cette mère ne cherchait qu'une confirmation de ce qu'elle savait déjà. Mais peut-être cherchait-elle... une autre réponse. Il aurait fallu pour cela que je l'entende me poser d'autres questions, que je l'écoute, sans me réfugier derrière les conseils.

J'ajouterai que pendant la durée de la consultation le père également présent, a parlé à Enrik avec des mots de bébé (dont je ne me rappelle plus le contenu). J'ajouterai enfin que la mère a dit : "ON essaye de le gaver". Ce "parler bébé" du papa, ces parents qui "gavent" leur bébé, tout cela a déclenché en moi une résonance qui a limité fortement la relation.

Il me semble que j'aurais pu établir un dialogue avec cette mère, axé sur ces quelques mots: "Qu'est-ce que cela provoque en vous le fait qu'il ne mange pas en votre présence ?". C'était peut-être difficile lors d'une première consultation mais je pouvais au moins lui demander de me préciser ce qu'il y avait derrière le "NOUS" et le "ON" ("Il ne mange pas avec NOUS", "ON essaye de le gaver"). Enfin, je pouvais parler à Enrik, comme à "un homme en devenir", avec mon langage à moi et montrer au papa que cela était possible de communiquer avec un bébé..., sans changer de langage. Je ne l'ai pas fait car la résonance était trop forte. Je n'en ai compris les raisons qu'en reprenant cette observation après plusieurs mois.

d) Ne pas dire.

La pensée est un oiseau de l'espace qui dans une cage de mots peut ouvrir ses ailes mais ne peut voler. (Khalil Gibran).

- Le patient a le droit :

. De "baliser son territoire" ("cela ne regarde que moi pour le moment").

- . D'attendre plus tard ("je ne suis pas prêt pour vous en parler").
- . De dire avec d'autres langages (un regard, un sourire...).
- Quant au médecin, il se gardera d'interpréter... sauvagement; de mettre sa parole à la place de celle de son malade. Un silence est parfois préférable...

4) "Communiquer s'appuie sur 7 conditions de base" (73)

- 1- Etre disponible, ouvert à l'autre
- 2- Etre conscient qu'une relation vivante produit des déchets, par exemple des peurs (la pollution relationnelle).
- 3- Savoir se définir
- 4- Alternner l'écoute.
- 5- Alternner les positions d'influence haute et basse
- 6- Dire pour être entendu et non pas être approuvé
- 7- Renvoyer à l'autre son message pour qu'il entende ce qu'il dit.

5) Nous communiquons à partir des messages de notre enfance, messages qui se sont déposés en nous avec parfois beaucoup de violence :

Nous verrons ainsi dans le chapitre VIII (la démarche symbolique) que pendant l'enfance nous recevons des messages positifs (de confirmation) et des messages négatifs (de négation, d'interdiction) : "Le Docteur, il va te faire une piqûre si tu n'es pas gentil". Nous sommes également marqués par les secrets de famille, les silences sur les sujets tabous comme la sexualité ou la folie (74).

5) Il existe deux langages pour communiquer.

a) La linguistique met en évidence ces deux langages (89) :

α) Le langage digital qui s'établit grâce à un signe dont le rapport avec la signification donnée est une pure convention. C'est le cas de tous les mots de cette page par exemple. Ainsi le mot chat n'évoque ni la forme ni le cri du chat.

β) Le langage analogique se fonde sur des signes qui ont un rapport immédiatement évident avec ce qu'ils signifient : ainsi une carte de géographie évoque le territoire qu'elle représente.

La communication non verbale fait partie du mode analogique (gestes, mimiques) : c'est le langage privilégié des sentiments et du ressenti immédiat.

- Le fait qu'il existe deux langages comme le souligne Watzlawick suggère très fortement qu'ils doivent servir à exprimer deux images du monde très différentes.

b) Les deux cerveaux (89)

- Watzlawick se basant sur des preuves expérimentales distingue par ailleurs deux cerveaux : l'hémisphère droit et l'hémisphère gauche.

. L'hémisphère gauche traduit avant tout le langage verbal (donc sur un mode digital). C'est le cerveau de la pensée logique (langage, écriture, calcul...). Il assemble comme une mosaïque de nombreux éléments isolés.

. L'hémisphère droit au contraire est capable d'identifier un tout à partir d'un seul de ses éléments essentiels : ainsi l'odeur de la madeleine évoque à Marcel Proust toute une époque de son enfance.

Ce cerveau est enclin à utiliser des jeux de mots, à tirer des conclusions illogiques en se fondant sur des associations de sons.

- Il est difficile de passer d'un langage hémisphérique à l'autre : ainsi il est malaisé d'exprimer par des mots les sensations provoquées par un concert symphonique. Dans les cas extrêmes, Watzlawick considère que les des hémisphères peuvent connaître une séparation au plan fonctionnel et entrer en conflit, comme c'est le cas dans la schizophrénie.

c) La communication non verbale (33)

- Nous venons de voir qu'elle est issue du langage analogique de l'hémisphère droit.

- Nous avons vu aussi (paragraphe 1) que cette communication s'opère à travers un canal qui n'est plus l'air mais le corps.

- L'émetteur qui produit le message n'est pas toujours conscient de ce message : le corps apparaît donc parfois comme une lecture de l'inconscient.

- Cook reconnaît dans les signaux non verbaux (33 a):

α) Des aspects statiques : le visage, le physique, la voix, les vêtements, la coiffure, etc...

β) Des aspects dynamiques : l'orientation dans l'espace, la distance, la posture, les gestes et les mouvements du corps, l'expression du visage, la direction du regard, le ton de la voix, le rythme d'élocution.

La lecture des ces signaux par le médecin est l'une des conditions de l'écoute dans la relation avec son patient.

J'ai repris ici la classification de Cook, dans laquelle j'ai introduit des observations personnelles :

β1) La mimique faciale : le visage est la partie la plus expressive du corps, mais permet aussi de dissimuler les émotions.

β2) Le regard : il peut envoyer et recevoir des informations mais il peut aussi signifier bien autre chose. Le regard interrogateur de certains patients en est la preuve. Ainsi, en tant que remplaçant j'ai souvent été interrogé dans un premier temps par des regards qui disaient : "Je m'attendais à trouver le Dr X et je tombe sur vous... Etes vous capable de répondre à ma demande ?". D'autres regards exprimaient une agression, une demande sexuelle, un appel à l'aide, etc... Parfois, c'est seulement avec le regard que nous pouvons communiquer avec un malade : C'est le cas d'un patient à qui l'on fait un tubage* comme le montre E. Kübler Ross (37) :

"Si ses yeux expriment de l'anxiété, approchez vous de lui et demandez lui : " vous avez peur ?" S'il fait un signe de la tête demandez lui : " Qu'est-ce qui vous fait peur ?" et vous

donnez des exemples de ce qui pourrait l'effrayer. S'il presse fortement votre main quand vous abordez un certain sujet, vous lui parlez de ce sujet précis et vous restez à côté de lui".

β3) Les gestes et les mouvements du corps.

La main qui donne la gifle ou la caresse est la même, simple différence d'intention et d'intensité. (J. Salomé).

- Ils peuvent être liés au discours, et venir le renforcer ou l'infirmier. Il est particulièrement important pour un soignant que ses gestes soient en harmonie avec ses paroles !

- Les gestes peuvent aussi indiquer pour le patient l'intensité de l'écoute du médecin.

- Les gestes conventionnels sont représentés par exemple par le langage des sourds-muets. J'ai longtemps cru que ce langage pourrait être un obstacle à une consultation médicale jusqu'au jour où j'ai reçu au cabinet une petite fille de 8 ans sourd-muette (Obs. N°3) accompagnée de sa maman... sourd-muette également. La maman commence à s'exprimer par des signes; je dis maladroitement à la fillette : "tu es venue pour faire l'interprète". Bien sûr elle ne me répond pas... La mère a des gestes très rapides, très précis; elle me tend un papier. Moment de panique ! comment vais je le remplir. Puis elle me tend un second papier, déjà rempli (le certificat de l'année précédente). Soulagement ! Je lis en conclusion sur l'ancien papier : "fillette tout à fait autonome malgré son handicap, que la famille assume très bien". Puis la mère et la fille échangent quelques signes. La mère me montre alors le ventre de l'enfant. Je note quelques questions par écrit dont celle-ci : "Se gratte-t-elle autour de l'anus ?" l'enfant répond par l'intermédiaire de sa mère "oui beaucoup". Le diagnostic de parasitose intestinale me paraît très probable et je prescris un scotch-test* et du fluvermal.

J'ai voulu montrer ici, qu'un très bref échange dans un climat de confiance mutuelle, et malgré l'absence des mots, m'a permis d'établir rapidement un diagnostic certes simple, mais sans obsession de l'appendicite, comme cela m'est arrivé avec d'autres enfants, dont les parents exprimaient beaucoup d'angoisse... avec des mots.

Je regrette seulement de n'avoir pas établi un dialogue avec l'enfant autour de son symptôme. Je n'ai pas pris le temps d'une communication... non verbale, polarisé par ma réponse médicale.

β4) Le contact physique ou quand "la palpation devient toucher".

- Plus qu'un long discours, je citerai le Docteur Françoise Rodary (66):

"Main posée sur le corps

"Main qui interroge, qui demande, qui respecte, qui cherche

"Main qui reconnaît la douleur bien plus profond que la peau

"Main qui perçoit, qui écoute

"Main qui ressent l'abandon, la confiance ou la défense

"Main qui réchauffe, qui rassure,

qui parfois soulage, qui masse, qui défend
qui met en mouvement, qui autorise
qui accompagne plus loin la respiration
main contact, main dialogue, main caresse."

- Parfois, il s'agit seulement de prendre la main, pour accompagner l'autre dans sa souffrance (sans entrer soi-même dans cette souffrance).

- Un examen caresse. Je citerai ici une observation relatée par le Docteur Michel Sapir (77).

Il s'agit d'une patiente de 35 ans, atteinte d'une polyarthrite rhumatoïde * qui a vu plusieurs médecins sans suivre aucun des traitements prescrits.

Le médecin l'examina très longuement, touchant ses articulations avec beaucoup de douceur, ne cherchant pas à mesurer le degré exact d'invalidité provoqué par la douleur. Il s'agissait en somme d'un "examen-caresse", c'est-à-dire doux, non douloureux. Il la revit tous les 15 jours : la patiente à chaque fois se deshabilait et s'allongeait sur la table d'examen en slip et soutien gorge.

C'est au cours de ce minutieux examen "caressant" qu'il la faisait parler d'elle-même. Il y avait une sorte de mélange indissociable entre l'examen physique et le ressenti, entre les prescriptions de médicaments libérant ses articulations et les paroles libérant sa personne.

β5) Les postures

Postures de domination, de soumission, postures qui révèlent l'intensité des émotions...

β6) Le comportement dans l'espace.

Le comportement peut être déterminé par l'espace du patient ou celui du médecin.

- Il s'agira parfois de changer son bureau de place ou de venir s'asseoir près du malade, en éliminant ainsi cette barrière institutionnelle pour favoriser une écoute plus profonde. Hippocrate parlait déjà de "chaises à hauteur égale afin que le patient et le médecin soient au même niveau".

- Au cours des visites à domicile c'est au contraire le patient ou sa famille qui déterminent l'espace : il peut être parfois difficile de s'y conformer pour le médecin.

J'ai ainsi été appelé en visite dans une ferme, pour une personne âgée qui souffrait de violents maux de tête (Obs.N°4). Quand je suis entré dans la salle à manger, elle se tenait assise près de la table, tenant sa tête entre ses mains. Ses deux filles étaient loin d'elle, assises près du mur. Elles se sont levées puis se sont assises à la même place après un très bref échange. J'ai examiné cette grand-mère, au milieu de la pièce sous l'œil "vigilant" de ses filles. J'éprouvais le sentiment d'être sur une scène, ou plutôt dans une arène ! Il est vrai que leurs questions pendant l'examen ne m'incitaient pas à la confiance : "Alors qu'est-ce qu'elle a ?" "Alors qu'est-ce que vous lui faites ?".

J'ai ensuite proposé à la grand-mère de s'allonger sur son lit dans la chambre à côté. Elle ne semblait pas en comprendre l'utilité. Cela m'a permis :

1. de lui faire un examen neurologique
2. D'échapper au regard inquisiteur de ses filles
3. d'entrer en relation avec elle.

J'ai pu ainsi, grâce au choix de la chambre, écouter davantage cette patiente.

Je citerai également les visites chez Hélène (1ère observation). Elle était toujours couchée dans la salle à manger, les volets fermés. Le matelas était par terre. Je devais donc m'asseoir sur un tabouret d'enfant pour être à son niveau; le dialogue était plus facile ainsi.

β7) L'aspect extérieur.

C'est souvent ce que l'on remarque en premier chez l'autre.

* Le visage peut parfois influencer profondément la relation. Il faut alors repérer ce qui se passe en nous, le retentissement que ce visage entraîne dans notre inconscient.

C'est le cas de ce patient atteint d'un cancer de la face (Cf. Obs. N°26) quand je l'ai vu pour la première fois j'ai pensé au personnage du film "Elephant Man". Ce visage offrait un contraste de laideur et de douceur. Je ne me souviens que du regard. J'ai oublié totalement le visage... (je l'avais d'ailleurs oublié dès le lendemain. C'est le médecin que je remplace qui me l'a décrit !). Pour moi, ce visage c'était seulement un trou... et un regard.

* Les vêtements.

Nous insisterons ici sur la tenue du médecin qui est un moyen d'exprimer le respect qu'il témoigne au malade cette tenue a d'autant plus d'importance que les malades nous observent beaucoup : Il est reconnu qu'ils nous observent plus que nous ne les observons.(33)

"Il ne s'agit ni de suivre une étiquette compassée et parfois bouffonne, ni de verser dans le laisser-aller."

En ce qui concerne le médecin généraliste, le choix de la blouse blanche doit être selon nous laissé à son libre arbitre : certains médecins la considèrent comme un instrument de pouvoir; pour d'autres, elle représente une "neutralité bienveillante" (25).

β8) La respiration

C'est un grand moyen de communication non verbale. Les soupirs en disent parfois plus long que les paroles. C'est vrai pour le malade, mais aussi... pour le médecin. Il n'est pas inutile pour détendre un malade avant un examen (parfois traumatisant) de lui enseigner la respiration profonde. Cela pourra être utile aussi pour apaiser un asthmatique en début de crise ou une femme qui accouche. Ces techniques de relaxation employées en obstétrique gagneraient beaucoup à être connues et pratiquées par les médecins généralistes.

Nous citerons pour terminer ces paroles de Frédérick Leboyer à une femme enceinte (43):

Après lui avoir conseillé de poser ses mains sur son ventre :

"Oui, voilà ! Tes mains, tu les vois du dehors, tu les sens du dedans. Ta respiration s'ouvre, se libère, descend, sens tu ce ventre se détendre, s'animer, s'emplir, vivre ? Sens tu tes mains

écartées, repoussées l'une de l'autre ?..."

Tu connais à présent le secret : une expiration qui vient du ventre longue, lente, égale et douce...

Au terme de cette expiration tu as trouvé le vide.

Loin de fuir, tu l'as accepté, pour en sentir naître une inspiration lente, large, puissante qui se fait d'elle-même, qui est la réponse, la récompense, de l'inspiration qui l'a précédé".

Et il ajoute plus loin :

"Penser en termes d'oxygène, de diaphragme, de poumons, quelle erreur."

Cette attitude, ces mots du médecin, constituent pour nous une véritable relation d'accompagnement par ... le souffle.

β9) Les questions indirectes:

Ainsi que le note E. Kübler Ross (37) un malade mourant demande souvent :

"Pourquoi cela m'arrive-t'il à moi ?". Nous pouvons répondre : "Je ne sais pas pourquoi cela vous arrive à vous". Mais en fait, le malade demande : "Pourquoi cela m'arrive-t'il maintenant ?". En l'amenant à poser ainsi sa question, il pourra exprimer sa colère, son angoisse...

d) Autres langages non verbaux chez l'enfant et l'adulte.

"Il pense il pense il n'en finit pas de penser" J. Prévert.

Les bébés et les jeunes enfants n'ont pas beaucoup de mots pour parler. Mais ils ont beaucoup de langages pour s'exprimer.

L'adulte en conservera une partie, par exemple en somatisant* pour échapper à un conflit psychique trop pénible.

Mais la communication non verbale sera chez cet adulte plus difficile qu'avec un enfant car il rationalisera ses problèmes, les cantonnant dans son intellect. Tout l'art du soignant consistera donc à le relier à lui-même, à TOUS ses langages, et aux autres personnes.

Nous nous inspirons ici des thèses de Jacques Salomé et Françoise Dolto (74).

- Le regard : "les enfants nous regardent même quand ils font semblant de ne pas nous voir". L'enfant a non seulement besoin d'être vu, mais également reconnu. Cet exemple relaté par J. Salomé en témoigne : "Mathilde fut un bébé hurleur durant 5 mois entiers, et sa mère ajoute : jusqu'au moment où j'ai pris conscience que je ne la voyais pas. Je n'étais pas là même quand je m'occupais d'elle. C'est un matin que j'ai compris cela en lui donnant le sein et ce jour là je l'ai regardée vraiment : elle n'a plus jamais hurlé".

- Le sourire : "Si nous n'arrivons pas à sourire à un bébé (fatigue, tension, etc...) nous pouvons au moins apprendre à relâcher notre corps, en particulier la mâchoire, les épaules et la respiration" : l'examen médical n'en sera que plus facile !

- La respiration : c'est notre premier langage quand nous venons au monde "dans les moments de tension et d'émotion vécue par l'autre nous pouvons simplement faire entendre notre respiration".

C'est particulièrement important près d'un enfant qui fait une crise d'asthme : J'ai accompagné plusieurs enfants en crise d'asthme et je leur ai toujours fait entendre ma respiration qui devenait plus ample, plus calme. Il me semble que ce procédé très simple calme l'enfant et... le médecin.

- Le rythme et la tension : Nous proposons l'exemple d'un patient, relaté par J. Salomé : "depuis quelques années je pratique le Tai Chi Chuan et beaucoup de mes gestes ont changé de sens, avec mes enfants. Avant, j'avais des gestes qui voulaient donner ou prendre. Maintenant, j'ai des gestes qui proposent.

- Si le médecin se sent trop tendu au moment d'une consultation il vaudra mieux qu'il renonce à prendre lui-même l'enfant dans ses bras : un autre mode relationnel plus symbolique est possible par des objets, en lui proposant par exemple de manipuler le stéthoscope ou l'otoscope.

- Les silences :

* "Si nous acceptons de ne pas bousculer ce silence de l'enfant, il devient alors un support de l'échange".

Il me semble aujourd'hui que mes relations avec **Laura** (atteinte d'un ostéosarcome) auraient été plus profondes si j'avais pu accueillir chez elle ce silence dont elle s'entourait parfois (elle pouvait être d'ailleurs très bavarde et j'étais plus à l'aise ... dans ce bavardage).

* Comme le note E. Kübler Ross (37) on ne peut pas entrer dans une chambre de malade en ayant préparé ce qu'on va dire : si on ne sait pas quoi dire, on le reconnaît simplement.

- Les passages à l'acte.

C'est l'agression de l'enfant contre lui-même ou autrui. Si un enfant frappe sa petite sœur, c'est une forme de langage, certes difficile à entendre pour les parents, mais il y a toujours une signification.

Jacques Salomé a imaginé ces propos que l'adulte pourrait tenir :

"C'est vrai, je suis touché par ce que tu as fait. Mais je suis surtout touché parce que je sens que tu veux me dire quelque chose d'important. C'est tellement important que tu n'hésites pas à prendre un moyen douloureux pour le dire." Nous retrouvons ici le "parler vrai" de Françoise Dolto.

- Les rituels.

Il existe des rituels autour de la nourriture (les dessins dans la purée...), les doudoux, les nounours, avec lesquels l'enfant va tenter de relier le monde extérieur à lui-même".

Les questions des enfants sont rarement des questions réelles : C'est par toutes ces questions qu'un enfant tente de clarifier les mystères de la vie, et de la mort...

"Comment je ferai pipi quand je serai au ciel ?"

"Où c'est que j'étais avant d'être dans ton ventre ?"

- Les somatisations.

- "Il ne s'agit pas de comprendre l'origine, d'expliquer les maux. Il s'agit d'en chercher le sens, le message" : "ainsi devant leur enfant enrhumé les parents cherchent souvent à expliquer. : "Il est resté dans un courant d'air..." et découvriront ainsi l'élément déclencheur mais pas ce que l'enfant a peut être tenté de dire avec ce rhume". Et si le médecin est suffisamment à l'écoute peut-être l'enfant arrivera-t'il à lui dire le sens de son rhume (Cf. chapitre VIII : "symboles et médecine").

- Les symbolisations.

✓ Elles seront faites d'une grande variété de gestes, d'objets, de jeux et de liens invisibles qui vont prendre un sens spécifique pour permettre à un patient de se relier au monde qui l'entoure (Cf. chapitre VIII).

Comprendre ce langage symbolique peut être capital : ainsi un malade pourra sembler parler librement de sa mort et être pourtant encore au stade du refus (37).

[Illustration sous droit retirée de la version de diffusion de la thèse]

II - COMMENT ÉCOUTER UN PATIENT EN LUI PERMETTANT D'ÉTABLIR DES LIENS

Comme nous le verrons dans les chapitres suivants, un patient que l'on écoute **sera** capable de se relier :

1. A sa maladie
2. A son traitement
3. A son entourage
4. A lui-même.
5. A son soignant.

1) Trois conditions de base à l'écoute

a) Etre disponible, avoir du temps.

α) La disponibilité

- La disponibilité, c'est nous l'avons vu l'une des 7 conditions fondamentales de la communication . C'est la capacité à se décentrer de soi-même, à s'ouvrir sur l'inconnu.

- Elle dépend de nombreux facteurs (lieu, statut, peurs...). La peur de la relation en particulier est un obstacle majeur : Ainsi le médecin pourra avoir peur d'être jugé, de perdre son statut de médecin, d'entrer en conflit avec son patient .

Parfois, le médecin aura peur d'être vulnérable, d'être mis à défaut dans ses compétences médicales. Parfois, il aura peur d'utiliser son pouvoir de soignant, peur de montrer ses sentiments réels. Ces peurs sont innombrables. Elles peuvent nécessiter parfois une remise en cause profonde

- "La disponibilité ne consiste pas à répondre présent à toute heure du jour et de la nuit, mais à ce que le patient puisse trouver devant lui un champ libre où se dire" (Dr. Rodary). Le médecin a le droit d'avoir du temps pour lui seul, et pour sa famille.

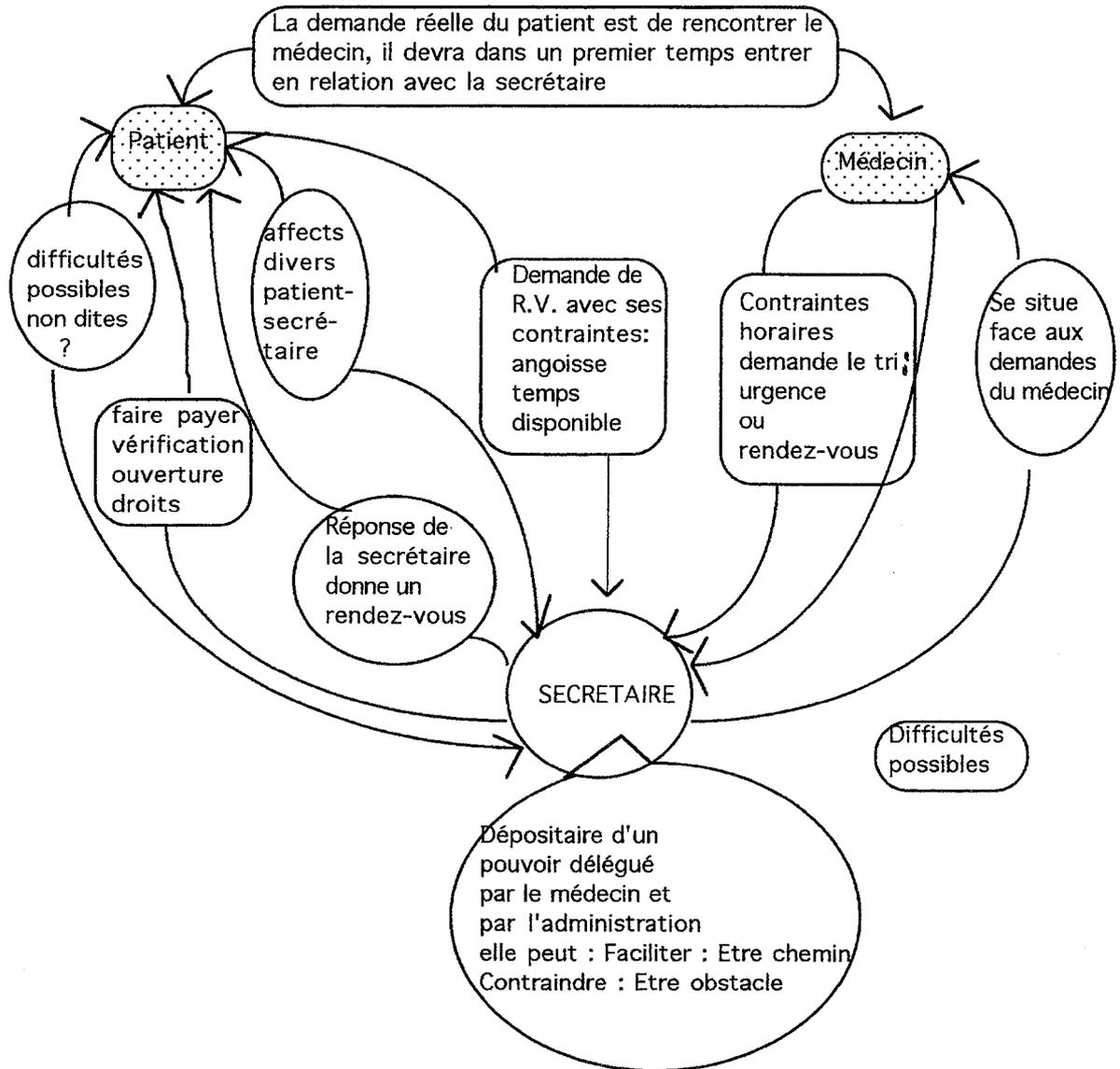
- Etre disponible c'est aussi une façon d'être présent avec le patient, ici et maintenant, sans l'enfermer dans des questions.

- Il faut noter l'importance du rituel d'accueil dans l'entretien. Je pense que les petites phrases habituelles du type : "comment allez vous ?" ou encore "est-ce que vous allez bien ?" sont inutiles et que le patient a plus besoin d'une invitation, d'un accueil, que de questions maladroités. A la question "comment allez vous ?" que je posais lors de mes premiers remplacements, j'ai parfois reçu la réponse : "Très mal !". A la question : "est-ce que vous allez bien ?" on me donnait parfois la réponse : "et vous Docteur !".

L'accueil au secrétariat médical est parfois un frein, tantôt un stimulant de la relation avec le malade. "La secrétaire peut être chemin ou obstacle : c'est avec ce qu'elle ressent qu'elle accueille au nom du médecin". C'est une relation à trois dont la complexité est illustrée par cet organigramme du Docteur Rodary (66).

II - Comment écouter un patient...

24



[Illustration sous droit retirée de la version de diffusion de la thèse]

II - Comment écouter un patient...

25

- Nous illustrerons l'importance de la disponibilité par deux observations :

α1) observation d'un pédiatre (63) :

Nous citerons ici l'observation d'Adrienne : Il s'agissait d'une consultation banale mais la mère, sur le pas de la porte, demande :

"Ah oui, Docteur, je voulais vous demander quelque chose. Puis-je vous parler d'Adrienne ?"

- "De quoi s'agit-il ?"

- "Quand Adrienne regarde la télévision, on dirait qu'elle se masturbe !"

- "Ecoutez, Madame, je vous demande de comprendre que ce n'est satisfaisant ni pour vous, ni pour Adrienne, ni pour moi, d'aborder ce sujet entre deux portes, comme nous le faisons. Je propose de reprendre un rendez-vous pour discuter spécialement de cette question. Elle est au moins aussi importante que la rhinopharyngite qui vous a amenée."

Il n'est pas simple en effet de formuler les problèmes qui tournent autour du sexe. Mais ils sont trop importants pour ne pas être disponible quand les patients nous en parlent. L'attitude du pédiatre est donc à notre avis fort justifiée.

α2) Observation personnelle (Obs. N°5):

Il s'agit d'une fermière de 35 ans, venue me consulter pour de multiples plaintes : à la première consultation, elle me dit : "J'ai mal au ventre, j'ai du mal à respirer quand je traye les vaches. En plus, j'ai une boule dans le cou : ça fait un mois. Le Docteur m'a dit que ça disparaîtrait". Plutôt que de l'écouter je lui ai dit avec une certaine impatience que nous allons reprendre les problèmes un à un. Je lui ai aussi demandé (assez rapidement) si elle était calme ou nerveuse !... Pendant l'examen, elle a ajouté : "et j'ai mal là de temps en temps" (en montrant sa poitrine). La douleur irradiait dans le bras gauche !

Je lui ai demandé de revenir le lendemain pour un électrocardiogramme : elle semblait beaucoup plus confiante et détendue que la veille. J'ai analysé longuement le tracé, un peu agacé par une onde T* négative . Elle m'a alors demandé : "Ça ne va être trop long? il y a la traite des vaches !" Cette question m'a ramené à sa demande immédiate : je ressentais beaucoup de frustration et de déception mais sans en comprendre le sens.

Un examen physique et une anamnèse plus attentive m'ont complètement rassuré quant à sa douleur dans le bras : elle avait mal sous l'aisselle ainsi que dans la région pré-cordiale mais... seulement quand elle se couchait dessus ! Elle est revenue à une troisième consultation (il me semble l'avoir convoquée pour une IDR*). Le ganglion avait disparu, les douleurs au ventre et au bras également. Et elle respirait bien. Elle m'a seulement dit : "Il y a beaucoup de travail en ce moment, c'est pas facile !".

Quand j'analyse cette observation avec quelques mois de recul, je note plusieurs points :

II - Comment écouter un patient...

26

1. Je l'ai enfermée à la première consultation dans une analyse sémiologique (d'ailleurs incomplète) tout en faisant intrusion dans son psychisme ("vous êtes nerveuse ?"). Cette opposition ne pouvait qu'introduire une certaine ambiguïté et empêchait à mon avis une relation féconde.

2. Ma réaction d'impatience à la première consultation était due en partie à la fatigue, en partie à la peur de "passer à côté de quelque chose de cardiaque". Pourtant l'ECG était plus un prétexte à la revoir, dans de meilleures dispositions.

3. Je ressentais un peu une course contre la montre car l'ECG se prolongeait, le cabinet se remplissait et... la patiente était limitée par le temps.

β) Avoir le temps.

Avoir le temps d'écouter est donc l'une des conditions de la disponibilité. Ce n'est pas la seule. Elle est néanmoins suffisamment importante pour que nous en fassions un paragraphe à part;

J'entends souvent cette plainte des patients : "Avec le Dr X ça va trop vite" ou bien "il est toujours pressé". En tant que remplaçant, je suis dans une position privilégiée car j'ai souvent plus de temps à accorder aux patients que leur médecin habituel.

La longue durée de l'entretien peut être importante pour certains patients, à des moments précis de leur vie, mais la capacité d'écoute n'a rien à voir avec le temps : une écoute active de bonne qualité peut être faite pour certains malades en 1/4 d'heure si le médecin est disponible psychologiquement : c'est ce que nous montre la technique du flash de Balint que nous allons développer dans le paragraphe suivant ;

Mais auparavant, nous insisterons sur l'importance du temps à consacrer à son malade dans le cas particulier d'une décision thérapeutique d'envergure comme une chimiothérapie * (32).

C'est ce que nous montre cette observation :

"Une jeune femme présente un cancer nécessitant une chimiothérapie. Ce traitement entraîne une chute des cheveux. Informée, la malade exprime son refus absolu de se voir "tondue".

Le médecin est très embarrassé et décide de la revoir le lendemain, pour... la convaincre. Mais à peine est-il entré dans la chambre qu'elle lui dit :

"Je me moque de perdre mes cheveux". Reflexion personnelle ? Avis de son mari?...

Cet exemple montre que le temps est aussi important pour le malade que pour son médecin, le temps par exemple de "digérer" l'idée de devenir chauve.

Nous ouvrons ici une parenthèse sur le contexte économique car nous ne sommes pas certains qu'il soit possible de pratiquer une médecine relationnelle dans de bonnes conditions actuellement, sauf peut-être en y consacrant la totalité de son temps...

II - Comment écouter un patient...

27

Il reste cependant la bonne volonté de chacun. Je remarque en effet que certains médecins généralistes (rares il est vrai) entretiennent des relations de grande qualité avec leurs nombreux patients et trouvent le temps, de partir en mission dans le tiers-monde avec les ONG.

γ) La technique du "flash" de Balint ou psychothérapie focale brève.

- Cette technique suppose comme d'ailleurs toutes les méthodes que nous développons dans cette thèse une relation d'accompagnement préexistante, l'assentiment de son malade et... la compétence du médecin.

M. Balint l'avait introduite pour aplanir en peu de temps soit un conflit localisé, soit un conflit d'ordre relationnel, en évitant une psychothérapie de longue haleine.

Or en médecine générale, la demande correspond souvent à une "zone" qui paraît limitée, tantôt un symptôme gênant, tantôt un conflit précis que le patient ne peut résoudre. Le médecin doit choisir de centrer ou recentrer le discours du malade sur la zone focale. Il pourrait en résulter selon le Docteur Sapir une régression*, quoique de courte durée. Il s'agit un peu d'une "effraction" dans un but précis et limité. Le médecin est donc directif pendant une période brève. Les généralistes qui ont à la suite de Balint, appliqué cette technique, ont vite compris après quelques tâtonnements, l'importance d'ETRE EN RESONNANCE avec le malade et de n'intervenir QUE lorsque celui-ci en éprouve le désir.

- Un exemple de flash :

C'est l'observation d'un médecin de campagne qui suit depuis quelques mois une patiente atteinte de recto-colite hémorragique*

Lors d'une poussée menaçante, l'hospitalisation est faite en urgence et une colectomie* est proposée. Elle la refuse et quitte l'hôpital avec l'assentiment de son médecin.

Il l'adresse alors à Paris et on la laisse ressortir sans hésitation. "Ils m'ont mise à la porte, dit-elle, ils m'ont traitée par dessus la jambe, ce qui signifie probablement que je vais bien".

Puis, sans la moindre question du médecin, elle lui parle de son enfance : "j'avais fait mes besoins un jour près du salon. Mon père m'a fichu une de ces fessées".

Au cours des consultations suivantes, les plaintes changèrent d'organes, mais il n'a plus été question de recto-colite hémorragique.

Que c'était-il passé ? Devant une décision opératoire grave, le médecin était entré en résonnance avec sa patiente, avait ressenti son angoisse, mesuré ce qu'une telle mutilation représentait pour elle. Bref, elle avait été RECONNUE. D'où la naissance de nouvelles relations, d'une médecine d'accompagnement, sans explorations, sans psychologisation, simplement basée sur des ENTRETIENS BREFS.

Dans ce cas précis, la régression a été obtenue par une décision du médecin d'hospitaliser la malade à Paris, ce qui sous-entendait :

"Vous avez peut-être raison de refuser l'opération. Il y a peut-être autre chose que je suis prêt à chercher avec vous".

II - Comment écouter un patient...

28

Cet autre chose était peut-être la fessée du père...

Le flash ne peut donc se passer d'une relation d'accompagnement, de confiance réciproque, qui permette une souplesse de la relation. Si le médecin et le malade sentent qu'ils peuvent modifier leurs attitudes, que celles-ci ne sont pas figées dans un même rapport, il est possible au médecin :

1. Tantôt de susciter le flash et même d'être très directif s'il s'agit d'un cas urgent demandant une intervention rapide.

2. Tantôt de recevoir ce flash sans l'avoir provoqué.

Le Dr M. Sapir considère qu'une telle disponibilité n'est possible qu'après plusieurs années de "groupe Balint" (Cf. Chapitre : Formation). Nous noterons que le terme psychothérapie peut évoquer une psychologisation à outrance de la relation. C'est pourquoi nous éviterons ce terme dont l'usage est par ailleurs bien galvaudé de nos jours en particulier aux USA (psychothérapie par le divorce, par le rire, par la pression du pouce, par le saut en parachute) (83).

b) L'importance du lieu.

- Le cabinet médical doit être calme et suffisamment intime. Le bureau peut donc être un obstacle à certaines rencontres en renforçant les positions de dépendance ou de défense. Il peut donc être utile de venir s'asseoir près du patient.

- La présence de jouets est souhaitable pour les enfants, mais c'est parfois un stéthoscope ou une lampe de poche qui attireront le plus leur attention. Cela a été le cas avec Sonia, 7 ans 1/2 : le dialogue n'a pu se nouer qu'à travers le jeu et les objets présents : je l'ai seulement empêchée de déballer ma trousse d'urgence et lui ai proposé de me faire un dessin, ce qu'elle a tout de suite accepté (Cf. Obs. N°21).

- A l'hôpital, il faudrait que tout le personnel soignant puisse disposer d'une pièce d'isolement où il puisse... "pleurer ou exprimer à voix haute sa révolte" (37).

2) **Se positionner positivement**

a) "Savoir se définir dans ses limites et ses contraintes."

Les contraintes représentent par exemple, comme nous venons de le voir, le temps qui nous est imparti.

Les limites sont liées au rôle du médecin qui est de donner des soins mais non de prendre en charge : Ces limites n'ont pas été clairement définies, avec Madame D (Cf. Obs. N°17) sauf dans ma lettre de "rupture": les multiples lettres et cadeaux que j'ai reçus d'elle en témoignent. Dans le cas des mourants, les limites du soignant sont liées à son implication profonde et comme le note E. Kübler Ross (37) : "personne ne devrait s'occuper exclusivement des malades condamnés ni le faire à plein temps".

II - Comment écouter un patient...

29

b) Repérer son attitude dominante et éviter certaines attitudes.

Les attitudes sont des prédispositions permanentes à agir d'une certaine manière vis à vis d'autrui. Elles peuvent être fastes ou néfastes à la relation. Découvrir quelle est son attitude spontanée et habituelle est un objectif essentiel de toute formation personnelle.

J. Salomé définit 7 attitudes principales regroupables en deux catégories (73) :

α) Les attitudes d'influence :

α1) L'attitude d'autorité, où le médecin parle pour son patient, parfois après y avoir été contraint, comme c'est le cas avec ce malade qui me dit : "Mais Docteur, c'est vous qui savez !".

α2) L'attitude de conseil, où l'on suggère au malade ce qu'il doit faire, en prenant le risque d'augmenter sa dépendance ou son opposition à l'égard du médecin.

Balint considère que le réconfort et le conseil sont les deux formes de traitement les plus utilisées et il ajoute qu'elles peuvent être de puissantes armes thérapeutiques mais ce qui est mauvais, c'est leur administration massive, sans tenir compte de chaque individu.

Je citerai cette observation de Madame T, 40 ans, qui consultait pour une cystite (Obs. N°6) : Elle m'a téléphoné en me donnant son diagnostic; elle se présente devant moi avec des lunettes de soleil. Je la trouve plutôt sympathique et lui pose les questions classiques de l'anamnèse* : "Est-ce que cela vous brûle en urinant ? etc...". Je lui demande quel est son métier Elle me répond : "représentante". Bien qu'il n'y ait pas de symptôme rénal je lui propose de s'allonger pour prendre la tension et lui dis : "au fait, vous ne devez pas avoir beaucoup le temps de boire" (elle me confie qu'elle est très occupée par son travail et qu'elle roule souvent en voiture).

- "Oui, c'est vrai, d'ailleurs je suis en vacances, je vais en profiter ! Et après trois jours j'oublierai!" et elle ajoute, "je suis fatiguée".

- "Ce n'est pas étonnant avec une cystite et le travail que vous faites".

Mais elle ajoute :

- "Et puis avec tous ces problèmes que j'ai en ce moment !"

Je lui prends sa tension sans répondre immédiatement puis je lui dis : "Oui, vous avez beaucoup d'ennuis qui peuvent vous fatiguer". Et elle me parle alors de son mari dépressif : "Moi quand c'est blanc, c'est blanc. Lui on ne sait jamais. Et il m'empêche de dormir le soir. IL n'arrête pas de parler. Et ces cernes qu'il a sous les yeux ! Si vous voyiez cet air triste !...".

J'essaie alors de la recentrer sur elle-même :

- "Cela semble beaucoup vous affecter"

- "Il ne se croit pas malade lui, mais moi de le voir comme ça, ça me rend malade".

- "Et vous ne le lui dites pas ?"

- "Il s'en fiche. Je ne l'intéresse pas. Ce qui est dur pour moi c'est que je m'intéresse à lui."

- "Il doit bien y avoir un moyen de lui parler".

II - Comment écouter un patient...

30

- "Il ne veut rien entendre. Et j'ai peur qu'il s'en aille. Pourtant, l'autre jour je lui ai dit que j'en avais marre. Il est parti mais il est revenu aussitôt".
- "Vous voyez bien que vous pouvez faire quelque chose pour lui...et pour vous. Je ne crois pas que ce soit la solution de rentrer dans son jeu".
- "Oui, mais j'ai peur parce que moi, à sa place, je partirai. Je suis impulsive, c'est blanc ou c'est noir. Lui, il change d'avis sans arrêt".
- "Oui, mais vous n'êtes pas à sa place. Vous êtes différente de lui, cela vaut la peine d'essayer de sortir de cette impasse".
- "Oui, d'ailleurs une amie me l'a dit".
- "Il vous manipule sans le vouloir".
- "En effet, il n'est pas méchant".
- "Mais en attendant, il vous épuise".

C'est à ce moment là qu'elle m'a dit : "Alors, vous me donnez quoi ?".

J'ai compris qu'il fallait revenir à la cystite. Je lui ai fait une ordonnance. Elle a remis ses lunettes de soleil.

Mon attitude de conseil est apparue, dans cette observation, quand j'ai dit à cette femme : "Je ne crois pas que ce soit la solution d'entrer dans son jeu". Bien qu'intégrée au dialogue elle se révèle pourtant une attitude intrusive.

α3) L'attitude d'évaluation, où le médecin porte un jugement de valeur "c'est bien, c'est moins bien..."

Cette attitude du médecin déclenche chez le patient un mélange de refus inconscient, de non confiance, de conformisme. Elle est souvent utilisée par rapport aux interdits médicaux (alcool, tabac) ou aux régimes : "vous avez arrêtez de manger du sucre, c'est bien ! Mais ce serait encore mieux si vous arrêtez de fumer".

α4) L'attitude de soutien, de réconfort

De même que l'attitude de conseil c'est, le souligne Balint, l'une des attitudes les plus répandues en médecine. Le soutien peut être bénéfique "à petite dose", ponctuellement, mais représente un danger quand elle devient une prédisposition permanente. En rassurant le malade, le médecin l'encourage mais minimise le problème (Balint).

Je pense que c'est souvent le médecin qui recherche un réconfort. Ce réconfort peut s'adresser au malade mais aussi à la famille : J'exposerai plus tard l'exemple de Monsieur X, 63 ans (Cf. Obs. N°26), qui présente un cancer de la face avec des métastases pulmonaires et cérébrales. Quand j'arrive près de lui, appelé en urgence par son fils, il est en détresse respiratoire aigüe. Malgré son état très critique, j'affirme pourtant à sa femme : "Il n'est pas bien, mais il y a encore un espoir". Quelques minutes après, le médecin du SAMU lui dit : "Il y a peu d'espoir". J'ignore ce qui m'a entraîné à vouloir trouver à tout prix un espoir, à vouloir rassurer cette femme qui de toutes façons ne se faisait guère d'illusions (elle me confie au

II - Comment écouter un patient...

31

moment du départ de l'ambulance que l'état de son mari s'est beaucoup dégradé ces derniers mois et qu'elle redoutait la venue de ce jour fatal...).

α5) L'attitude d'interprétation.

Dans cette attitude le médecin se réfère à ses propres normes pour EXPLIQUER le problème de son patient.

Il se met à sa place et cherche dans son monde personnel, dans ses "grilles de référence" habituelles une explication au problème de son malade.

Nous préférons proposer au patient notre compréhension : "dans ce que vous avez dit, dans ce que j'ai entendu, voilà ce que j'ai compris".

β) Les attitudes de non influence

β1) L'attitude d'enquête

Elle consiste à "en savoir davantage en favorisant chez le patient le lien d'éléments disparates mais elle peut parfois être maladroite et demande donc une bonne maîtrise de l'entretien." Je développerai plus l'observation de Madame N, 40 ans (Cf. Obs. N°22), qui consultait pour une perte de mémoire . "J'ai eu très peur quand j'ai découvert une boule dans le sein" m'a-t-elle dit. (Puis elle m'explique les raisons de cette peur). Je lui ai alors demandé : "N'y-a-t'il pas quelque chose d'autre qui vous ait marqué dans votre vie ?". Le danger dans cette attitude d'enquête est de "sauter du coq à l'âne". Il est davantage souhaitable de favoriser le lien d'éléments disparates que de forcer le malade à trouver de nouveaux liens. Ainsi, dans ce cas je ne cherche pas à en savoir davantage sur ce cancer et la peur qu'il a entraîné. Je la "dévie" au contraire vers "autre chose", comme si je voulais créer les liens... moi-même.

β2) L'attitude de compréhension (73)

- Le médecin s'efforce ici de pénétrer avec sincérité le problème de son interlocuteur, en lui REEXPRIMANT, de la façon la plus authentique et claire, la totalité de ce qu'il vient d'exprimer. (la mimique du visage est un garant de l'authenticité...).

Il s'agit donc de s'introduire sincèrement dans son problème en VERIFIANT que nous avons bien compris ce qui a été dit.

- L'attitude prônée par Porter et Rogers pour la psychothérapie, ainsi que pour toute relation qui vient garantir le libre développement de la personne, est la COMPREHENSION EMPATHIQUE que nous développerons dans le chapitre suivant.

c) Repérer la polarisation de l'entretien (73)

C'est le champ de forces créé par la rencontre de deux personnes différentes. Il s'agit donc de savoir qui est là pour convaincre, pour imposer. On peut penser que c'est le médecin qui tient ce rôle. En fait cela n'est pas toujours le cas.

J. Salomé a repéré 8 orientations à la polarisation : stimuler (amplifier), informer, écouter (ou recevoir, comprendre), imposer, manipuler, débattre, absorber l'autre (le phagocyter), s'opposer (détruire) (73).

II - Comment écouter un patient...

32

"Chacune de ces polarisations entraînera chez l'autre une réponse liée à sa propre dynamique : ainsi, devant une stimulation certains malades "s'ouvrent", d'autres s'effraient, d'autres vous délogent de votre position d'écouter en vous transformant en "demandeur".

Je citerai un exemple de polarisation orientée sur la manipulation (Obs. N°7) : la première consultation concerne un homme d'une trentaine d'années. Il a très mal au niveau de l'épigastre*. Il est agressif et me met très mal à l'aise. Il y a peu d'éléments me permettant de m'orienter sur un problème gastrique et d'éliminer un infarctus. Devant le manque d'information, l'intensité de la douleur, l'angoisse de sa femme et... mes doutes, je décide de l'hospitaliser.

La deuxième consultation deux jours plus tard, concerne la mère du précédent patient qui vient faire vacciner sa fille de 15 ans. Elle se présente très vite comme la mère de cet homme que j'ai hospitalisé il y a deux jours. Elle me dit : "envoyez le chez le Dr Y, à la clinique X, il ne faut surtout pas le soigner pour les nerfs".

J'ai en effet téléphoné entre-temps à l'hôpital de R et le chef de service m'a répondu : "nous n'avons rien trouvé, c'est un neurotonique. Il a déjà eu sa fibroscopie. Nous ne lui avons pas refaite."

La mère sait donc que son fils va sortir... sans traitement : c'est du moins ce qu'elle me dit : "j'ai travaillé à l'hôpital, je sais ce que c'est. Ils ne vont rien lui donner. En tous cas ne lui dites pas que je vous ai parlé. Elle me donne le livret de famille où figurent le nom de tous ses fils et elle rajoute : "en médecine il faut des preuves". Je regrette de ne pas lui avoir demandé ce qu'il y avait à prouver. D'ailleurs je me suis laissé envahir par un flot de paroles. Je lui ai simplement dit avant son départ : "je ferai pour le mieux, mais je ne peux pas décider ce qui conviendra à votre fils avant d'en avoir parlé avec lui".

d) Cerner les objectifs de l'entretien (73)

Nous distinguons les objectifs apparents qui sont énoncés au départ et les objectifs cachés qui vont se révéler au cours de l'entretien.

C'est ce que je viens d'envisager dans le cas précédant : L'objectif apparent de la patiente était "je viens pour faire vacciner ma fille". L'objectif caché qui est apparu au cours de l'entretien était bien différent : "je viens vous parler de ce qu'il faut faire pour mon fils".

Dans ce cas, la patiente utilise un tiers (sa fille) pour introduire le problème d'une autre personne (son fils).

Parfois l'objectif apparent et l'objectif caché ne concernent que le malade lui même. "J'ai une angine" peut ainsi devenir : "J'ai des problèmes avec ma femme en ce moment...".

L'objectif apparent est très souvent une ordonnance à renouveler. C'est le cas de Madame T que nous verrons plus loin : elle vient pour renouveler une ordonnance pour la ménopause et me dit pendant que je lui prends la tension : "j'ai quelque chose à vous dire. J'ai un peu honte d'en parler, mais je mange sans arrêt."...

II - Comment écouter un patient...

33

L'objectif caché est souvent dévoilé sur le pas de la porte. Il convient donc d'être particulièrement attentif aux derniers mots du patient et de lui proposer de revenir une autre fois si l'on est pressé. Mais il ne faut en aucun cas négliger cette "parole à la mer" qui représente peut-être "la chose" vraiment importante pour le malade.

e) Accepter ses limites et réorienter le patient vers un confrère.

- Il peut arriver qu'un patient pose un problème insoluble au médecin généraliste :

. Soit parce que cela dépasse ses compétences et le recours au spécialiste est alors indispensable.

. Soit parce que le problème évoqué par le patient entraîne un retentissement trop important chez le médecin.

Il peut être alors judicieux d'orienter le malade vers un autre confrère généraliste. Cela se pratique très rarement, mais éviterait probablement des impasses relationnelles.

Dans les deux cas, il faut avoir assez de tact pour que le patient ne le ressente pas comme un abandon mais de toute façon son ressenti lui appartient et le médecin n'en n'est pas responsable

- Je citerai ici l'une des conditions énoncée par un chef indien d'Amérique du Nord pour définir un bon voyant-guérisseur. : "c'est un excellent signe s'il ne prétend pas être à même de guérir toutes les maladies. S'il vous dit : "pour ce dont vous souffrez , mes remèdes ne font pas l'affaire, je vais vous envoyer à quelqu'un qui possède l'herbe voulue". "Alors, vous savez que vous avez devant vous un homme honnête" (85).

f) S'accepter comme individu unique et comme médecin rattaché aux autres médecins et à la société.

Là encore nous citerons pour illustrer cette individualité du soignant et son rattachement aux autres membres de la société les propos de Tahca Ushte, chef indien d'Amérique du Nord. Il nous semble en effet que ces propos ont une essence universelle même s'ils sont à replacer dans leur contexte ethnique : "c'est par sa propre vision qu'un homme devient voyant guérisseur. Personne d'autre n'est visité par une vision exactement semblable. Mais en même temps une autre part de cette vision est partagée avec d'autres voyants-guérisseurs. Le médecin guérisseur est lié à son peuple comme par les lanières de cuir du Yuwipi".

3) Une écoute à tous les niveaux et non pas un interrogatoire.

a) Une écoute à 4 niveaux

Nous avons déjà vu que l'on peut écouter l'autre :

1. Au niveau des faits, du vécu, de l'anecdote.
2. Au niveau du ressenti, de l'émotion
3. Au niveau du retentissement ou résonnance
4. Au niveau de l'intellect.

- Le niveau de l'intellectualisation est comme nous l'avons vu souvent trop difficile pour un échange fécond. Il convient donc pour le médecin de ramener le patient à un niveau concret .

II - Comment écouter un patient...

34

A la mère **de Laura** qui me disait : "je me demande finalement si c'est bien de laisser les parents toute la nuit avec leur enfant à l'hôpital", je pouvais répondre : "Et vous, est-ce que vous pensez que vous avez eut raison de rester près **de Laura** ?". Mais mon intervention a été inutile puisqu'elle a ajouté : "C'est vrai qu'on lui a évité bien des solitudes et des souffrances."

- Dans une communication féconde le médecin écouterait son patient au niveau des faits, du ressenti, de la résonance et lui permettrait de passer d'un niveau à l'autre s'il le désire. Mais lui aussi pourra jouer avec les 4 niveaux de l'écoute.

b) Se mettre sur la même "longueur d'onde".

Nous venons de voir 4 niveaux d'écoute possible. Parfois le patient nous parle à un seul de ces niveaux et il s'agit pour le médecin d'être "sur la même longueur d'onde" : ainsi le patient peut, même à travers son corps nous parler sur un plan affectif ("je souffre beaucoup..."). Si nous lui répondons sur un plan médical ("vous n'avez rien") nous nous situons sur une autre "longueur d'onde", d'où une frustration considérable pour le malade.

c) Ne pas interroger à tout prix.(73)

Il existe de nombreux types de questions. Pour un médecin en relation d'aide la pire est peut-être la question intrusive, qui ne respecte pas l'autre. Mais les questions manipulatrices sont peut-être plus fréquentes qu'il n'y paraît ("y-aurait-il quelqu'un qui ait une envie folle de fumer ?"); les questions fermées (celles où l'on ne peut répondre que par oui ou par non caractérisent l'interrogatoire qui se justifie dans les situations d'urgence. En dehors de ces situations, les questions ouvertes sont toujours préférables car la réponse est libre et le patient n'est pas obligé de répondre.

Il existe enfin la question pourquoi qui amène l'autre à se justifier, à EXPLIQUER, et "expliquer son comportement c'est peut-être justement ne pas le comprendre".

Notons enfin que le rythme des questions est important : s'il est trop rapide et surtout si l'investigation est trop rapidement personnelle, le patient ne répondra pas comme il le désire.

Je citerai un exemple où l'analyse sémiologique initiale aboutit trop rapidement à une question intime : Mademoiselle A est une jeune mahgrébine de 25 ans qui travaille en saison dans un hôtel de montagne. Elle se présente avec une douleur dentaire et une joue gonflée. L'abcès est évident à l'examen. Je lui demande alors : "depuis quand avez vous mal ?" - "Depuis plusieurs jours". - "N'avez vous pas eu envie d'aller chez le dentiste ?" - "Ça me fait peur, j'ai horreur de la roulette". - "est-ce que c'est depuis l'enfance ?" - "Oui".

J'ai donc utilisé une question fermée pour faire intrusion dans son passé. Je changeais brutalement de registre en "m'introduisant" dans son enfance, mais le mode de questionnement restait le même. C'est peut-être pour cela qu'elle a seulement répondu "Oui"...

- Je terminerai en remarquant qu'il existe peu d'urgences vraies susceptibles d'un interrogatoire à questions fermées : La plupart du temps il est possible de faire préciser au

II - Comment écouter un patient...

35

malade lui-même les caractéristiques d'une douleur. Le Dr Rodary décrit fort bien cette attitude d'invitation (66) : "Je ne sais pas à quoi vous pourriez comparer cette douleur, à quoi vous fait elle penser ?" et elle ajoute "le patient va chercher en lui des images, des mots chargés de symboles" "c'est comme si on me piquait avec 50 aiguilles". Ces symboles seront à reformuler sans commentaire : "oui, c'est comme si on vous piquait avec 50 aiguilles". Cela permettra donc une écoute sur un plan symbolique et sur un plan strictement médical en même temps. Après avoir invité le malade à décrire ses symptômes le médecin l'invitera à lui dire comment il les gère, ce qui calme sa douleur. Il y a bien sûr les facteurs sémiologiques* classiques (position, médicaments...) mais aussi psychologiques (la présence ou l'absence de telle personne...).

4) Entendre chez le patient et chez soi-même

a) Entendre chez l'autre les différents langages.

Nous avons vu qu'on pouvait entendre l'autre à partir du réel, du symbolique et de l'imaginaire.

- Le réel découle "d'une réalité observable"

- Le symbole est compris du sujet seul, et lié à son histoire. Les somatisations en sont un exemple.

- L'imaginaire est le domaine des fantasmes, "images qui se créent dans notre tête et se projettent dans le futur".

α) Entendre le langage non verbal.

Nous avons déjà entrevu la richesse de ce mode de communication, en particulier avec l'enfant : "entendre" sa respiration, ses mimiques, ses questions et ne pas seulement écouter le langage des mots est une démarche fondamentale pour tout soignant.

β) Entendre le langage populaire

Bien souvent, je me suis laissé piéger par mes propres questions car le sens des mots n'était pas le même pour le malade et pour moi. Ainsi la question "avez-vous mal aux reins ?" amène la plupart des patients à me répondre : "Oui bien sûr, ça fait longtemps", et ils me montrent leur colonne lombaire. Pourtant en leur posant cette question, je cherchais à éliminer un problème rénal et non un problème de colonne vertébrale. Or l'une des conditions de la communication est de parler le même langage. Il s'agit donc pour un médecin de connaître le sens des mots dans le langage populaire : Le Dr Bensasson remarque que l'on a remplacé la notion populaire de "gâtisme", vieille d'environ 150 ans, par celle de maladie d'Alzheimer, entrée dans le langage courant vers 1985. La seconde notion, la seule qui soit scientifique, reste malheureusement aussi floue que la première dans la plupart des esprits, tout en provoquant souvent une profonde frayeur (11).

Ainsi, il existe un autre savoir que celui de la science exacte, un savoir épanoui dans un autre univers : Claude Levi-Strauss considère que ces deux modes de savoir existent chez l'homme "primitif" : d'une part un savoir très proche de l'intuition sensible, ajusté à

II - Comment écouter un patient...

36

l'imagination et d'autre part un savoir décalé, scientifique officiel (11a). Nous rejoignons le Dr Bensasson quand il ajoute que chaque homme appartient en son for intérieur "aux temps primitifs et à l'informatique" et que tout médecin pourrait faire état de cette double appartenance dans sa pratique quotidienne.

- Sur un plan historique, Edouard Brissaud, médecin linguiste note que la tuberculose a observé un glissement sémantique par le biais de plusieurs termes successifs : poitrinaire - phthisique - tuberculeux - "bacillaire". Ce glissement va dans le sens de la dissimulation de la maladie aux patients. Il en va de même pour le cancer : "grosseur ou kyste sont souvent utilisés par les médecins pour atténuer la gravité de la maladie. Les médecins parlant entre eux disent "néo" et "méta". Une forme de cancer est parfois crument dénommée "saloperie", le mot "tumeur", plus doux, laisse planer en dépit de résonances phonétiques sinistres (tumeur = tumeurs) une incertitude (11b)".

γ) Entendre chez l'autre une culture différente (46).

γ1) Le patient d'une autre culture doit être écouté dans sa culture.

- Nous citerons pour commencer l'exemple d'un Turc originaire de l'Anatolie qui vient consulter un médecin généraliste occidental en se plaignant de douleurs orbitaires. Le généraliste l'envoie chez l'ophtalmologiste qui... le lui renvoie. Le patient est considéré comme hypocondriaque, voire manipulateur. Il se présente alors chez le guérisseur de son village qui examine le fonctionnement sexuel de son patient, sachant que les douleurs aux yeux constituent souvent une expression d'un problème d'impuissance.

- Ainsi le sujet raisonne selon sa culture. Un discours culturel n'est pas un discours psychologique : il est tout au plus un écran derrière lequel se masque le problème psychologique.

γ2) Le migrant.

La migration induit un processus d'aculturation qui le fragilise : L'articulation maladie/culture devient donc encore plus complexe. Les problèmes liés au contexte multiculturel de la relation soignant/soigné sont envisagés dans le chapitre VII.

b) Entendre chez l'autre le retentissement.

Nous avons vu que le retentissement renvoie le malade à son passé, à SON HISTOIRE personnelle et familiale.

Tout se passe comme si le corps humain était un merveilleux ordinateur qui engrange une multitude d'informations pendant le vie de l'individu et que de nouveaux événements, parfois, viennent "déloger", reconnaître cette information ancienne, à la manière des logiciels. C'est alors que se produit la résonance (75).

1ère Observation : L'observation suivante, empruntée au Docteur Rodary nous montre l'exemple d'une résonance mise à jour grâce à une écoute active (66).

II - Comment écouter un patient...

37

Madame V, 46 ans, vient en urgence consulter pour une sciatique assez typique. Je suis un peu pressée ce matin, il y a beaucoup de monde. Je me dis "tant mieux, le diagnostic est simple. Ça ne va pas être long". C'est dire mes dispositions peu écoutantes!

Je l'examine. La sciatique se confirme, évidente; Mon écoute très médicale aurait très bien pu s'arrêter là. Mais au fond de moi je ne veux pas "enfermer" Madame V dans son symptôme sciatique. Je n'ai plus le souvenir de la façon dont Madame V s'est mise à parler. Il me semble que j'ai du regarder la couverture du dossier familial et constater tout que deux filles y étaient notées : offrir simplement un peu de disponibilité, une petite faille dans laquelle elle va s'engouffrer. C'est à ce moment qu'elle me dit :

- "non, j'ai eu d'autres enfants. Ma fille Nadia qui est morte, mais je n'en parle jamais".

Elle est émue, le menton tremble un peu (je ne vois vraiment pas quel lien il peut y avoir avec la sciatique d'aujourd'hui. Mais j'écoute : le lien, ça lui appartient) et je confirme :

- "Oui... Votre fille Nadia... dont vous ne parlez jamais ?"

... Silence... doucement, j'ai demandé : "C'était un accident ou une maladie ?"

- "Une anesthésie locale chez le dentiste. C'était en décembre, non le 9 janvier 82, elle avait 17 ans".

- "Oui. Vous n'en parlez jamais ?"

- "Non, je n'aime pas en parler... je garde"

- "Et puis il y a deux jours mon chef nous a noté, il m'a mis 16 1/2 (pourquoi ai-je entendu "ses ennemis" ?...). J'aurais pu avoir 19 : c'est la note maxima, je n'ai jamais manqué mais il regardait les années antérieures : j'ai manqué lors du décès de ma fille et lors de l'opération de mon autre enfant (le voila, le lien !) et à cause de ces absences vieilles de neuf et six ans, il continue à ne mettre que 16 1/2.

Je recueille :

- "Oui il continue à vous punir d'avoir pris du temps pour le décès de votre fille."

Je fais préciser le ressenti :

- "Comment avez vous vécu cela ?"

- "Oh mal, très mal."

Elle s'anime :

- "J'étais très en colère. J'aurais aimé lui crier : je voudrais que vous passiez par là, j'aimerais bien que vous ayez ça à vivre. C'est ça que je vous souhaite !". (j'écris sur un papier toute sa colère adressée à son chef.)

Mais elle ajoute aussitôt :

- "Mais moi je m'en fous ! il peut penser ce qu'il veut."

Je confirme que ce que j'ai entendu de son ressenti :

- "Oui... Si j'entends bien, vous restez encore très en colère. Une colère qui vous fait mal, que vous gardez encore en vous. (J'ai devant moi les mots de sa colère.) Mais d'un autre côté, vous, vous savez bien que votre note aurait dû être 19 et non 16 1/2!"

II - Comment écouter un patient...

38

- "Oui, ma colère me fait mal et c'est tous les ans pareil et puis... c'est aussi son anniversaire, le 5 décembre, qui approche et puis Noël, et puis... l'anniversaire de sa mort."

Je remarque au passage sa responsabilisation. Elle dit bien "c'est **ma** colère, qui **me** fait mal". Je recueille :

- "Oui toutes ces dates en fin d'année. Et ce chef, chaque fin d'octobre qui continue à vous pénaliser à cause du temps que vous avez pris pour votre fille décédée."

Je m'informe :

- "Est-ce que ça a des conséquences graves pour vous, cette note ?"

- "Non j'ai eu une promotion. Ça ne change pas grand chose, c'est la colère que je ressens."

- "Oui. C'est la colère... C'est **votre** colère... Je l'ai écrite là sur ce papier". Je la relis... "elle est à vous... Vous pouvez la garder en vous, bien sûr, mais elle risque de vous faire encore souffrir. Peut-être pouvez vous aussi la lâcher.. Je vous propose par exemple... de la brûler ou de la laisser tomber dans l'Isère... comme vous voudrez. Moi, je ne peux pas vous en débarrasser avec des médicaments... Mais vous, si vous le voulez, peut être vous pouvez la lâcher ?".

Elle regarde, longuement le papier, apaisée. Elle pose sa main dessus. Elle me regarde et dit : "Ça repose...");

Je lui souris, heureuse moi aussi, encore une fois émerveillée... et je lui donne son ordonnance pour sa sciatique : elle commence par : repos... Elle entendra sûrement que le repos nécessaire ne concerne pas seulement son corps.

Il est possible de suivre dans le déroulement de cette consultation :

- L'écoute médicale du "fait" corporel : la sciatique.

- L'écoute de l'autre registre apporté par la malade, dans un premier temps sans lien apparent, si ce n'est la concordance des dates anniversaires de souffrances concernant ses enfants.

- Un fait : la note du chef

- Un ressenti : la volonté de ne pas se laisser abattre

la colère

- Un retentissement : elle est renvoyée à la douleur du décès de sa fille , qu'elle avait d'abord nommé en premier.

Cette consultation débouche sur une proposition thérapeutique symbolique (Cf. Chapitre VIII).

2ème Observation (Obs. N°8): Je citerai ici une observation personnelle démontrant la résonance du mot tuberculose chez certains patients : Madame X a 35 ans, elle est d'origine gitane et travaille avec son mari sur les marchés. Elle est actuellement installée au camping en face du cabinet médical. Elle est venue me voir 4 ou 5 fois pendant l'été 1991, toujours avec la même angoisse, la même interrogation quant à ses ganglions apparus 3 semaines auparavant.

II - Comment écouter un patient...

39

Lors de la première consultation, après un examen physique approfondi, je constate qu'il existe en effet deux ganglions durs et douloureux au niveau du cou. La formule sanguine ne montre pas de leucocytose* et la radio pulmonaire écarte toute atteinte tuberculeuse à ce niveau. Je pratique alors une IDR* qui se révèle positive à 13 mm. Lors des premières consultations je lui affirme très maladroitement que "ce n'est sûrement pas grave" puisque la prise de sang est négative. Ce qui est absurde car seule la biopsie du ganglion peut éliminer un cancer ou... une tuberculose, ce que je ne vais pas tarder à lui dire. Elle me pose beaucoup de questions et veut comprendre pourquoi l'IDR est aussi fortement positive. Je lui réponds toujours maladroitement qu'il peut s'agir d'une tuberculose mais que c'est peut-être seulement la preuve qu'elle est bien immunisée. Et je lui répète plusieurs fois que seule la biopsie résoudra le problème. Elle s'inquiète pour ses enfants car le mot tuberculose évoque chez elle une maladie grave et ...la contagion. Je lui dis qu'il y a moins de danger qu'avec une tuberculose pulmonaire. Elle ne semble pas vraiment rassurée. Cette consultation se termine ainsi : 5 minutes après, son beau-frère revient très "agité" : "Elle est en train de pleurer, vous lui avez dit que c'est la tuberculose. Elle a peur de contaminer tout le monde". Je renouvelle pour lui mes explications avec beaucoup plus de calme ce qui semble l'apaiser. Je lui dis de revenir avec elle pour que je puisse aussi la rassurer. Ils reviennent au bout de 5 minutes. Je la rassure un peu, mais elle n'est toujours pas très convaincue par la nécessité de pratiquer une biopsie et me demande : "Ça fait mal ? Est-ce qu'ils endorment ?". Je lui affirme qu'elle n'aura pas mal et qu'elle sera endormie localement.

J'ignore si cette femme, qui était en vacances s'est rendue à l'hôpital. Je me suis refusé à lui prendre moi-même un rendez-vous.

Conclusion :

Je n'ai donc pas cherché à savoir comment résonnait chez cette patiente le mot tuberculose, à quoi cela la renvoyait dans son histoire personnelle ou familiale, bref je ne lui ai pas permis d'établir des liens à partir de sa peur.

Mais la résonance n'était pas seulement forte chez elle. Il y avait de mon côté l'angoisse du ganglion inconnu, l'angoisse de ne pouvoir la rassurer. Je suis resté dans un registre cartésien et pourtant imprécis : elle, me parlait de sa PEUR, moi de son ganglion...

c) Entendre chez soi-même.

α) La résonance chez un médecin ou comment vivre ses angoisses.

- La résonance chez le médecin s'explique par la ressemblance avec son patient. "Je suis un homme, rien de ce qui est humain ne m'est étranger" disait Paul Valéry. La vie, l'amour, la mort sont partagés par tout le monde. Le médecin se trouve impliqué dans cette aventure. Le Docteur Rodary imagine ainsi ce que pourrait être le choix du médecin pour un patient :

"Si j'étais aux prises avec une maladie, une douleur chronique, une blessure profonde, je choisirais un médecin très compétent techniquement certes, mais surtout un homme qui écoute

II - Comment écouter un patient...

40

et que j'imagine connaître de l'intérieur (pour les avoir vécus) les chemins de vie, les chemins de guérison, et qui m'accompagnerait sans angoisse aux frontières de ma mort." Ainsi que le note G. Poussin (60) : "Il est inutile de porter barbe et faux-nez pour aborder tel patient à la personnalité réputée difficile. C'est dans l'écoute de nos propres émotions que nous trouverons la réponse à ce qui nous le rendait si barbare".

- Certaines consultations ont déclenché en moi une profonde résonance :

* Parfois j'ai pu maîtriser cette résonance, peut-être pour l'avoir déjà rencontrée à de nombreuses reprises, peut-être aussi devant le caractère d'urgence : c'est le cas de Madame X qui présentait une douleur thoracique constrictive depuis 3 jours. Malgré la peur que provoquait chez moi sa douleur, j'ai pu éviter de transmettre ma propre panique à la malade et instaurer une sorte de "dialogue de l'urgence".

- Certaines résonances ont provoqué chez moi le besoin de livrer mon expérience au patient : ce fut le cas avec Mademoiselle A, 25 ans, qui consultait pour une douleur dentaire (Cf. Obs. N°12)

Il s'agissait de la deuxième consultation au cours de laquelle elle m'avait parlé de ses relations difficiles avec le personnel d'une maison de repos : "Les gens du personnel sont méchants, ils ne supportent pas que je ne sois pas d'ici. Ce n'est même pas à cause de ma couleur de peau." Et elle s'est mise à pleurer. Il y a eu chez moi une double résonance par le souvenir d'une aide-soignante qui gavait les malades dans un service de gériatrie où je travaillais et des difficultés de s'intégrer quand on vient d'ailleurs. J'ai éprouvé le besoin de lui en parler ce qui semble-t'il a "coupé" la communication : elle ne m'a plus rien dit ...peut-être est-ce le fait de mettre au même niveau qu'elle qui l'a gênée : elle cherchait avant tout un soutien, elle avait besoin d'être rassurée.

Dévoiler ses états d'âme à un patient peut être positif dans certains cas, mais il faut une demande en ce sens de sa part. Il s'agit avant tout de se centrer sur le malade... et non sur soi. Il ne faut pas perdre de vue que la relation soignant/soigné est une relation dissymétrique.

* Certaines situations déclenchent de façon inexplicable et répétée un grand sentiment d'angoisse et seulement chez certains. Ce sont ces situations qu'il peut être utile de revivre dans un stage de développement personnel.

* Cette "montée des émotions" offre un obstacle à la relation, que celle-ci se situe sur le plan de la relation d'aide psychologique ou sur le plan strictement médical. En effet :

1° Si le patient a besoin d'une écoute active, celle-ci deviendra trop parasitée pour être efficace.

2° Si le patient présente un problème organique, le médecin risque fort de passer à côté. Certains malades présentent des symptômes psychiques traduisant une maladie organique : c'est le cas des tumeurs ou métastases au niveau du cerveau. Pour ces patients, le dépistage organique est encore une question d'ECOUTE attentive et non pas seulement une connaissance de la sémiologie*.

II - Comment écouter un patient...

41

β) Le médecin, l'inconnu de psychologie médicale.

Donald Oken montre certaines attitudes assez communes à l'ensemble des médecins (80a) :

- Il met au premier plan **le déni de l'angoisse concernant la mort** et décrit le dilemme du médecin qui pense que sa tâche principale est de conquérir la mort. "Ce commerce inconscient avec la mort l'amène souvent, surtout dans les situations d'urgence à faire à la famille des pronostics beaucoup trop pessimistes par rapport à la situation objective du malade. Si le médecin fait un mauvais pronostic et que le patient guérit, il aura fait un miracle. Si le patient meurt, il aura eu raison".

Mais il faut se garder de généraliser : Ainsi, en ce qui me concerne j'ai plutôt adopté l'attitude inverse dans le cas de Monsieur X, atteint d'un cancer de la face et qui est décédé pendant son transport avec le SAMU; comme si j'avais voulu moi-même échapper à cette mort.

- D. Oken cite aussi **le perfectionnisme du médecin** avec des sentiments de culpabilité constants en rapport avec les échecs qu'il craint. "Pour supprimer son angoisse il utilise particulièrement la maîtrise de la mémoire. L'intellectualisation serait son moyen de défense préféré."

- Les psychanalystes considèrent presque tous que les médecins se réfèrent au **jeu du docteur**, déjà décrit par Freud chez les enfants d'âge Oedipien*. Dans l'expression du complexe d'Oedipe, l'enfant qui interprète le rôle du médecin s'identifie avec le père et celui qui interprète le rôle du patient avec la mère. L'enfant peut donc passer dans ce jeu du rôle passif de patient au rôle actif de médecin.

Le jeu de rôle utilisé avec des étudiants en médecine va dans le même sens : il permet le passage de l'attitude active du médecin (crainte par les étudiants) à l'attitude passive du malade qui les satisfait beaucoup plus.

d) Le respect

Il consiste finalement à écouter ce qui se passe chez l'autre et chez soi-même. Malgré nos ressemblances, nous sommes tous différents et uniques. Le respect, c'est avant tout le respect de la différence. "la personne chemine et son cheminement m'échappe. Je suis simplement à ses côtés". Et ce n'est pas utile "d'être passé par le même chemin pour comprendre l'autre" (le comprendre non pas dans le sens d'expliquer à sa place, mais dans le sens de saisir sa réalité... en l'écoutant). (66)

[Illustration sous droit retirée de la version de diffusion de la thèse]

II - Comment écouter un patient...

42

5) L'entretien d'aide: de la technique de progression à l'attitude d'empathie

a) La relation d'aide : définition. (67)

Ce type d'entretien peut être ponctuel ou se vivre dans une durée : Il devient alors une relation d'accompagnement c'est-à-dire une relation dans laquelle "un individu sera assisté pour opérer son ajustement personnel à une situation à laquelle il ne s'adapterait pas sans la présence d'un tiers :

"Dans une relation d'accompagnement, la personne aidante (ici le médecin) est tenue :

1. De comprendre le problème d'un individu considéré comme unique.
2. De comprendre son environnement .
3. De lui permettre une prise en charge de sa situation, c'est-à-dire un

accès à l'autonomie.

b) Un entretien NON DIRECTIF ou entretien centré sur l'autre.(73)

Cette centration suppose selon C. Rogers les attitudes suivantes dont certaines ont déjà été envisagées :

α) L'attitude d'intérêt ouvert, un "encouragement continu à l'expression spontanée" du patient : Que puis-je faire pour lui permettre d'en dire plus, d'aller plus loin ?".

Une telle attitude d'encouragement m'aurait amené à demander à la maman d'Enrik, (Enrik refusait de manger) : "Pouvez vous m'en dire plus sur ce "nous" et sur ce "on" (elle me disait en effet, "il ne mange pas avec NOUS" et "ON essaye de le gaver").

β) L'attitude de non jugement.

Même si le médecin perçoit une résonance chez lui, il doit se garder de juger. Il devra par exemple devant une demande d'IVG éviter de plaquer ses propres références morales sur le discours de sa patiente. Ce qui ne l'empêche pas bien entendu de refuser la pratique de cette IVG, mais en son nom seulement.

γ) Une vraie intention de "comprendre autrui dans sa propre langue", de "penser dans ses termes", de saisir la signification originale qu'une situation peut avoir pour LUI. Cela évoque bien sûr l'attitude devant l'émigré ou l'étranger (Cf. Chapitre VII).

δ) Une attitude non directive en "laissant venir le discours de l'autre sans chercher ni à le modifier ni à l'orienter". Bien que non directif, il ne s'agit pas pour le médecin d'être passif. Il s'agit plutôt d'adopter une attitude non défensive.

ε) Une attitude lucide sur ce qui se passe au cours de l'entretien et sur ses propres sentiments.

- Tout cela n'empêche pas le médecin de refuser parfois, ou de poser ses exigences, s'il voit que l'autre s'enferme dans un système qu'il a créé (par exemple garder la maîtrise de l'échange pour ne rien dire).

C'est le cas de Monsieur S (Obs. N°9), que j'ai reçu en consultation pour un renouvellement d'ordonnance : il présente un diabète gras et une hypertension. Il prend très vite

II - Comment écouter un patient...

43

la direction de l'entretien et me parle avec agressivité des deux "problèmes" qui le préoccupent :
1° Les médecins n'arrivent pas à soigner sa femme d'une amylose* 2° Les arabes "nous envahissent" me dit-il. Le ton est celui de la provocation :

"Elle tombe dans la maison" dit-il en parlant de sa femme et il ajoute : "qu'est-ce qu'ils foutent les médecins, ils jouent à la pétanque?" Je lui réponds qu'avec de l'argent on trouverait peut-être la solution au problème de sa femme.

Il me parle ensuite des arabes : "j'en vois partout. Vous les médecins, vous êtes avec eux. Moi, je dis que les arabes c'est des rats, ils sont là pour nous bouffer."

Au lieu de me positionner clairement, j'essaie de les défendre, de prendre LEUR place, d'expliquer... Je me sens agressé. Je lui prends sa tension allongé en espérant que cela va le calmer. Elle est à 16/10 après dix minutes de repos : "j'ai arrêté le Rénitec", mais il ajoute quand même : "je ne suis pas fou, je ne veux pas me suicider; je reviendrai pour contrôler ma tension". Je sens confusément qu'il dirige la consultation à sa guise. J'essaye de l'amener à parler de sa vie car il me paraît impossible que toute cette haine ne cache pas une grande blessure, mais il continue : "je vends du plastique. Les voitures ça m'énerve. Je déteste ce pays: il n'y a que des arabes".

Je crois lui avoir dit que j'avais des amies arabes . Mais je suis tombé dans son piège en essayant de défendre globalement les arabes, de même que lui les attaquait globalement.

Il m'a quitté très mécontent. J'ai compris alors qu'un patient n'avait pas tous les droits sur un médecin, même si ce médecin se devait de reconnaître avant tout sa souffrance ou sa maladie. J'ai seulement oublié de dire "JE", de me positionner durant cet entretien. J'ai été blessé :

1° En tant qu'être humain qui revendique le droit d'avoir des amis arabes.

2° En tant que médecin, par des accusations apparemment non fondées concernant l'abandon de sa femme.

J'ai donc repéré sa souffrance, mais j'ai accepté de la supporter et... de réveiller la mienne.

Je ne peux m'empêcher d'imaginer le scénario qui l'aurait peut-être aidé et m'aurait peut-être "préservé" davantage de ses agressions : "J'entends bien ce que vous dites : vous détestez les arabes, tous les arabes. Vous n'avez pas d'ami arabe. Par ailleurs, votre femme est malade. Vous accusez certains médecins d'être incapables de la soigner et d'autres médecins de défendre les arabes. Peut-être détestez vous aussi les médecins. Moi je suis médecin et j'ai des amis arabes

Je vous demande de me respecter; moi je respecte votre souffrance. Mais peut-être pouvez vous m'en dire plus sur cette souffrance.

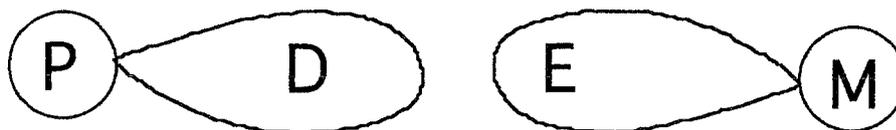
c) Comment progresser dans un entretien d'aide (73).

α) Schéma de progression {J. Salomé}

- Nous considérons le patient P qui émet un discours (D) et le médecin M qui assume l'entretien (E).

II - Comment écouter un patient...

44



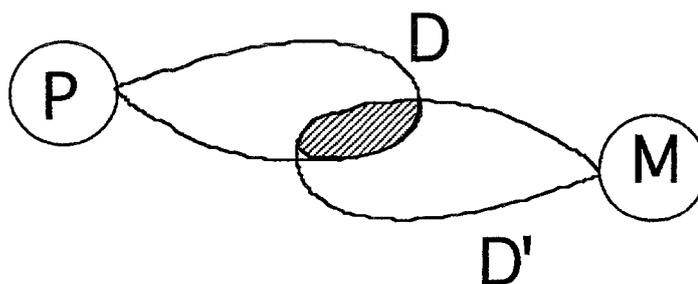
Le discours D est une demande claire ou cachée : nous avons déjà vu que ce discours : "je viens vous voir pour une angine", cache parfois une autre demande : "je suis mal dans ma peau en ce moment, j'ai besoin d'en parler avec vous".

- L'entretien se déroule en 4 phases :

α1) Favoriser l'expression du patient en L'AMPLIFIANT, par des phrases du type : "Pouvez vous en dire plus", c'est la phase de stimulation. IL faudra utiliser pour cela ... au maximum le vécu commun avec son patient. "Vous m'avez dit l'autre jour que vous avez perdu la mémoire à plusieurs reprises dans votre vie". Dans le cas d'un mourant en phase de révolte (Cf. Chapitre V), il faut lui dire combien on comprend sa révolte et son amertume : selon les termes de E. Kübler Ross (37) : "vous mettez de l'huile sur le feu et vous le laissez exprimer son angoisse".



α2) Recueillir EN REFORMULANT de façon simple : "si j'ai bien compris, "vous voulez dire que...". C'est une étape capitale : permettre à l'autre d'entendre ce qu'il dit a une puissance thérapeutique considérable. Et c'est une démarche fort simple à mettre en œuvre, mais que nous oublions trop souvent, pensant plutôt à ce que nous allons répondre au malade.

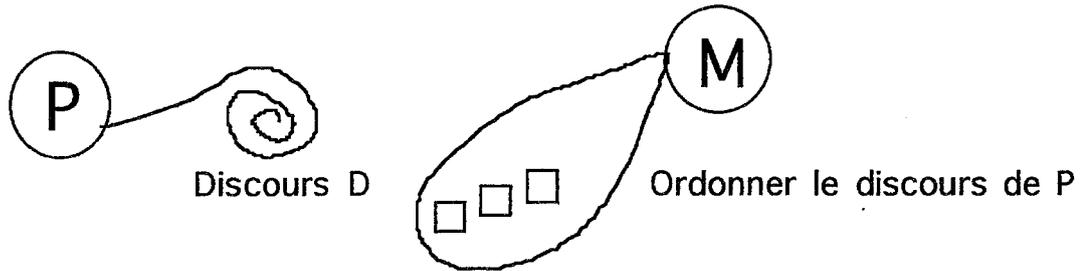


α3) CLARIFIER le discours du patient : par un retour du message ou feed back. "Dans tout ce que vous avez dit, voilà ce que j'ai entendu". "C'est le moment délicat où il faut rassembler le puzzle en reliant les différents éléments du discours puis le renvoyer au patient.

II - Comment écouter un patient...

45

Cette phase peut être facilitée par des notes (le médecin peut en prendre mais aussi le malade), des dessins, un secrétariat opérationnel qui consiste en des schémas, avec mise en relation des différents points énoncés pendant l'échange.



α4) Comprendre et aider à FOCALISER, en aidant le patient à approfondir le point qui paraît central.

α5) Observation clinique (Obs. N°28).

Mademoiselle C. 17 ans, est amenée par sa mère pour une douleur thoracique sous le sein gauche, irradiant dans l'épaule gauche et accompagnée d'une fièvre à 39°. La jeune fille est très inquiète, le mère semble vouloir minimiser les troubles. Il est vrai qu'un bilan cardiaque avec ECG a déjà été pratiqué à deux reprises en une semaine par un spécialiste, une échographie est prévue, pourtant, elle vient consulter chez son médecin traitant avant d'en avoir le résultat.

A la première consultation, je demande un bilan biologique et "je me polarise" avec anxiété sur une éventuelle péricardite. Je renonce finalement à lui faire un ECG. Pourtant ce diagnostic me paraît très improbable : quelque chose dans le comportement de la jeune fille m'oriente vers un problème psychologique. En la questionnant, j'apprends qu'elle ressent parfois des picôtements autour de la bouche.

A la deuxième consultation, l'échographie est bien négative, ainsi que le bilan biologique. Elle décrit une douleur qui fait le tour du sein gauche, ainsi que des picôtements dans la tête. Cette fois je l'interroge sur son mode de vie. J'apprends qu'elle travaille à l'hôpital en ce moment, pour les vacances, en tant que femme de ménage. Je remarque qu'elle y travaille depuis une semaine et que la douleur a commencé la veille.

Mais revenons plutôt à la question qui a ouvert le dialogue :

"est-ce qu'il n'y a pas eu un évènement récent dans ta vie qui ait été important pour toi, ou bien un changement d'habitudes ?"

"Si, mais ça ne peut pas être ça". Et elle continue, alors que je lui prends la tension : "Oui, j'ai été en Angleterre. C'était "chouette". J'ai rencontré plein de gens sympas. J'avais envie de pleurer quand je suis revenue".

"Tu étais triste" (REFORMULATION)

"Oui, et en plus j'ai trouvé ma chambre toute changée à mon retour" (elle regarde sa mère).

II - Comment écouter un patient...

46

"tu veux dire que ta maman a fait le ménage" (AMPLIFICATION)

"Oui et elle a jeté des choses qu'il ne fallait pas jeter. Un chewing gum qu'un copain m'avait donné. Mais ça n'est pas tout ça qui a pu me donner des douleurs pareilles !"

Je reste silencieux. Elle continue : " J'ai appelé maman au téléphone pour lui dire le jour même".

La mère coopérante, bien que paraissant un peu gênée, me confirme :

"Oui, pour qu'elle m'appelle au téléphone c'est que c'était sérieux" et elle rajoute "c'est une nerveuse renfermée, comme son père".

Je ne me souviens pas de la façon dont s'est terminée cette consultation. Je me souviens avoir demandé une mammographie dont je n'ai pas eu le résultat. Je me rappelle aussi une réflexion de la mère à sa fille, au moment de quitter le cabinet : "Tu as de drôles de douleurs".

Analyse : J'ai donc utilisé la reformulation et l'amplification pendant cet entretien. Je remarquerai ici que le silence du médecin peut, à certains moments, permettre au patient d'en dire plus.

Je remarquerai également que la mère a pris la parole au moment où elle se sentait mise en cause : cela s'est traduit par un jugement : "c'est une nerveuse renfermée comme son père".

Je pense qu'un recentrage sur Melle C. aurait pu être bénéfique car elle semblait prête à aller "plus loin".

β) Le secrétariat opérationnel : C'est une façon de relier symboliquement par des schémas les différents points énoncés pendant l'échange. Ces schémas sont très parlants pour le malade, mais aussi pour le médecin qui retrouve en un seul regard le vécu de son patient.

J'emprunterai ici un exemple au Dr Rodary (66) :

La visualisation sur un schéma de "secrétariat opérationnel" de la souffrance de Madame O dans la relation à son fils lui a permis de s'apaiser et de respirer, d'accéder au sens de ses troubles, de lâcher son angoisse, de reconnaître et de nommer ce qui se jouait.

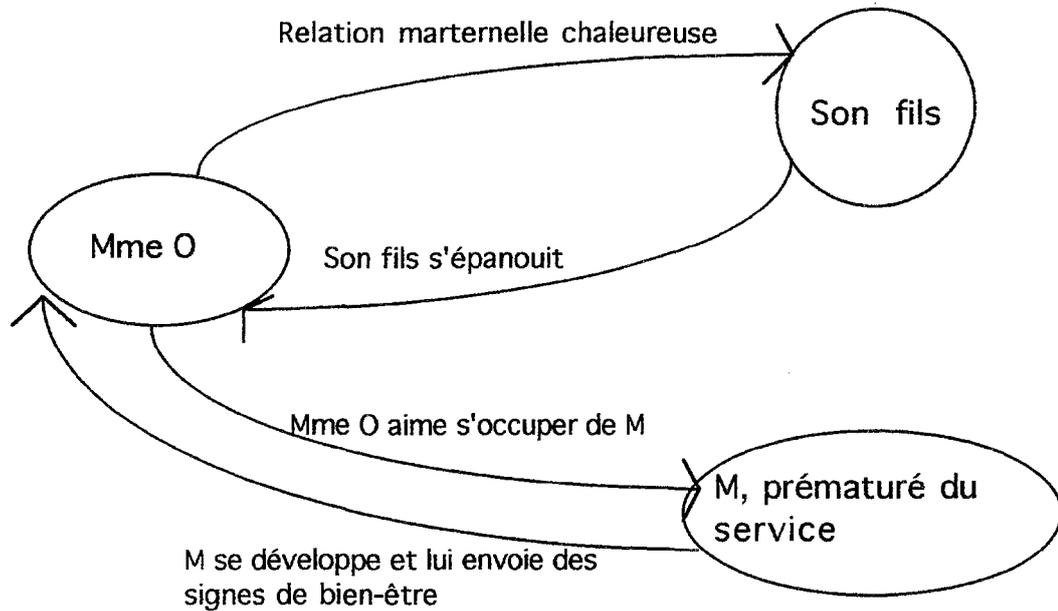
"Madame O venait me voir de temps en temps pour me demander quelques jours de repos, elle disait être en psychothérapie et par moments avait besoin de solitude et de sommeil. Par respect pour son travail avec le psychothérapeute, je ne voulais pas entrer dans l'entretien : je lui faisais confiance; mais elle insistait, je la voyais de plus en plus demandeuse d'écoute, et un jour... je l'ai écoutée".

Depuis quatre ou cinq mois, elle était terriblement anxieuse car elle avait soudain des pulsions agressives contre son fils (le passer par la fenêtre par exemple...). La simple écoute, a pu se recueillir dans un schéma évolutif :

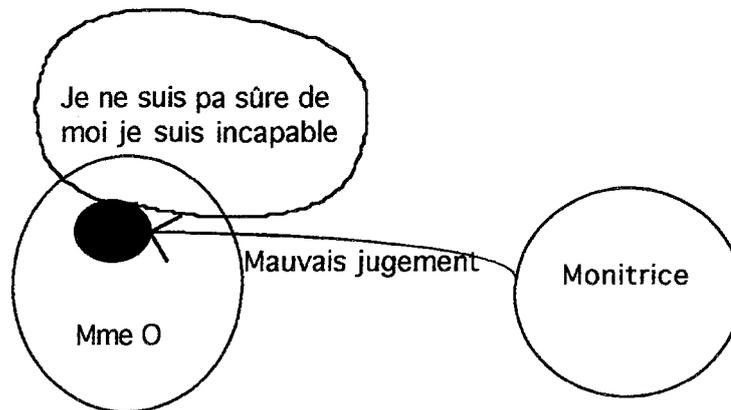
Madame O, aide soignante, mère de famille était heureuse de vivre en relation chaleureuse avec son fils et les bébés de son service :

II - Comment écouter un patient...

47



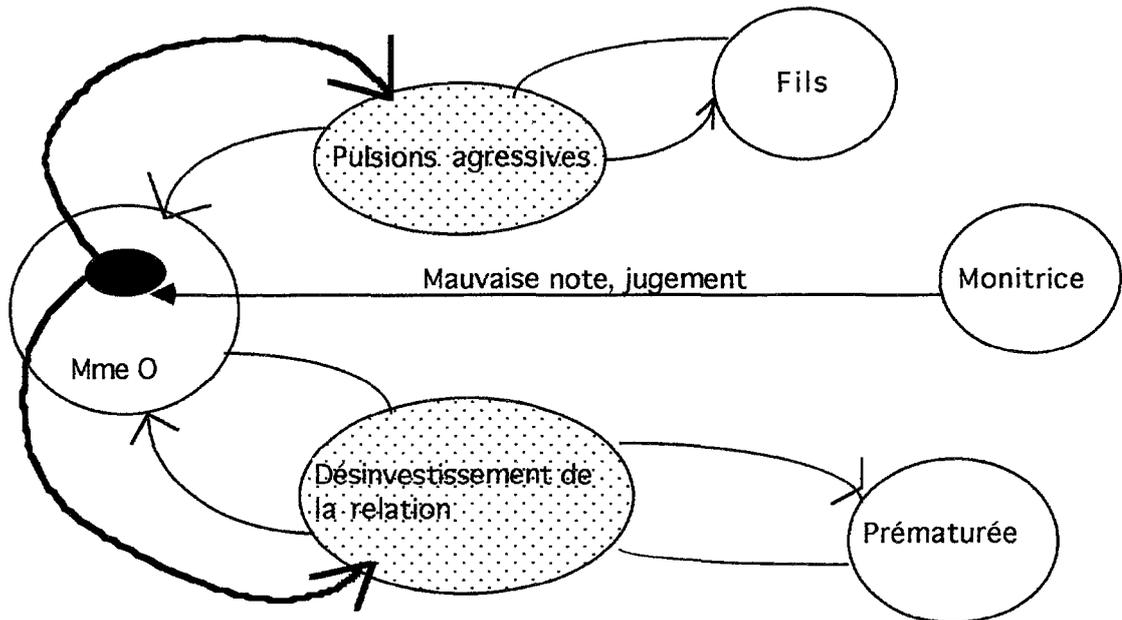
Mais l'angoisse ressentie à l'émergence de ces pulsions agressives contre son fils s'installe peu à peu, intolérable. Le travail d'écoute permet de retrouver l'événement déclencheur.



Un jour, Madame O est évaluée par sa monitrice dans le cadre de son travail. Elle est mal notée, justement pour les soins donnés à une petite fille, M, prématurée avec laquelle elle avait des liens privilégiés. Ce jugement touche quelque chose chez Madame O, de l'ordre de "je ne suis pas capable, je ne suis pas sûre de moi" quelque chose qui lui rappelle "des choses de son enfance".

II - Comment écouter un patient...

48

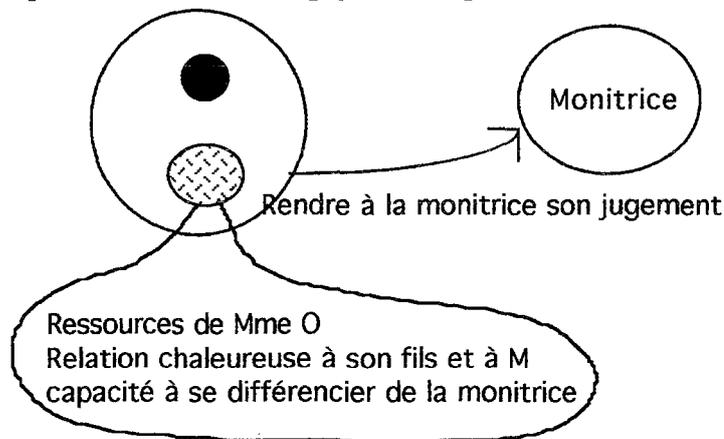


La proposition thérapeutique sera dans trois directions :

1- Rendre à la monitrice son jugement. "C'est bien le jugement^e de la monitrice. Son jugement lui appartient, c'est le sien".

2 - Confirmation des ressources de la personne : "Mais vous, Madame O savez bien que, avant cette note, la relation avec la petite fille était harmonieuse et satisfaisante pour elle et pour vous. C'est cela que vous avez vécu. C'était bon jusqu'à ce jour. C'est bien vous qui étiez engagée dans cette relation satisfaisante."

3- Regarder ce point noir réactivé par le jugement. (Ce "je ne suis pas sûre de moi".) Dans un second temps, peut être... ou avec la psychothérapeute.



"Mon ahurissement a été total lorsqu'elle m'a dit ne jamais avoir parlé de cela avec sa thérapeute..."

Elle est partie, le visage éclairé d'un bon sourire, emportant avec soin le schéma (les ordonnances duplicatives sont très commodes pour cela), toute droite, respirant à l'aise.

II - Comment écouter un patient...

49

Moi, j'ai mis quelques minutes à réaliser ce qui venait de se passer, j'avais l'impression d'une renaissance, de quelque chose de merveilleux et de vital qui venait de s'accomplir, et pourtant si simple."

d) Savoir écouter, observer.

α) Ne pas essayer de comprendre pour l'autre.

J. Salomé note que "le but d'une relation d'aide n'est pas de comprendre pour l'autre, de deviner ses mobiles secrets, ni surtout d'anticiper ses réactions. Une extrême prudence est nécessaire : "Il ne faut pas violer les défenses de l'autre, voire sa personnalité profonde en déséquilibrant une situation fragile".

Je pense avoir dans la relation avec Madame T anticipé son désir en apportant une réponse à la question qu'elle posait (Obs. N°10) :

Madame T, 47 ans, vient pour renouveler une ordonnance de progestatif. Je passe en revue l'ancienne ordonnance qu'elle me tend et lui demande :

- "Vous prenez probablement ces médicaments pour la ménopause.
- "Oh, vous savez je les prenais bien avant. J'ai été hystérectomisée* il y 9 ans".

Je lui prends sa tension et commence à rédiger son ordonnance.

C'est alors qu'elle me dit :

- "J'ai quelque chose à vous dire, j'ai un peu honte d'en parler mais je mange sans arrêt".
- "Vous voulez dire toute la journée ?"
- "Non, seulement quand je rentre du travail".

Elle me parle de ce travail et de sa mésentente avec le nouveau patron. Elle me parle de sa boulimie et me demande : "A votre avis, quelle est la solution ?".

Après un court silence, je lui réponds : "Je pense qu'il y en a deux,

1) Vous donner des médicaments qui couperont la faim, mais je trouve cela dangereux et ça ne résoud rien,

2) la seconde c'est de trouver vous-même ce que cela signifie".

Elle me dit alors :

- "Oui, c'est le vide quand je rentre chez moi"
- "C'est vrai, on mange parfois pour combler un vide. Il faut trouver un dérivatif :

quelqu'un ou quelque chose".

- "Oui, c'est ce que je pense : mon fils de 15 ans ressent aussi un vide, il n'a pas de père".

- "Peut-être pourriez vous vous marier ou vivre avec quelqu'un... "

- "Oui, en fait je sais ce qu'il faut faire pour résoudre ce problème. Il y en a d'autres qui sont passés par là !".

La consultation s'est terminée ainsi.

L'analyse de cet entretien révèle deux erreurs de ma part :

1° J'ai adopté l'attitude de conseil.

II - Comment écouter un patient...

50

2° J'ai anticipé les réactions de ma patiente en me sentant obligé de répondre pour elle à la question qu'elle se posait (et qu'elle me posait). "A votre avis, quelle est la solution ?".

Rien ne m'empêchait en effet de lui répondre :

"Et vous, qu'est-ce que vous en pensez ?

J'ai certes émis une réponse qui lui laissait apparemment un choix, mais à l'intérieur de ce pseudo choix je lui ai pratiquement interdit la première solution : "Je trouve le coupe faim dangereux..."

β) Les conditions d'une bonne écoute (73).

Nous pouvons ainsi les résumer :

- * Accepter de laisser parler l'autre
- * Stimuler si cela est nécessaire
- * Relancer en proposant au patient de quitter le niveau de la généralisation, en l'invitant à concrétiser, à préciser sa pensée (PERSONNALISATION), en l'invitant à dire "JE"
- * Amplifier en reformulant et en reliant les éléments discontinus du récit
- * Etre sensible à tout ce qui est réactivé chez nous
- * Clarifier et réactualiser ("où en sommes nous ?").
- * Proposer seulement. "Il s'agit d'avoir une attitude qui ne demande pas, qui ne donne pas, qui n'induit pas, qui invite à aller plus loin, quelque chose qui pourrait se traduire par ce message : "Oui, c'est possible. Vous pouvez en dire plus. On verra plus tard ce qu'il sera possible de faire de tout cela". (J. Salomé)
- * Etre disponible
- * Tenir compte de la concurrence entre deux personnes qui ont parfois des objectifs différents
- * Tenir compte des registres ou longueurs d'ondes dans lesquels l'autre nous parle.
- * Clarifier les filtres que nous mettons entre l'autre et nous.
- * Mettre en commun pour que le patient acquiert quelque chose qu'il n'avait pas avant de rencontrer le médecin. Il s'agit surtout de **METTRE EN COMMUN LES DIFFERENCES** en ne cherchant pas l'accord à tout prix. Nous pouvons nous inspirer de la sagesse indienne :

"Prenez les feuilles d'une même plante : pas deux identiques. Le grand Esprit aime qu'il en soit ainsi. A toutes les créatures de la Terre, il montre le but mais les laisse choisir leur chemin pour y parvenir. Il veut qu'elles agissent indépendamment, suivant leur nature, et leurs propres impulsions". (Tahca Ushte)

γ) Les fonctions de l'entretien.(73)

Tout entretien permet :

- * De partager (donner/recevoir)

II - Comment écouter un patient...

51

- * D'ordonner (éclaircir par des mots un discours intérieur chaotique)
 - * De libérer : pour extérioriser les peurs, débloquent le non dit.
 - * De révéler pour permettre à celui qui parle d'entendre ce qu'il dit
 - * De clarifier, de dédramatiser.
 - * De recadrer pour que l'autre voit son problème sous un autre angle.
 - * D'amplifier
 - * D'informer, pour transmettre au patient un savoir biologique ou médical
 - * De guérir (fonction thérapeutique) par l'accès à l'inconscient, à une symbolisation possible des somatisations.
- * Conclusion : faire accéder le patient à l'autonomie. L'autonomie des individus revêt plusieurs aspects :

- . Un aspect politique (relation aux décisions sociales et économiques).
- . Une relation à l'environnement écologique.
- . Une relation aux autres et à soi-même.

Sur le plan politique, la marge de manœuvre des individus est souvent faible.

Sur le plan écologique, les individus n'échappent guère à la pollution du milieu ambiant : ils ont cependant une autonomie possible vis à vis de l'alimentation et peuvent éviter le tabac ou la drogue.

C'est en définitive au niveau de leurs relations personnelles qu'ils ont le plus grand pouvoir potentiel d'autonomie.

Un entretien basé sur l'écoute active développera cette autonomie.

δ) La fonction d'information et d'éducation.

- Respecter l'autonomie des individus c'est d'abord leur offrir par éducation ou information le moyen d'être effectivement autonome. Le besoin d'information est à ADAPTER A CHAQUE INDIVIDU : Il n'est pas question d'infliger coûte que coûte, n'importe quelle information, sous n'importe quelle forme, n'importe quand.

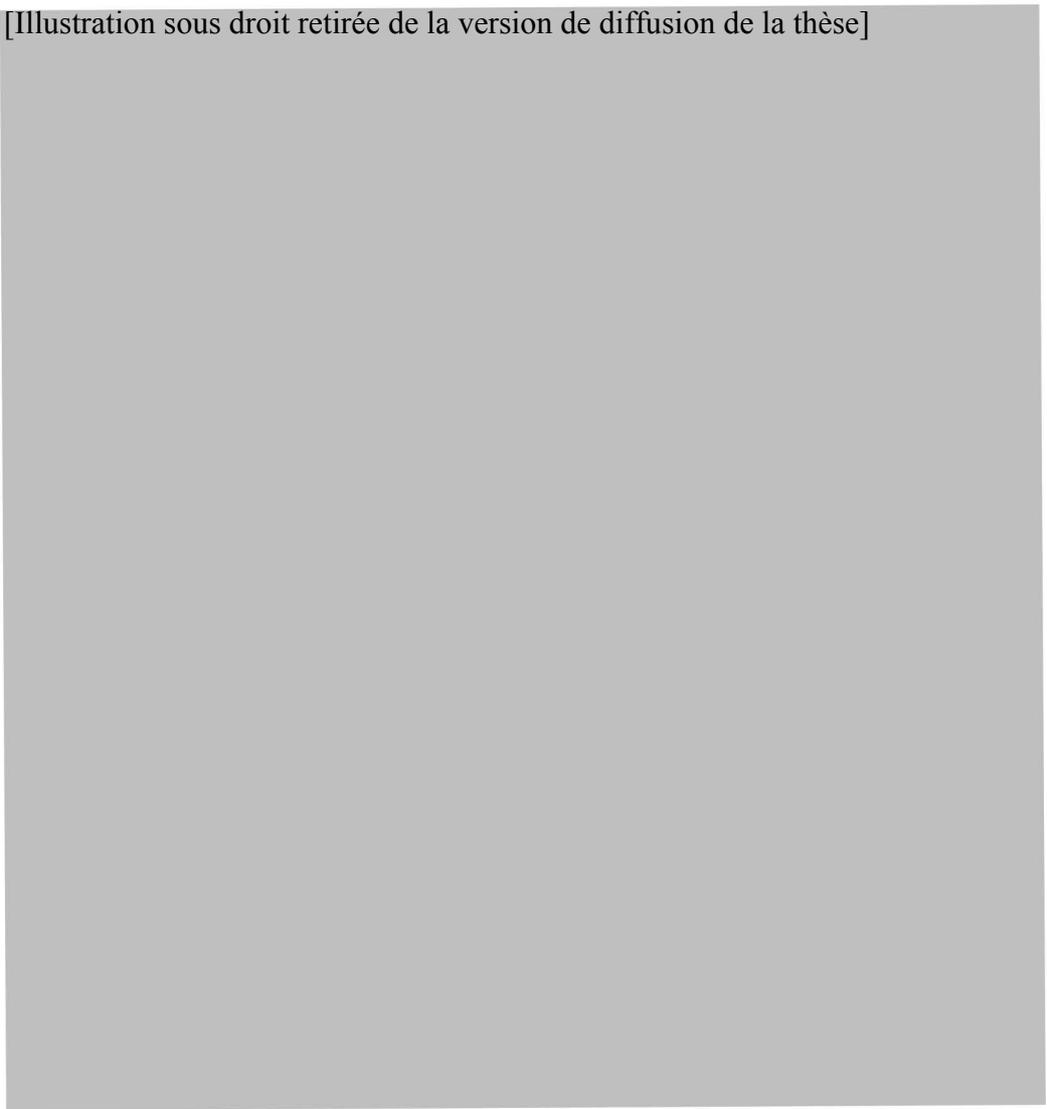
Mais le médecin ne se fierà pas à une impression personnelle et superficielle pour estimer trop vite que la personne malade ne souhaite pas recevoir une information, surtout s'il ne se sent pas disposé à la donner (32).

- La fonction d'information peut avoir selon les spécialités médicales un sens légèrement différent : par exemple, en gynécologie elle débouche non seulement sur un savoir, mais aussi sur un pouvoir de la patiente : "la connaissance par exemple de la courbe de température lui permettra de **CHOISIR** avec discernement la date des rapports sexuels tant pour éviter la grossesse, que pour l'obtenir plus aisément (8).

↙ e) L'empathie (73)

- C'est la faculté de s'identifier à quelqu'un, de ressentir ce qu'il ressent. elle consiste donc à vivre l'expérience du patient en étant sur la même "longueur d'onde"; C'est une limite vers laquelle le médecin doit tendre, en restant très vigilant car le patient évolue et il faut évoluer avec

[Illustration sous droit retirée de la version de diffusion de la thèse]



II - Comment écouter un patient...

52

lui. Dans l'empathie nous recevons le message tel que l'autre nous le communique. Il ne s'agit pas de le rassurer, ce qui est fréquent dans la sympathie, mais apaise surtout l'aidant. Outre cette attitude de compréhension, l'empathie suppose :

* Une croyance en l'autre qui possède son propre potentiel de développement. Il faudra seulement le catalyser en lui laissant **SA RESPONSABILITE**.

* Un intérêt et un respect qui débouchent sur la tendresse et l'affection mutuelles. Carl Rogers souligne la difficulté d'éprouver envers l'autre des sentiments positifs : nous craignons de "nous faire prendre au piège". Erich Fromm affirme que le respect d'une personne est impossible sans la connaître et il ajoute : "la connaissance serait vaine si elle n'était pas motivée par la sollicitude. En tant qu'intégrée à l'amour la connaissance a ceci de spécifique qu'elle ne reste pas à la périphérie, mais pénètre jusqu'au noyau. Elle n'est possible que lorsque je peux dépasser le souci de moi-même et percevoir autrui en ses propres termes" (26).

* Une acceptation de l'autre dans sa totalité.

Il ne faut imposer aucune condition au patient. Il doit constater qu'il n'y a aucun danger à s'affronter, à percevoir ses faiblesses, son désarroi.

* Etre disponible, accessible : le médecin doit être prêt à communiquer à son patient des façons de voir qui lui sont personnelles, mais, nous l'avons vu, seulement **SI** l'autre en éprouve le désir .

* Etre sincère : extérioriser une réaction que l'on n'éprouve pas c'est "brouiller les cartes de celui qu'on aide.

* L'empathie n'est pas une vertu occidentale. Ainsi le montre cette affirmation d'un "voyant-guérisseur" indien : "Je veux être un Wicasa, un homme qui ressent la peine d'autrui. Une mort, où qu'elle se produise me touche. Une jeune femme et son enfant ont été tués l'autre jour sur l'autoroute. J'en suis profondément affecté. Au coucher du soleil, je parlerai d'eux au grand Esprit."

- Beaucoup de patients ont besoin de cette relation d'empathie : c'est particulièrement le cas des drogués et des alcooliques, comme nous le verrons plus loin.

- Dans le cas de Mademoiselle T, 20 ans, j'ai éprouvé de l'empathie mais avec un "parasitage" dû à la séduction (Obs. N°11) :

Elle est venue en consultation pour renouveler son ordonnance d'oligoéléments et de tranquillisants. Je lui ai demandé :

- "Pourquoi prenez vous ces médicaments ?"

- "Ça me fait du bien, j'en fait des cures de 6 semaines";

J'ai très peu parlé pendant l'entretien. Elle m'a raconté simplement... une partie de sa vie.

- "Mon père est décédé en 1989" "Quand j'étais gamine je n'avais pas de copine" "J'ai fait une crise de tétanie en classe de 5ème : au début, c'était la main, puis le bras puis l'épaule..." "je fais comme mon père, je garde tout pour moi".

[Illustration sous droit retirée de la version de diffusion de la thèse]



II - Comment écouter un patient...

53

J'ai essayé d'intervenir le moins possible et malgré la fatigue (il s'agissait d'une consultation tardive), j'ai pu l'écouter je pense avec attention en dépit de la question "pourquoi" initialement posée. Je lui ai seulement dit : "vous en savez déjà beaucoup sur vous : vous avez établi un lien entre ce qui se passe dans votre corps et dans votre tête". Elle semblait assez autonome malgré la "béquille" que représentait le tranquillisant.

J'ai éprouvé en l'écoutant un mélange d'empathie et de séduction mais je ressentais que ce sentiment de séduction me coupait d'une partie de son discours.

- Je citerai pour terminer l'observation de Mademoiselle A, 25 ans, venue consulter pour une douleur dentaire; j'ai déjà développé la première consultation avec cette patiente (Obs. N°12). Je rappelle seulement ici mon intrusion rapide dans son enfance quand elle m'a dit à propos du dentiste :

"Ca me fait peur, j'ai horreur de la roulette"

"Est-ce que c'est depuis l'enfance ?"

"Oui"

Et j'ai seulement prescrit une ordonnance d'antalgiques.

La deuxième consultation a eu lieu deux jours plus tard :

"J'ai toujours très mal. J'ai un rendez-vous chez le dentiste lundi" (C'est-à-dire dans deux jours). "Je n'ai pas pris de Propofan, ça me fait mal à l'estomac". Je lui propose alors de l'Extranase en lui disant : "Le dentiste n'est pas pressé !"

- "Oh vous savez, une fois il y en a un qui m'a mise à la porte". et elle ajoute quelques minutes après : "ici je travaillais à la maison de repos, les gens sont méchants".

- "Vous voulez dire tous les gens ?"

- "Non, le personnel. Ils ne supportent pas que je ne sois pas d'ici. ce n'est même pas à cause de ma couleur de peau" et elle commence à pleurer. J'attends un peu. Il y a beaucoup de résonance en moi. Je lui parle de mon expérience d'infirmier : "J'ai travaillé en gériatrie : j'ai vu un jour une aide-soignante qui forçait une grand-mère à boire avec une grande seringue, et elle voulait... que je l'aide !". J'éprouve aussi le besoin de lui dire que j'ai des amies émigrées : "c'est un double handicap d'être une femme et étrangère...". Elle se tait et quelques minutes plus tard me parle de sa soeur qui a fait de la dépression, de son ami qui est également considéré comme étranger dans ce village bien qu'originaire de la ville d'à côté, et enfin des pensionnaires de la maison de retraite qui l'aiment bien.

Comme sa situation sociale me semble précaire, je lui demande si elle est à la Sécurité Sociale, si elle a une mutuelle.

"La mutuelle, j'y pense depuis longtemps car j'ai eu plein de problèmes, ce n'est pas rien".

"Vous avez eu d'autres ennuis ?"

"Une pancréatite" j'attends qu'elle continue non sans manifester un certain étonnement.

"Je buvais, c'est pour ça".

II - Comment écouter un patient...

54

"Vous avez arrêté ?"

"j'ai recommencé car j'ai plein de problèmes dans ma tête".

La consultation s'était beaucoup prolongée,... de façon imprévue. Je lui ai demandé si elle pouvait me régler m'a répondu "il n'y a pas de problème, je travaille". Je lui ai proposé de venir me reparler de ses problèmes quand elle le désirait, c'est ce qu'elle a fait quelques jours plus tard lors d'une troisième consultation, mais d'une façon indirecte, en m'amenant sa fille pour un eczéma (Cf. Obs. N°21).

Je remarquerai seulement que j'ai communiqué à cette patiente ce que je ressentais, ce que j'avais vécu ("j'ai travaillé en gériatrie, etc...) mais sans qu'elle me l'ait demandé; La relation d'empathie consiste au contraire à être prêt, disponible pour livrer son expérience, mais sans anticiper le désir du patient.

6) La décision thérapeutique médicale : une démarche partagée avec le malade.

La décision thérapeutique n'est pas la seule décision en médecine. Le patient a déjà eu, avant de consulter, à décider de son hygiène de vie (sommeil, propreté, alimentation, etc...). Puis le symptôme apparaît et il décide de consulter. Le partage de la décision thérapeutique n'intervient qu'ensuite (32) :

a) Les décisions concernant l'hygiène de vie.

Elles appartiennent au malade. Mais le rôle d'information du médecin est capital : Cacher les dangers du tabac et de certains types d'alimentation sous prétexte de préserver la liberté du patient est un non sens, surtout si ce patient réclame une information.

L'autre piège pour le médecin est de tomber dans le terrorisme relationnel : ("ça, c'est mauvais pour vous" "alors vous ne m'avez pas écouté".)

b) Le malade décide de consulter.

Il consulte plus ou moins rapidement selon la nature du symptôme, la gêne occasionnée, l'accès facile ou non auprès d'un médecin proche et disponible, enfin sa propre disponibilité. Il peut être influencé par des amis, mais aussi par son histoire personnelle et familiale ("ma mère est morte, ça avait commencé avec la même douleur").

c) Le partage de la décision thérapeutique avec le médecin.

Il est particulièrement important dans les traitements au long cours.

* Dans le cas d'un traitement substitutif* comme l'Hydrocortisone dans l'insuffisance surrénale ou l'insuline dans le diabète, le rôle du médecin est déjà d'amener son patient à prendre conscience du caractère vital du traitement, le non respect de ce traitement pouvant être dans ce cas une forme de suicide.

* Prenons maintenant l'exemple des premiers traitements hormonaux de la ménopause : devant les risques secondaires de ces traitements, il est évident que la prescription devait être discutée avec la femme concernée en fonction de l'intensité de ses troubles : elle seule pouvait

II - Comment écouter un patient...

55

juger de cette intensité (bouffées de chaleur, etc...). Sa motivation devait être soigneusement évaluée avant de lui proposer un traitement mineur ou une hormonothérapie.

* En fait, il ne faut pas perdre de vue que tout traitement peut être accepté ou refusé par le patient et qu'en dehors des traitements préventifs ou substitutifs*, la prescription de nombreux médicaments, en médecine générale, a souvent pour conséquence de "baillonner" le malade en étouffant le symptôme et en lui interdisant d'emblée l'accès à ses blessures profondes c'est-à-dire au sens caché de sa maladie, ce qui ne veut pas dire qu'il faut banir tout traitement et laisser son patient souffrir pour ... qu'il parle !

Mais il importe de DOSER ce traitement avec lui en fonction de sa progression psychologique, de la compréhension de ses symptômes. Nous en verrons plus loin quelques exemples (Cf. Chapitre IV).

7) Un accompagnement dans une durée

a) La présence dans la durée : définir ses limites.

C'est "être auprès de" "être là, ne pas fuir... être joignable". Cela nécessite bien sûr de "préciser ses limites (horaires, jours de congés) et d'assurer la continuité de cette présence dans la durée" grâce aux autres membres de l'équipe ou bien en donnant le numéro de téléphone d'un confrère (66).

b) La relation : un lien dans la durée.

Etablir une relation consiste à établir des communications suivies, c'est-à-dire un lien dans une DUREE.

Nous chercherons ici ce qui alimente ce lien (73) :

α) Les 4 constantes communes à toute tentative de relation :

α1) Donner ou se donner : Il existe de multiples façons de donner : donner sans condition, donner avec condition, faire une demande déguisée en don : Madame D, espérait peut-être en me donnant des œufs tous les jours que notre relation ne prendrait pas fin avec mon départ (il s'agit bien sûr de mon interprétation) (Cf. Obs. N°17).

Un médecin offre à son patient "des gestes fonctionnels, une compétence, une ouverture pour lui permettre de mieux entendre le sens de ses maux".

Le TROP DONNER par exemple consiste à prescrire de nombreux médicaments, à répondre à toutes les demandes médicamenteuses (ou autres) pour nourrir une bonne image de soi.

α2) Recevoir : C'est "s'ouvrir, accueillir, amplifier l'autre et soi-même" (73).

- Les obstacles au recevoir sont nombreux :

- . Ainsi, par la peur d'être mis en dépendance, d'être envahi.
- . La peur de voir le patient empiéter sur son territoire.
- . La peur de réactiver chez l'autre des frustrations anciennes;

II - Comment écouter un patient...

56

α3) Demander : Beaucoup de demandes s'expriment par des plaintes chez le patient. Ainsi la plainte de l'enfant hospitalisé n'est pas toujours reçue de la même façon par le personnel soignant selon ce qu'elle exprime (55) :

1° Si la douleur a une signification médicale la réponse est immédiate : si l'on peut on y remédie, sinon on l'explique (par exemple : "tous les dialysés ont mal au ventre et aux épaules").`

2° Si elle n'a pas cette signification médicale elle remet en question le soignant :

- Dans son être même (lui aussi est mortel)
- Ou dans sa fonction (par l'impuissance à y faire face).

La plainte devenue dans ce cas, demande sans objet, est de la part du plaignant :

- Une demande d'être reconnu comme sujet, d'être aimé
- Une interpellation du soignant : désir de savoir ce qu'il en est de l'autre, du médecin : c'est cela que le soignant supporte mal, le plus souvent.

α4) Refuser : Le refus peut aussi exprimer de multiples sens "je n'ai pas le droit de recevoir"
"j'ai peur de perdre le contrôle".

Ainsi, avec Madame D j'ai accepté la nourriture qu'elle me donnait mais j'ai refusé une invitation à un repas. J'ai refusé pour garder une distance, pour éviter d'être "englouti" (Cf. Obs. N°9).

β) Une relation souple et variable : La relation médecin/malade en médecine générale.

La relation d'accompagnement d'un médecin généraliste peut être profondément souple et variable : La consultation peut durer de 5 à 30 minutes plusieurs fois par an, parfois pendant 10 ans ! cela n'a rien à voir avec le modèle psychanalytique, beaucoup plus rigide (15) : (par exemple, 50 minutes trois fois par semaine pendant 3 ans).

L'une des conditions de la relation d'aide, selon C. Rogers, consiste à rendre l'autre libre de tout, à lui laisser prendre ses propres responsabilités. C'est donc accorder au patient le choix de mettre un terme, transitoire ou définitif à la relation.

M. Balint souligne la position privilégiée du médecin généraliste car son patient peut partir et revenir quand il le veut en trouvant lui-même les raisons du retour (un rhume, un panaris, etc..). Et la nouvelle raison évoquée (si elle cache une raison plus profonde), deviendra le prétexte à un nouvel accompagnement de quelques jours, quelques semaines, quelques années...selon son désir.

A la différence du psychiatre et du psychologue, les fils qui le rattachent à son médecin sont très nombreux, tissés au cours des années.

Il convient de signaler à ce sujet la question que j'ai posée un jour au médecin que je remplaçais : "pensez vous qu'il faut appeler les patients au téléphone quand je reçois le résultat de leur analyse biologique ?". Il m'a répondu : "je ne suis pas partisan de ce système. Cela créé

II - Comment écouter un patient...

57

une dépendance et cela fait un peu "racôleur". Il faut bien sûr les appeler s'il y a urgence. Sinon, il faut attendre qu'ils reviennent d'eux-mêmes. Souvent je les rencontre dans le village, à l'épicerie, et c'est alors une occasion de leur en parler". Il s'agissait bien sûr d'un remplacement rural ! En ville, les données sont différentes. De toutes façons, je pense que cette attitude à beaucoup de bon sens : elle ne signifie pas l'abandon des patients ! L'examen de laboratoire est parfois une invitation à revenir, de même que le médicament que l'on prescrit pour une durée limitée : mais le malade est libre d'accepter ou non cette invitation.

γ) Le choix du moment et le problème de la vérité au malade.

Il faut être deux pour découvrir la vérité :
l'un pour la dire, l'autre pour la comprendre.
Khalil Gibran.

Je pense que l'art du médecin consiste à percevoir à quel moment le patient sera en mesure d'entendre le sens de sa maladie, en lui offrant à ce moment là une aide non dirigée et basée sur l'empathie. Bien souvent ce ne sera pas possible lors des premières consultations et souvent le patient sera d'abord demandeur d'une ordonnance. Il faudra peut-être attendre des mois ou des années mais ce ne sera pas une attente passive pour le médecin, ce sera une attente ouverte avec à tout moment la possibilité de transformer cette ordonnance de remèdes en une relation d'aide, en une "ordonnance relationnelle". Le médecin doit rester vigilant mais il ne doit pas forcer la porte, ce qui reviendrait à faire de la psychothérapie sauvage... IL doit rester à l'écoute des signaux de son malade qui sont de deux ordres, comme l'écrit J. Salomé (73) :

1° "Des signaux symptômes que le médecin est en général habitué à reconnaître et qui forment la sémiologie. Ils seront envoyés à un stade plus ou moins avancé de la maladie".

2° "Des signaux sous forme de questions qui vont relier le malade à sa maladie et au pronostic. Mais ces questions du malade posent le problème de la VERITE" "que doit-on lui dire ?"

Or, la vérité est à trois dimensions :

- a) Au niveau du fait : diagnostic, pronostic
- b) Au niveau du retentissement (résonance) : "est-il capable de l'assumer ?"
- c) Au niveau de l'imaginaire : "quelle est par exemple pour lui la signification de ce cancer ?".

"L'erreur de beaucoup de cliniciens sera souvent, de privilégier la dimension des faits. La vérité devrait au contraire s'énoncer pas à pas, avec le malade, en suivant sa demande, d'où ce "dialogue en miroir" (73) :

- du côté du malade : "Je vais vous dire dans un langage codé ce que vous pouvez me révéler et cela prendra du temps : Aussi, je vous demanderai de prendre ce temps là avec moi, en acceptant de découvrir et de me dire ce que je peux entendre".

II - Comment écouter un patient...

58

- Du côté du médecin : "C'est à travers SES QUESTIONS et ses découvertes que je vais apprendre au malade son vécu par rapport à la maladie qu'il porte et le retentissement qu'elle a dans son histoire".

"CHACUN VA DONC AVANCER AVEC L'AUTORISATION DE L'AUTRE".

* Si le sujet est atteint d'une maladie dite banale il est important de calmer son angoisse par des renseignements exacts et précis car "l'inconnu est beaucoup plus effrayant que le connu". Mais il faut différencier vérité scientifique et vérité médicale. Cette dernière doit tenir compte de l'homme qui est en face.

- Avant de parler à son patient il doit le connaître dans son contexte familial et personnel. Il ne suffit pas de rassurer un coronarien si son père est mort du même trouble... au même âge que le malade !

- Il faut aussi se rendre compte si le malade ne considère pas l'affection dont il souffre comme une faute ou une punition auquel cas il faudra le déculpabiliser.

- Il faudra toujours insister sur le côté positif de l'affection. Cela est surtout vrai pour les maladies chroniques : Si les troubles dont souffre le patient diminuent son activité, il faut souligner ce qui lui reste encore d'activités permises. Chez l'hémiplégique, il faut insister sur les fonctions encore présentes et non sur les fonctions paralysées (78).

- Si l'on ne dit au patient que ce qui est utile pour sa guérison, il faudra omettre certaines complications possibles pour ne pas augmenter le désarroi d'un sujet déjà très ébranlé : le médecin veut souvent être trop complet pour calmer son anxiété, alors qu'il s'agit de calmer celle du patient.

- enfin, il existe le cas extrême du patient mourant : Ainsi que l'écrit E. Kübler Ross (37) : "Aucun patient ne doit être informé de sa mort imminente. Je n'encourage personne à obliger un malade à envisager sa mort s'il n'y est pas prêt. Il faut seulement lui dire qu'il est gravement malade".

* Les maladies graves (mortelles ou invalidantes).

- Là encore il faudra insister sur les fonctions encore présentes et non "s'apitoyer avec le patient sur ce qui est effondré et détruit".

- Certains patients lutteront mieux s'ils connaissent leur affection, d'autres s'effondreront s'ils connaissent le diagnostic. Nous remarquons cependant que cette communication du diagnostic ne pose un problème que pour les maladies mytiques comme le cancer et les maladies mentales graves. Le cancer symbolise la désintégration physique, la maladie mentale, la désintégration psychique. Cela explique des préjugés communs (78).

c) Ce qui se passe entre deux entretiens.(73)

"L'essentiel de l'entretien se joue après la rencontre".

Il est important de prévenir le malade de ce qui risque de se passer :

II - Comment écouter un patient...

59

"Vous savez, ces prochains jours, vous ressentirez probablement des turbulences. Vous ferez peut-être des cauchemars. C'est normal, nous avons remué beaucoup de choses".

"L'expérience petit à petit s'intègre. Le malade accepte mieux la logique de son corps. Bref, il apprend à se connaître, à s'accepter. Dans une relation d'aide suivie cet intervalle entre deux entretiens est aussi important que l'entretien lui-même."

8) Hippocrate établissait des liens avec ses malades (65h)

Hippocrate notait tout concernant la maladie, le malade, la famille, l'emplacement géographique, les nourritures, le climat, etc... C'est ce que montrent des écrits concernant son séjour à la grande bibliothèque médicale du temple de Ptah à Memphis. En rompant ainsi avec le système théocentrique, il révolutionne et fonde à la fois la médecine devenue depuis occidentale.

[Illustration sous droit retirée de la version de diffusion de la thèse]

III - LES OBSTACLES A LA RELATION

A) Les obstacles liés au médecin ou comment ne pas écouter

De même qu'il existe un transfert du malade sur son médecin, il existe un contre-transfert du médecin sur son patient : Ce dernier concerne les réactions affectives qu'éprouve le médecin devant ce patient. Il dépend du stéréotype médical que l'on s'est forgé du "malade-modèle", des caractéristiques physiques, socio-culturelles et comportementales du patient, enfin de la personnalité du malade (36).

Non réfléchi ce contre-transfert peut être à l'origine d'un échec thérapeutique.

- Soit parce qu'il se montre trop positif. (absence de recul, exclusivité possessive dans le soin thérapeutique) Cela amène à une prise en charge totale du malade par son médecin.

- Soit au contraire négatif : non reconnaissance de la plainte ("c'est nerveux..."), refus d'écoute, erreur de prescription à titre d'acte manqué, etc.;

- Soit par absence de contre-transfert : rien n'est éprouvé, contact froid, méconnaissance de la demande. Le premier rôle du médecin sera donc de repérer au cours des consultations, ce qui vient du malade et ce qui vient de lui. Envisageons pour le moment ce qui vient du médecin:

1) Se mettre dans des conditions où l'écoute est impossible ou difficile.

a) Etre pressé. Nous avons déjà évoqué l'importance du temps et de la disponibilité (Chapitre II, 1), a- β).

b) Ne pas respecter la ponctualité.

En dehors des situations d'urgence, inévitables, il est important de tenter de respecter une ponctualité minimum et de s'excuser d'un retard éventuel : nous ne respectons pas l'autonomie des patients en leur faisant perdre du temps dans une pièce étrangère. L'attente des patients fait parfois monter leur tension de façon spectaculaire.

Pour les visites à domicile, c'est souvent difficile de fixer une heure de visite mais tout au moins peut on proposer un créneau horaire : La moindre observation d'un malade qui attend la visite du médecin convainc de l'état de dépendance dans lequel il se trouve "Ah, vous savez je me faisais du souci. J'avais peur que la pharmacie ferme et je suis toute seule";

Ces remarques sont souvent mais pas toujours le fait de personnes âgées vivant seules.

c) accepter la présence d'un tiers.

Le conjoint, le parent, l'enfant, l'ami viendront très souvent parasiter la relation même... s'ils ne disent rien.

Dans de rares cas , la "présence de telle personne sera au contraire facilitante, mais c'est rare".

- Dans les visites à domicile, parfois la famille, compréhensive s'éclipse au moment de l'examen et revient à la fin de la consultation, "aux nouvelles". C'est très rare.

Je citerai l'exemple du fils médecin de Monsieur X, atteint d'un cancer de la face qui m'a accueilli en disant : "je ne peux pas à la fois être juge et partie, je vous laisse faire". Il m'a laissé pendant l'examen puis est revenu me poser des questions sur l'état de son père.

- Parfois, il peut être très difficile de faire sortir une personne du cabinet, surtout quand il s'agit des parents. Pourtant, je pense que cela aiderait bien des enfants à parler... de leurs maux. Mais une telle attitude du médecin est si peu fréquente qu'elle risque d'être mal vécue par les parents : il faudra donc leur expliquer patiemment cette nécessité si l'on sent que leur présence est une entrave. De toutes façons, même si les parents sont présents, il sera toujours possible de dialoguer avec l'enfant sans le papa ou la maman, qui parfois continueront à parler, parfois finiront par comprendre qu'ils empêchent leur enfant de parler.

*Cindy, 8 ans, ne disait pas grand chose quand sa maman me l'a amenée pour un mal de ventre : "Elle a peur de l'appendicite, à cause de ce que lui a dit une copine". J'ai certes parlé à l'enfant, mais de l'appendicite et de la copine alors qu'il fallait commencer par lui dire : "Ta maman m'a dit que...", différencier sa parole et celle de sa mère (Obs. N°13).

* Il en est de même pour Monsieur D, 17 ans (Obs. N°14) : Il est amené par sa mère pour des angines récidivantes à staphylocoque et de l'acné. Je demande au jeune homme son nom : c'est sa mère qui répond. Puis elle ajoute : "il a des angines depuis qu'il est petit". "Le Docteur R a dit qu'il faudra peut-être lui enlever les amygdales" "et puis il a de l'acné, il faut faire attention au soleil à cause du Roaccutane*". J'essaye de m'adresser au fils. Malheureusement, j'adopte l'attitude de conseil : "peut-être que tes angines disparaîtront si tu manges bien, que tu fais du sport, que tu prend ton corps en main : tu n'auras peut-être plus besoin de médecin !".

Et la mère de renchérir : "Oui mais ces amygdales".

Dialogue de sourds à trois...

En définitive, j'ai adopté vis à vis du fils le même fonctionnement psychique que sa mère : j'ai parlé pour lui ! Au lieu de...l'écouter. Pour cela, il fallait que je reconnaisse en moi la résonance que cette mère provoquait puis que je me positionne en face d'elle : "vous me dites beaucoup de choses sur votre fils. Lui n'a pas encore parlé. Maintenant, je vais lui demander ce qu'il pense de son acné".

- Parfois une personne vient parler pour une autre . C'est le cas de Madame X qui venait me voir au nom de son fils et me disait : "il ne faut pas le soigner pour les nerfs" "ne lui dites pas que je vous en ai parlé".

- Qui est malade ? Qui appelle qui ? (Obs. N°15)

Enfin, il arrive qu'un tiers définisse comme malade un membre de sa famille, contre son gré ou à son insu : c'est ce que relate cette observation :

Madame X m'appelle au téléphone : "venez vite. c'est pour ma fille. Elle est bizarre, elle déprime et elle dit n'importe quoi". Ils habitent à 15 km du cabinet. Je pars en urgence. La mère, très excitée m'accueille devant la maison : Elle m'amène vers sa fille, une jeune femme d'une trentaine d'années qui est en train de laver des carreaux et qui paraît ... tout à fait normale. "C'est le médecin" annonce la mère : La fille vient me serrer la main et me présente son bébé de 3 mois qui va très bien. Elle me demande de faire la visite du troisième mois. La mère est toujours présente, toujours excitée.

Comme je ne comprends pas grand chose à la situation, je demande à la fille de prendre un rendez-vous au cabinet pour les mensurations du bébé (je prétexte le manque d'un pèse bébé en visite). Ensuite, je demande à la fille un entretien en tête à tête : Elle me dit alors :

"Maman ne peut pas supporter que je vive autrement qu'elle. Elle me dit tout ce que je dois faire. Je suis ici en vacances, elle me harcèle sans arrêt".

L'entretien ne s'est pas prolongé plus, mais elle ne présentait manifestement aucun signe de délire.

2 - Se positionner de façon négative : les méfaits du conseil et de l'interprétation (73).

- L'attitude de conseil est nous l'avons vu largement utilisée.

* Ainsi, dans le cas de Mme D (Cf. plus loin Obs. N°17) j'ai donné un conseil en évoquant avec elle la possibilité du divorce d'avec son mari. J'ai ressenti après ce conseil une culpabilité car je ne la pensais pas au fond réellement capable d'assumer un divorce. Il s'agissait plutôt d'une sorte de conseil réactionnel dû au fait qu'elle me "poussait dans mes retranchements" par ses critiques incessantes envers ce mari. Et elle me demandait la solution puisque... j'étais le "Docteur" ! Mais avais-je le droit d'apporter cette réponse même si, comme elle me l'a dit, le Docteur G (que je remplaçais) lui a fait la même réponse (peut-être pour les mêmes raisons).

- L'attitude d'interprétation est également très fréquente.

C'est nous l'avons vu se référer à SOI pour expliquer le problème de son patient.

* Un exemple a été envisagé dans l'observation de Mme C (Cf. Obs. N°5) qui consultait pour de multiples plaintes (ganglions cervicaux, douleur irradiant dans le bras gauche, dyspnée lors de la traite des vaches...). Outre mon manque de disponibilité (mais les deux phénomènes sont peut-être liés) je lui ai dit après avoir fait l'ECG : "le cœur fonctionne bien. Vos douleurs c'est sans doute l'anxiété et l'excès de travail.". Il s'agit certes d'une interprétation très prudente qui ne nous impliquait pas trop, elle et moi. Mais elle n'en reste pas moins une interprétation qui a ici un sens de réconfort (tout va bien, etc...).

3 - Erreurs et insuffisances stratégiques.

a) Le questionnement "sauvage".

"Votre rôle n'est pas de détruire ses défenses, votre rôle est de l'aider. (E. Kübler Ross.)

Nous avons vu au chapitre I que le questionnement, en dehors du cas d'urgence, est rarement un bon procédé car le plus souvent la question n'amène que des réponses... laconiques, éclairant peu sur le vécu du patient.

* Ainsi, Melle F, 20 ans (Cf. Obs. N°18), consulte pour des tremblements apparus depuis un an; elle m'apprend qu'elle mange du sucre sans arrêt. Je lui demande (brutalement) si elle est nerveuse. Je ressens à ce moment là un blocage et elle me répond "non, pas du tout".

La question est intrusive et le sens du mot nerveux est très vague...

* Melle A consultait nous l'avons vu pour une douleur dentaire : "ça me fait peur d'aller chez le dentiste, j'ai horreur de la roulette".

"Est-ce que c'est depuis l'enfance ?"

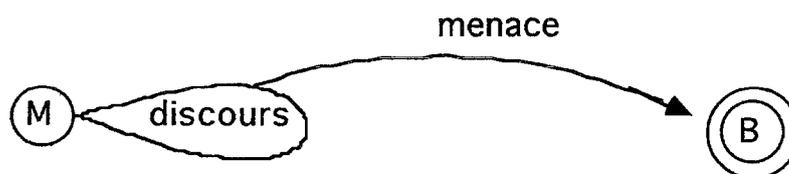
"Oui." Puis... blocage.

Il s'agit encore d'une question intrusive.

b) La menace ou l'agression

Un ton menaçant est parfois adopté par le médecin : "il entraîne son patient à fuir, à se justifier ou à contre-attaquer." Ce peut être le cas dans les prescriptions de régimes ou les interdictions.

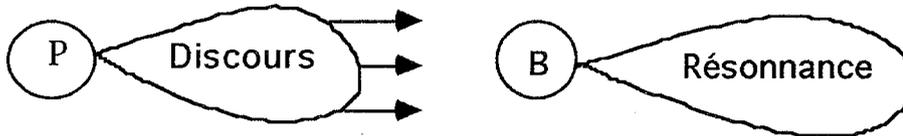
"Si vous continuez à fumer comme cela, vos jours sont comptés."



c) Entrer en résonance et n'écouter que moi

Nous avons vu comment une situation, un discours, peuvent toucher profondément le médecin et réactiver chez lui des souvenirs enfouis, en "parasitant" forcément l'entretien:

Selon le schéma de Jacques Salomé le médecin n'entend plus le discours de son patient P mais seulement la résonance en lui-même :



"La douleur physique de l'autre est incommunicable. C'est la signification que je lui donne, moi, qui peut me renvoyer à une souffrance, à des peurs qui m'appartiennent, pour des raisons qui sont bien à moi. (...) Ainsi je n'aurai pas envie de l'écouter pour ne pas souffrir, moi. Alors... Oser poser la question : Qu'est-ce qui est touché chez moi ? (...) Et ne pas confondre la douleur de l'autre avec ce qui me perturbe moi. C'est parfois très difficile mais... pas impossible. (73)"

d) Le manque de balisage

La connaissance du problème de son patient ne suffit pas.

Il faut relativiser en prenant du recul. Il faudra donc faire un travail d'analyse (en distinguant des phases) mais aussi de synthèse (en reliant des faits disparates). Le secrétariat opérationnel sera très utile dans cette démarche.

4 - Déformer le message par rapport à soi.

a) Placer des filtres et ne retenir que ce qui nous convient.

α) La déformation professionnelle. Elle consiste à "isoler un aspect privilégié du réel" (66) :

- * Soit en "mettant en place un comportement médical technique"
- * Soit en "n'écouter que le registre strictement médical"
- * Soit en "court-circuitant l'écoute" par la réponse trop rapide du remède (symptôme → remède).

Il y a une escalade dans ces comportements stéréotypés, entre le comportement médical technique et la prescription trop rapide. Chaque médecin choisira l'un ou l'autre de ces comportements en fonction de l'intensité des symptômes chez son malade et surtout en fonction de sa propre angoisse face à la douleur du patient, parfois aussi face à l'angoisse des proches, de la famille.

- La suspicion d'appendicite chez l'enfant est un fréquent sujet d'angoisse pour le médecin. Je citerai l'exemple d'une petite fille de 9 ans (Obs. N°16) que j'ai vue à plusieurs reprises pour une douleur de la fosse iliaque droite accompagnée d'une fièvre à 38°. Le commentaire en sera très succinct car je n'ai pas pris de notes après l'observation : elle est donc venue une première fois en compagnie de ses parents; le ventre était souple. J'ai demandé une NFS*. Si je me souviens bien il existait une leucocytose* modérée, mais pas de franche élévation des globules blancs. La fillette est revenue me voir seule le lendemain soir avec cette fois un ventre un peu ballonné et douloureux, mais je ne suis plus certain d'avoir perçu une défense abdominale. Pourtant, j'ai rédigé précipitamment une lettre que j'ai adressée au

chirurgical. Malheureusement, lui aussi a choisi la précipitation et il a opéré l'enfant le soir même. Elle présentait finalement des oxyures intestinaux.

- La mise en place d'un comportement médical technique se traduit souvent par l'escalade des examens paracliniques. Or cette attitude risque de renforcer l'idée que se fait un patient sur l'organicité de ses troubles :

"Puisqu'il me fait tous ces examens, c'est bien pour chercher quelque chose de physique..."

Le retard à la prise en charge psychologique, souligné par Balint, peut retarder et même entraver définitivement une guérison (6).

β) N'entendre que le langage verbal

Nous avons déjà vu l'exemple de l'enfant hospitalisé qui dit à l'infirmière "j'ai mal" et ajoute "maman". Si l'infirmière se préoccupe seulement de la douleur (en lui donnant un comprimé par exemple), elle n'aura entendu que le message verbal, alors que le mot "maman" exprimait autre chose en plus, une demande de chaleur, d'affection (il s'agit, et c'est fréquent chez l'enfant, d'un message non verbal exprimé cependant par des mots, mais des mots qui disent plus que leur sens habituel).

γ) Ne rien entendre

γ1) Observation

Parfois le médecin place tellement bien ses filtres qu'il n'entend pas ce qui pourtant est d'une importance capitale pour son patient. Cela m'est arrivé avec Madame D (Obs. N°17).

Il s'agit d'une femme avec laquelle j'ai vécu une relation très "fusionnelle", selon un terme de psychologie. Je me suis laissé "engloutir" littéralement par cette patiente qui me parlait beaucoup de la relation difficile avec son mari (cela je l'ai entendu) mais elle m'a confié aussi un jour qu'elle avait perdu ses enfants dans un accident de voiture : c'est ce dernier point, sans doute déterminant dans sa vie, que j'avais oublié : La mémoire m'en est revenue au cours d'un stage de formation "Balint".

Dans ce cas, c'est avec d'autres médecins que j'ai "retrouvé la mémoire". Parfois ce sera le patient qui nous dira après quelques mois : "Mais Docteur, je vous l'avais dit..."

Pour en revenir à Madame D, il s'agit donc d'une femme de 38 ans qui vit avec son mari dans un petit village assez isolé de Haute-Savoie. Elle vivait il y a quelques années dans sa région d'origine, qu'elle préférait beaucoup : "les gens étaient plus sympas".

Elle habite à M depuis 3 ans.

Son mari, d'après elle, est peu sensible à ses angoisses : "il boit de la bière, il est toujours au jardin, il se fait servir"...

Sa belle-soeur vit dans la même maison, dans un appartement indépendant. Elle y reste un peu cloîtrée et vit dans un confort très relatif.

Première visite à domicile : "Je n'ai plus de médicaments" me dit Mme D.

Je me sens "happé" dès le premier contact par cette malade qui me montre toutes ses ordonnances sans oublier celles du psychiatre qui la suit.

Elle me présente en quelques mots sa vie, son mari, ses souffrances, ses douleurs au pied (elle a été opérée récemment d'un cor au pied). Je lui demande depuis combien de temps elle prend des neuroleptiques, antidépresseurs et anxiolytiques : "Oh, j'en ai eu tout le temps".

Deuxième visite en urgence : Madame D m'appelle au sujet de sa belle-soeur qui est tombée de son lit. "Venez vite, elle saigne".

Effectivement elle est pâle, présente une tension basse et de nombreux hématomes.

Je l'examine après l'avoir nettoyée car elle présente aussi une diarrhée rendant l'examen difficile... Madame D semble la craindre : "elle s'enferme toute seule. Elle mange ici. Je ne sais pas ce qu'elle fabrique". En raison de son état clinique et de son isolement, je me décide à l'hospitaliser.

Troisième visite : Madame D présente une fièvre à 38°. "Il y a longtemps" me dit-elle ça ne descend pas. "Le Docteur G m'a dit que ça passerait".

Je n'ai pas demandé de bilan mais je ne me souviens pas pourquoi (je n'ai pas pris de note pour cette observation).

Quatrième visite : "J'ai mal au pied". Le pied est effectivement gonflé. C'est le pied opéré il y a quelques mois. Et la fièvre persiste. Je pense à une phlébite et demande un Doppler veineux. Il s'agit seulement d'une phlébite superficielle.

Cinquième visite : "Je suis fatiguée, il me faudrait un remontant. Le Docteur G me faisait des piqûres." L'ordonnance est déjà longue. Je suis perplexe mais lui prescrit tout de même un antiasthénique* intra-musculaire en espérant secrètement que l'infirmière "me déchargera" un peu d'un "poids" qui commence à être lourd.

Madame D a été très sensible au fait que j'ai demandé un Doppler.

"Vous au moins vous me prenez au sérieux".

C'est à partir de ce moment là qu'elle m'appelle au moins une fois tous les deux jours pendant trois semaines. Je viens la voir à domicile environ deux fois par semaine. Elle trouve divers prétextes (douleur abdominale, diarrhée, fatigue...). Elle me parle de plus en plus d'elle et de son mari.

Une seule consultation a eu lieu au cabinet, le soir où elle a eu son Doppler, c'est son mari qui l'accompagne. Il lui dit devant moi :

"Tu nous emm... avec tes histoires. J'en ai marre. Tu me fais perdre mon temps".

Je ne me souviens plus de la réponse de sa femme. Je n'interviens pas dans le conflit.

Au cours des visites suivantes elle me parle de plus en plus de son mari. J'en arrive à évoquer avec elle la possibilité du divorce.

"Le Docteur G m'a dit ça aussi" me répond-elle.

Pourtant, je ressens confusément qu'il s'agit d'un conseil un peu facile, peut-être pour me débarrasser d'elle ! Et que je ne lui laisse pas "prendre les rênes" à ce moment là. Je ressens une culpabilité car je conçois très bien que la présence de son mari est peut-être la "béquille" qui l'aide à vivre (malgré ce qu'elle dit) et qu'elle n'est sûrement pas apte à entamer des démarches judiciaires de divorce.

Je dois ajouter qu'elle m'a fait de nombreux cadeaux alimentaires depuis le début du remplacement (2 ou 3 douzaines d'oeufs !). Elle m'a demandé mon adresse. Je lui en ai donné une autre où elle m'a écrit une dizaine de lettres, dont une avec sa photo. Tout cela dépassait nettement la relation médecin-malade habituelle. Je lui ai répondu que je partais à Paris et qu'il vallait mieux se confier au Docteur G qui était plus proche d'elle et pouvait l'aider. La relation s'est terminée à ce moment là.

J'ai seulement téléphoné au psychiatre avant mon départ car Madame D avait rendez-vous avec lui à cette époque. Il m'a seulement dit : "Ah, Madame D, c'est sûr que je la connais. Il n'y a pas grand'chose à espérer". Madame D pour sa part m'a appris qu'elle parlait peu pendant les rares entrevues avec le psychiatre.

γ2) La présentation du cas au groupe Balint.

J'ai présenté cette observation en session de formation Balint, à Annecy, dans un "groupe" un peu inhabituel d'une centaine de personnes (les groupes Balint sont limités généralement à 10 personnes). Grâce aux notes du Docteur Rodary j'ai pu retranscrire ici l'échange qui a eu lieu entre les participants (médecins généralistes, médecins spécialistes, dentistes, infirmières, psychiatres, psychanalystes) et moi-même (LB) :

- LB : "Très vite je ne me suis plus senti son médecin"
- Dr Sapir : "Qu'est-ce qui venait de vous qui faisait que vous n'étiez plus ce médecin ?"
- LB : "Ah oui, j'avais oublié, elle me faisait des cadeaux".

Le Docteur Sapir donne alors la parole aux autres participants qui me livrent les uns à la suite des autres leurs réflexions et leurs interprétations, ainsi que leurs questions :

- * "Relation d'amour désespérée"
- * "Explication ("c'est pour ça que...")
- * "Vous n'êtes pas le VRAI médecin".
- * "Est-ce qu'elle jouait le rôle de la mère ou de l'amante au moment de la rencontre violente avec le mari"

* "Je vois un chateau un peu sombre avec une personne enfermée et vous êtes le prince charmant qui vient la délivrer. Vous venez en voiture, c'est la seule différence !"

* "Elle vous a parlé de ses enfants en désignant son ventre. c'est parti des pieds puis les genoux puis le ventre !" (Elle s'était plaint en effet des genoux et du ventre au cours des consultations)

* "Entre le cor au pied et le corps de cette femme, je vois un cor à corps".

* " Si vous aviez été le vrai médecin quel aurait été votre comportement ?"

* "Etes vous le remplaçant du médecin ? du psychiatre ? du mari ?"

Le Docteur Sapir a choisi parmi toutes ces propositions les deux dernières que je viens de citer.

Je ne me souviens pas de mes réponses (elle n'ont pas été notées). Il y a eu ensuite une autre série d'échanges avec les participants :

- Dr Rodary : "Tu as nettoyé la belle-soeur et Madame D t'as dit :

"C'est formidable ce que vous avez fait" et il y a eu à partir de ce moment là une accélération du rythme des visites et des coups de téléphone.

- Dr Sapir : "Qu'est-ce que vous avez dans la tête ?"

- Dr Rodary : "Je n'ai rien à dire de plus, je fais un LIEN, c'est tout".

- Dr Sapir (en s'adressant à moi) : "Quel est votre diagnostic psychiatrique ?"

J'ai répondu que c'était peut être une psychose maniaco-dépressive bien qu'elle ne prenne pas de Lithium.

- Autre intervenant : "Est-ce que vous avez un désir maintenant d'aller plus loin avec cette femme ?"

- "Oui, je crois". (J'ai compris après que je n'avais pas ce désir, mais que j'avais ressenti une culpabilité de rompre la relation).

- Deuxième intervenant : "Je ne vois pas ce que tu pouvais faire de mieux que de rompre après le remplacement. Dans ce genre de relation, on se trouve vite coincé. C'est au début qu'on peut faire quelque chose."

γ3) Analyse personnelle.

J'analyserai successivement le contenu des interventions, mes propres réactions et le fonctionnement général du groupe :

* Pour ce qui concerne les interventions, je suis très étonné par le fait qu'elles reflètent une certaine ambiguïté quand à mon désir sur Madame D. : Or, je n'étais absolument pas séduit par cette personne. La relation "d'amour", si l'on peut parler ainsi, existait à sens unique. Mes difficultés relationnelles venaient seulement de la pression de ses demandes et de la résonnance de certains de ses comportements dans mon histoire personnelle. (résonnances que j'ai le sentiment d'avoir mises à jour... seul). Ces résonnances m'ont empêché d'entrer en relation avec elle, comme en témoigne l'oubli du décès de ses enfants.

Je remarque que beaucoup d'interprétations ont été faites par des psychanalystes (les remarques des médecins étaient beaucoup moins fantasmatisques).

III - Les obstacles à la relation

69

* Je suis surpris de ne pas me souvenir de mes réponses aux interventions sélectionnées par le Docteur Sapir. Je garde le souvenir d'une confusion totale de mes propres pensées. Comme si aucune mise en ordre n'avait été possible.

* Le fonctionnement du groupe m'a dérouté pour deux raisons :

- Il y avait beaucoup de monde (100 personnes) mais... j'avais fait le choix en connaissance de cause.

- La communication était court-circuitée : je n'ai pas eu le sentiment, face à ce mitraillage de questions, puis, face au choix de deux questions par l'animateur, d'être écouté, mais plutôt dirigé.

- Enfin, la communication était à sens unique, à l'exception de l'intervention d'un médecin généraliste : "dans ce genre de relation, on se trouve vite coincé". J'ai entendu à ce moment là quelqu'un qui s'impliquait un peu, un embryon d'échange, mais... la séance était terminée.

* Conclusion : il ne s'agit pas à travers un exemple de faire la condamnation du groupe Balint. D'autant plus qu'un "vrai" groupe Balint ne comporte que 10 personnes. Par ailleurs, j'ai vécu un autre groupe Balint dans une ambiance de grande écoute et de grand respect (durant le même séminaire) (Cf. Obs. N°23).

Je voulais seulement souligner une fois de plus le danger d'interpréter, sans véritablement entrer en relation. Peut-être ce matraquage d'interprétations était-il favorisé dans le cas présent par la taille du groupe. Mais je n'ai pas assez d'éléments pour l'affirmer. Ce qui me semble certain, c'est que la capacité d'écoute entre médecins retentira sur l'écoute du patient par le médecin. D'où l'intérêt d'une formation à l'écoute avant tout : c'est peut-être le meilleur garant pour éviter les "dérapages" intellectuels dans une relation d'aide.

b) Etre sourds par nos désirs, nos projets, nos décisions thérapeutiques (66 - 73)

Le savoir médical apparaît très souvent pour le médecin comme quelque chose d'inébranlable, et... d'inviolable, ce qui pourtant est paradoxal car ce savoir est en perpétuelle évolution.

Souvent les plaintes du malade ne "cadreront" pas avec ce savoir et plutôt que d'accepter d'explorer avec le malade un territoire inconnu, le médecin cherchera à tout prix à faire entrer le malade dans "un moule" et s'il n'y entre pas, il lui dira peut-être "vous n'avez rien" ou bien il l'enverra à un spécialiste... "de la tête", après lui avoir donné l'étiquette de neurotonique. Ce patient ne pourra en aucun cas "cadrer" avec ses désirs, ses projets et ses décisions thérapeutiques.

Le Dr Bury (15), au Québec, souligne : " Ce qui importe en médecine c'est de passer de "vous n'avez rien qui m'intéresse" à : " ce qui m'intéresse c'est que vous n'avez rien". "Devant le patient dit "fonctionnel" le médecin est obligé de, on devrait peut-être plus exactement dire (est entraîné à), jouer son rôle habituel de médecin c'est-à-dire de pratiquer une anamnèse, un examen physique, voire des examens complémentaires. Cela commence

donc par un "vous avez peut-être quelque chose de physique" plus ou moins explicite. Mais assez rapidement on se trouve devant l'évidence : il n'y a rien de physique". Alors c'est le malentendu : le médecin déclare "VOUS N'AVEZ RIEN..." Malentendu parce qu'au fond de lui-même chacun des deux partenaires sait bien qu'il y a quelque chose, et même quelque chose de psychique."

L'expression "JE NE TROUVE RIEN DE PHYSIQUE" serait plus conforme à la vérité, elle introduirait deux choses :

1° Le "Je ne trouve rien" introduirait le personnel, l'homme derrière le médecin et placerait d'emblée la relation médecin-malade non sur le plan d'une relation de service : garagiste/voiture/client par exemple ou médecin/corps malade/patient, mais sur le plan d'une relation entre deux personnes.

2° Le "Je ne trouve rien de physique" introduirait la possibilité de l'existence de quelque chose sur un autre plan, psychologique.

Après cette première phrase, on peut envisager deux attitudes possibles du médecin :

* La première consisterait à dire : "Vous avez quelque chose qui est un trouble somatique lié à des difficultés émotionnelles, et il faudrait pour cela aller voir quelqu'un d'autre que moi".

Mais QUI ? Ces patients sont en effet réticents à un abord uniquement psychologique de leur état, ce qui se passerait avec un psychiatre. De son côté le psychiatre n'est guère plus intéressé, en raison de cette difficulté du patient à se mouvoir sur ce terrain de l'expression verbale des états affectifs. La consultation risquerait de se terminer par un non lieu.

"Ainsi le mieux placé pour traiter ces patients est le médecin de famille : il est beaucoup moins menaçant que le psychiatre puisque le physique n'est pas exclu d'emblée et qu'on pourra toujours en revenir là si le terrain psychique devient trop dangereux".

* Ainsi donc le médecin généraliste, après avoir dit "je ne trouve rien de physique" est amené à dire à son patient :

"... il y a donc autre chose, que je suis prêt à essayer de découvrir avec vous..., quand vous voudrez et aussi loin que vous voudrez".

Il ne s'agit certes pas d'une phrase "standard" mais elle permet de souligner l'orientation que prend le médecin avec son malade. La formulation sera à adapter éventuellement à chaque patient.

c) Etre sourds par nos idées, nos idéologies, nos mythes.

α) La douleur peut être intolérable... pour le médecin

Cela pourra l'entraîner à une précipitation qui l'empêchera d'entendre le sens de cette douleur. Comme le note le Docteur Rodary la personne qui "s'était donné le mal d'avoir mal" sera baillonnée, réduite au silence.

β) Inversement, le médecin peut oublier cette douleur et n'écouter que son sens caché et cela en anticipant la demande du malade, qui n'est peut-être pas prêt à écouter ce sens, ici et maintenant...

γ) Le danger d'interprétation abusive.

J'ai déjà envisagé à plusieurs reprises les dangers de l'interprétation. Je donnerai ici comme exemple l'observation de Mademoiselle F, 20 ans, qui consulte pour des tremblements apparus depuis un an (Obs. N°18).

Le bilan biologique est normal, en dehors d'une glycémie un peu basse. Je lui fais remarquer ce résultat, elle me répond : "je mange du sucre sans arrêt".

Je lui demande alors (brutalement) si elle est nerveuse.

Elle répond : "non pas du tout". Je sens immédiatement un blocage. Je lui prends sa tension et, seconde erreur, je lui dis :

"vous n'avez rien de bien grave. Mais n'y a t'il pas quelque chose qui vous travaille".

"Non ! sauf un problème avec certaines personnes : je n'arrive pas à leur dire ce que je pense".

"Pouvez vous en dire plus sur ces personnes ?"

"C'est le frère et la soeur de mon ami. Ils m'em... ! Mais je n'ose pas leur dire pour ne pas faire de mal à mon ami, je garde ça ici (elle me montre la région de l'estomac).

Je lui dis alors :

"Peut-être que je me trompe mais je me demande si ces tremblements ne pourraient pas disparaître si vous arriviez à parler" et j'ajoute :

"Manger du sucre sans arrêt c'est peut-être une façon de se détruire".

"Oui, c'est possible. D'ailleurs je crois que c'est ça".

Je pourrai penser à priori que cet entretien a été fructueux, puisqu'il a permis à cette jeune femme d'aborder ses problèmes psychologiques à partir de ses symptômes. Mais je relève tout de même trois erreurs relationnelles :

1° La brutalité de ma question : "Êtes vous nerveuse" et surtout le sens très vague de ce mot : nerveux. Je ne sais pas bien ce qu'il signifie. Je pense qu'elle non plus ! C'est un mot en "conserve" selon l'expression de Jacques Salomé (Pourtant, je me demande si le caractère très vague de ce mot ne laisse pas une certaine liberté au patient)

2° "Vous n'avez rien de bien grave" : Je ne pouvais me permettre une telle affirmation Le mot RIEN est une négation à sa souffrance car c'est peut-être grave pour elle.

3° "Manger du sucre sans arrêt c'est peut-être une façon de se détruire". La personne la mieux placée pour établir ce lien, c'est bien elle et à son rythme, peut-être pas aujourd'hui, peut-être pas avec moi.

Pour mieux appuyer ce danger de l'interprétation je donnerai un exemple caricatural emprunté au Docteur Dutot (25) :

"Monsieur, vous avez une blennorrhagie, je vais vous dire pourquoi, c'est parce que vous n'avez plus envie de faire l'amour avec votre femme..."

"Une telle interprétation, en dehors du fait qu'elle est caricaturale (mais vécue) est une erreur manifeste pour plusieurs raisons"

1° Le médecin à toutes chances de se tromper parmi les milliers de raisons possibles.

2° En admettant qu'il "tombe juste", il brûle les étapes et parle pour le malade en renforçant ses défenses, ce qui aboutit à l'opposé du but fixé, à savoir la guérison.

3° En parlant à la place de son malade, il le coupe de ses émotions, de son expérience personnelle.

Par définition, un malade qui vient demander des médicaments parce qu'il a mal à la tête ou au ventre n'a pas fait l'expérience du lien qui existe entre ce qu'il vit et ce dont il souffre dans son corps.

δ) Croyances et idéologies

Elles sont innombrables. Nous citerons parmi bien d'autres :

* les idéologies sur la douleur : (66)

"La douleur c'est normal pour accoucher
pendant les règles
avant les règles
pour mourir
au cours de ce traitement
avec cette opération"

La douleur a ses partisans religieux, philosophiques, etc...

("La douleur est le summum de l'expérience humaine...").

* La croyance en la supériorité des médecines physiques.

Comme le souligne Balint, il existe une croyance que les maladies physiques ont plus d'importance que les problèmes de personnalité, lesquels sont d'ailleurs parfois traités avec mépris : "c'est encore un psy..." (6).

La maladie mentale fait peur. On ne sait pas bien d'où elle vient. La maladie physique non plus. Mais il y a au moins un point de repère : le corps. Et s'il y a lésion, les choses paraissent tout à fait claires... pour le médecin, et d'une certaine façon rassurent le malade;

* Les maladies mythiques.

Nous venons de voir que la maladie mentale fait peur. Il en est de même pour le cancer. Or cette peur n'est pas l'apanage du malade : elle est partagée par le médecin, d'autant plus qu'il s'identifie au malade : le médecin participe ainsi au mythe de la maladie cancéreuse en n'osant pas prononcer le nom de cancer, ce qui sous-entend aussi pour lui une mort certaine et l'abandon de tout espoir.

* Les mythologies parentales.

Nous les retrouvons certes chez les parents mais aussi chez les médecins et de façon générale chez toutes les personnes qui "s'occupent des enfants". Nous citerons les :

- Mythologies autour de la nourriture qui sont très nombreuses :

"ne pas parler à table"

"il faut manger de tout, même si on ne l'aime pas". Etc...

- Les mythologies autour de la propreté, autour des vêtements (il faut porter des vêtements neufs puisque c'est dimanche...)

Il est très important de connaître ces mythologies pour comprendre la relation parfois très douloureuse des parents avec leurs enfants.

d) Et bien d'autres pièges pour déformer le message... par rapport à soi.

Nous citerons entre autres (73) :

* Le ressentiment du médecin.

Ce peut être le cas devant un patient agressif, tel Monsieur S qui à travers ses propos racistes déclenche chez moi beaucoup de ressentiment et d'impuissance (Obs. N°10).

* L'incertitude sur soi et sur l'autre ("suis-je capable d'assumer ce qu'il/elle me dit ?")

C'est la question que je me suis posée en présence de Madame N dont nous verrons l'observation ultérieurement (Obs. N°23).

Il s'agit d'une femme de 40 ans qui consulte pour des troubles de la mémoire et qui me décrit avec une grande précision les mêmes troubles survenus quelques années auparavant à l'occasion d'un accident de voiture et d'une opération sur le sein. Mon incertitude sur moi émane de deux faits :

1° Elle me demande d'emblée s'il faut consulter un psychiatre ? Je ne lui réponds pas immédiatement mais ne suis pas certain à ce moment là de pouvoir entreprendre moi-même un soutien psychologique.

2° Je suis remplaçant et cette position m'interdit un suivi au long cours de cette patiente, ce qui renforce mon incertitude sur l'intérêt de débiter avec elle un soutien actif.

* Le pseudo-respect. C'est l'attitude qui consiste à penser que telle ou telle chose ne sera pas bonne pour le patient.

* N'écouter que la signification intellectuelle du message des patients.

Cela nous ramène à la notion de décentrage : on ne peut écouter l'autre en étant centré sur soi, sur ses propres valeurs de référence. Ainsi le médecin qui cherchera d'emblée à "classer" son patient dans un contexte sémiologique précis risquera de passer à côté de l'essentiel; Mais se décentrer de soi-même ne signifie pas oublier la sémiologie ! Elle doit toujours rester présente à l'esprit mais elle doit être comprise comme un cadre rigide où la parole du patient ne peut pas toujours entrer. Elle doit être avant tout un système de repérage (particulièrement utile dans l'urgence), mais jamais une finalité.

- L'égoïsme, c'est aussi un obstacle que de ramener tout ce que dit le patient à quelque chose de connu, de l'entraîner sur un terrain où l'on se sent plus en sécurité.

* Emettre un jugement.

Un médecin généraliste cite à ce sujet ce qui lui a rapporté un de ses malades qui avait contracté la syphilis et consulté pour cela un confrère deux ans auparavant :

"Le médecin m'a dit quand on a eu le résultat des examens : Où est-ce que vous êtes allé attraper cette saloperie ?, vous ne pouvez pas savoir l'effet que ça m'a fait..." (25).

* Le jeu du sauveteur.

Cela consiste pour le médecin à dire à son patient :

"Je suis là, vous pouvez compter sur moi".

Nous avons vu que l'attitude de soutien peut être nécessaire à petite dose et de façon ponctuelle. Mais si ce "jeu du sauveteur" devient habituel, il a toutes les chances de précipiter le patient dans une dépendance absolue vis à vis du médecin, donc d'entraver toute guérison.

* le jeu du persécuteur bienveillant

La petite phrase "si vous m'aviez écouté" dépossède également le patient de son indépendance. Car tout patient a le droit de faire ses expériences, même si elles n'ont pas été dictées par son médecin. Il s'agit de le guider mais sans entraver son autonomie.

* Exprimer ses doutes et ses incertitudes.

B - Les pièges institutionnels et socio-professionnels

Ces pièges ont une origine sociale, professionnelle mais sont souvent entretenus par le médecin lui-même.

1) Le paradoxe du médecin

L'enjeu de la relation d'aide telle que nous la concevons consiste à faire entendre au patient la signification de ses symptômes. Or l'attitude médicale courante, stéréotypée, vise à apporter une ordonnance face à un symptôme ou à une maladie (c'est-à-dire un traitement - réponse) : Certes la première attente du malade sera souvent un diagnostic et un traitement et il conviendra de combler d'abord cette attente car le malade n'est pas toujours prêt à "parler", à donner la signification de son symptôme. Mais bien entendu, par une telle attitude de prescription, le médecin étouffe le symptôme".

Je pense que tout l'art de la relation d'aide consiste à savoir "jusqu'où l'on peut aller trop loin "et à quel moment. Il faut en d'autres termes être toujours prêt à revenir au médicament si le patient le désire.

2) La relation médecin généraliste-spécialistes.

Cette relation peut influencer profondément la relation médecin-malade.

a) La collusion de l'anonymat. (6)

Le médecin fait appel aux spécialistes :

- Soit parce que ses connaissances sont insuffisantes.

- Soit parce que le patient doute de son médecin.

Cela introduit des tiers dans la relation, avec un danger : la collusion de l'anonymat, c'est-à-dire que des "décisions vitales" sont prises sans que personne ne s'en sente pleinement responsable. Cela peut être évité par une collaboration étroite avec les spécialistes dans le sens d'une communication respectant les mêmes règles qu'avec le patient. (La communauté de langage doit favoriser cet échange).

b) La survivance de la relation maître-élève. (6)

L'omnipraticien vénère souvent les spécialistes qui l'ont formé et continuent à venir "à sa rescousse". Si son attente est déçue il est rare qu'il l'exprime. Cela risque d'introduire un "parasitage" dans la relation avec son malade, et une relation ambivalente avec le spécialiste. Il n'osera pas indiquer à ce dernier ce qui peut être dit et ce qu'il faut taire, éléments qu'il maîtrise pourtant d'autant mieux qu'il est dans une relation de durée avec son malade.

c) Observations personnelles.

α) Première observation (Obs. N° 19).

Je suis appelé un matin à 7 h 30, avant les consultations pour une petite fille de 5 ans qui a de la fièvre et qui vomit. "Elle a déjà vu le Docteur P il y a deux jours. Mais ça s'est aggravé". L'appel de la maman reflète beaucoup d'angoisse. La mère assiste avec attention à l'examen. Malheureusement je trouve une nuque raide, mais aussi une gorge un peu rouge. Je fais très vite le raisonnement {nuque raide + fièvre + vomissements → méningite ?}. Je ne suis pas très convaincu par la raideur de la nuque qui ressemble plutôt à un torticolis. Mais il y a les autres symptômes et... l'angoisse de la mère. Je lui dis que je préférerais hospitaliser l'enfant pour une surveillance. Elle me répond encore plus angoissée : "si vous pensez que c'est nécessaire". Le père de la fillette, pharmacien arrive à ce moment là : Il me dit "Oh ce n'est pas la première fois, je pense qu'il ne faut pas s'affoler." Je lui demande alors comment cela s'est passé les autres fois. Il semble qu'effectivement elle présente souvent ce cortège de symptômes "méningés" sans avoir jamais fait de méningite. Je suis perplexe mais je l'avoue un peu rassuré et l'état de conscience de la fillette, maintenant bien réveillée, ne me semble pas si inquiétant.

Finalement, je dis aux parents : "nous allons essayer d'éviter l'hospitalisation, je repasserai la voir dans quelques heures". J'ai bien sûr cherché auparavant la moindre pétéchie* pour éliminer un purpura fulminans.

Je profite de l'intermède de quelques heures pour téléphoner au pédiatre de l'hôpital qui me rassure à son tour : "la nuque raide ça peut même accompagner une angine. Ce qui importe c'est qu'elle ne somnole pas. Il faut surveiller son état de conscience".

Quand je suis retourné la voir, elle jouait avec sa soeur et n'avait vraiment plus aucune trace de méningite !

Dans cette observation, je remarque à quel point l'angoisse ou la sérénité des parents peut être contagieuse, particulièrement dans ce genre de situation limite où l'hospitalisation est parfois discutable et doit être pesée minutieusement, car l'hôpital est souvent *loin*

Le spécialiste peut apporter un grand soutien dans ce genre de situation c'est ce qui s'est passé avec ce pédiatre grâce à un échange mutuel très satisfaisant car je n'étais pas dupe de l'examen clinique que j'avais pratiqué . (la présence du moindre signe neurologique aurait bien sûr changé mon attitude). Je pense qu'une longue pratique médicale aurait pu éviter ce soutien téléphonique mais je ne suis pas certain que l'angoisse de nombreux généralistes ne soit pas parfois présente même après de nombreuses années d'expérience, et s'ils n'ont pas recours aux spécialistes en situation d'urgence c'est peut-être plus par amour-propre que par une évaluation réelle de toutes les situations.

Dans cette consultation j'ai donc demandé l'aide d'un spécialiste par téléphone sans la présence des parents.

β) Deuxième observation (Obs. N°20).

Ce n'est pas le cas de la consultation suivante où il est vrai, l'urgence était plus imminente.

Il s'agit également d'une visite à domicile. Audrey, 3 ans, a "les yeux qui gonflent et des boutons rouges partout" me dit la maman au téléphone. A mon arrivée, elle m'attend en bas de l'escalier et elle rit beaucoup mais... nerveusement. La fillette à les yeux très gonflés, des plaques rouges sous les bras et elle est un peu essoufflée. La mère lui a donné 90 gouttes de Célestène.

Je suis très inquiet, bien que la situation soit stabilisée. Mais je perçois surtout la très grande angoisse de la mère, sans doute aggravée par le fait qu'elle ne me connaît pas. Elle me dit finalement "je commençais à paniquer".

L'auscultation pulmonaire est normale et au bout d'1/2 heure Audrey va beaucoup mieux. Aucun élément déclencheur ne me paraît évident : elle s'est roulée dans l'herbe le matin mais ce n'est pas la première fois. Je dis à la maman de me rappeler le soir après avoir prescrit une ordonnance de Célestène et de Polaramine. Entre-temps je téléphone à l'allergologue pour prendre rendez-vous pour un bilan urgent. Il me dit que la responsabilité du pollen est peu probable devant une réaction aussi forte mais que finalement ce n'est pas à exclure si le contact a eu lieu. Il souhaite la voir assez vite.

Le lendemain matin la maman me rappelle "elle a plein de plaques, ça recommence". Elle ne me demande pourtant pas de venir mais je sais déjà qu'il y a une discordance entre ce qu'elle exprime et... son angoisse. La réalité, c'est que la fillette refait une éruption... sous Célestène. Je la revois donc en visite (sur ma décision), tout en sachant que je vais encore réactiver l'angoisse de la mère (je note ici qu'il s'agit d'une visite à 10 kms et que mon déplacement à domicile n'est pas anodin). Quand j'arrive à la maison le tableau n'est pas si alarmant : elle a de nouveau quelques plaques rouges, mais peu étendues, et elle respire

[Illustration sous droit retirée de la version de diffusion de la thèse]



normalement. Je téléphone au pédiatre de l'hôpital qui me conseille d'augmenter la posologie de Célestène à 20 gouttes/kg et surtout me dit : "il n'y a pas de danger sous Célestène mais n'hésitez pas à nous l'envoyer s'il y a besoin". J'avoue que je ne m'en serai pas privé et que ce coup de fil me permet d'essayer de rassurer la mère en m'appuyant sur un avis spécialisé. Je lui dis tout de même en partant : "N'hésitez pas à appeler s'il le faut, même le week-end". Je lui conseille de rester près d'Audrey.

Le recours aux spécialistes a été beaucoup plus ambiguë que dans le cas précédent.

En définitive j'ai plus calmé mon angoisse que celle de la mère en téléphonant immédiatement.

γ) La consultation N° 9 se rapportait à une dame de 38 ans, très angoissée par des ganglions cervicaux et par le mot "tuberculose", mais également par la biopsie "est-ce que ça fait mal ?". "Est-ce qu'il endorment ?" Je pense que cette angoisse de la patiente était peut-être augmentée par le fait que je ne connaissais pas les conditions exactes de l'examen demandé et qu'elle l'a ressenti : Je pense qu'une connaissance théorique des actes spécialisés est nécessaire mais il me paraît également important pour un médecin généraliste d'assister au moins une fois aux examens qu'il prescrit, ne serait-ce que pour connaître la souffrance qu'ils peuvent entraîner, et donc en peser les indications, sans parler de l'intérêt d'informer le malade avec précision.

δ) Enfin, parfois le recours au spécialiste peut être utilisé par le patient pour impressionner le généraliste sur un problème particulier, parfois plus psychologique que médical : c'est le cas de Madame X (Cf. plus loin Obs. N°24) qui me présente sa fillette de 10 ans brûlée au visage par le soleil et qui ajoute "j'en ai déjà parlé au dermatologue, ce qu'il me faut c'est un certificat, Etc..." Je n'ai d'ailleurs pas bien entendu son message : voulait-elle dire : "le problème médical, ce n'est pas la peine de vous en occuper, j'irai voir le spécialiste; il ne me faut que le certificat" ou bien : "j'ai ameuté tous les médecins parce que c'est grave" ou encore : "même si vous refusez de me faire le certificat, j'irai voir le spécialiste". Je précise tout de suite qu'elle désirait ce certificat pour accuser le père de ne pas s'être occupé de sa fille pendant le week-end...

3) La relation médecin généraliste-psychiatre-malade.

a) Le grief du langage hermétique (81)

Le médecin généraliste est souvent déçu par la lettre du psychiatre. Il accuse souvent son confrère de langage hermétique :

"vous nous répondez dans un charabia incompréhensible".

Et il ajoute souvent : "C'est subjectif". Cette réaction assez fréquente montre qu'il attendait "quelque chose d'objectif" comme un taux de transaminases ou un résultat de biopsie.

De même il semble vivre avec le mythe de l'examen psychologique qui lui permet d'une part une réponse chiffrée (comme le QI) d'autre part d'"échapper" au psychiatre, parfois considéré comme redoutable.

b) La réaction du médecin généraliste selon la prise en charge ou non de son patient par le psychiatre. (39)

α) Le psychiatre assure cette prise en charge.

Le médecin généraliste a souvent, à un niveau inconscient, un sentiment d'échec, une réaction de dépit.

Il se sent exclu et ressent souvent une possessivité de la part du psychiatre. C'est ce qu'à montré une enquête faite par un psychosociologue auprès de 140 médecins généralistes. (Il est intéressant de noter que de très rares médecins ont évoqué dans cette enquête l'opinion de leurs patients).

β) Le psychiatre renvoie le malade au médecin généraliste.

La même enquête a montré qu'il s'agit souvent de malades qui épuisent le généraliste et qui sont adressés au psychiatre en derniers recours.

Dans la demande psychiatrique du médecin généraliste il n'est pas rare de trouver des formules de ce type "vous ne pensez pas qu'il simule..." ce qui sous-entend "il s'est moqué de moi, à vous de jouer". Le refus de prise en charge par le psychiatre est dû le plus souvent au fait qu'il ressent chez ces malades l'inaccessibilité à la parole. La fermeture de l'inconscient a été faite au cours d'interventions médicales ou chirurgicales malencontreuses (39).

c) L'opportunité de la consultation en psychiatrie et la résistance des généralistes

* Balint pense que la consultation psychiatrique, si elle est indiquée dans le cas de troubles mentaux graves, ne fera dans les autres cas qu'aggraver la situation, pour les raisons suivantes :

- Par exemple si le psychiatre décide qu'une psychothérapie est nécessaire mais ne peut l'assumer tout de suite, le patient devra se contenter de l'aide du médecin généraliste qu'il jugera de moins bonne qualité.

- Par ailleurs, le rapport du psychiatre (c'est-à-dire sa lettre) n'apporte le plus souvent aucun conseil thérapeutique rationnel.

- Un examen psychiatrique "instantané" est difficile car il devrait s'étendre à toutes les relations humaines du patient, y compris celles qu'il entretient avec celui-ci.

Ainsi, selon Balint seul le médecin généraliste peut entreprendre une recherche à long terme avec son patient (en dehors répétons le des troubles mentaux graves) (6).

* Selon une enquête de M.O. Lahalle, un médecin envoie un patient au psychiatre tant pour la maladie que présente ce patient que pour des motivations personnelles, et pour le rôle qu'il veut jouer auprès de ses malades. (39)

Dans cette enquête, sur les 38 % de cas estimés justiciables de psychothérapie, seuls 7 % des cas sont envoyés au psychiatre. L'enquête dégage bien le fait que la résistance à la psychiatrie commence chez le médecin et par lui. (4 médecins sur 5 manifestent leur peur de la psychiatrie).

* Conclusion :

Cette enquête montre bien la résistance du médecin généraliste à la psychiatrie.

Cette résistance n'est pas défendable si elle naît d'une méconnaissance et d'une indifférence à l'égard de la psychiatrie. Mais il nous semble tout autant critiquable de considérer la consultation de psychiatrie comme une solution miracle ou une échappatoire aux problèmes que l'on rencontre avec son patient.

Il n'est pas facile d'établir des "conduites à tenir", des recettes, dans ce domaine. Il s'agit donc plus que jamais pour le médecin généraliste de connaître ses limites, et d'être à l'écoute de lui-même et de son patient, puisqu'il ne pourra de toutes façons que tenter de s'adapter à chaque fois à une situation nouvelle. Quant au contact étroit avec le spécialiste, il paraît ici plus indispensable que jamais.

Cela nous amène à envisager les pièges de la lettre, qui risque souvent de s'avérer insuffisante sinon dangereuse pour établir une bonne relation ... à trois.

d) La lettre d'échange est-elle nécessaire ? (57)

* C'est souvent le seul contact entre le psychiatre et le généraliste.

La lettre d'envoi du médecin généraliste est aussi une demande adressée au psychiatre. Or la réponse nous l'avons vu n'arrive pas sous la forme attendue :

1° Le psychiatre a un système de références différent

2° Il peut éprouver l'exigence de conserver à sa relation avec le patient une forme de secret.

3° Son incertitude sur la discrétion du patient ou de sa famille ne lui permet pas toujours une réponse totalement libre.

* Une analyse psycho-linguistique du message de la lettre et de la relation à trois (médecin/malade/psychiatre) a montré la distorsion fréquente du message :

1° Au niveau du généraliste : les symptômes du malade deviennent des symptômes ressentis par lui et c'est l'angoisse du médecin engendrée par celle du malade qui est décrite en filigrane dans la lettre.

2° Au niveau de la réponse du psychiatre : celui-ci décode le premier message et code un nouveau message lié à ce qu'il vit dans l'instant avec le malade.

3° La transmission du message au patient par le généraliste subit enfin une troisième distorsion, cette fois en tenant compte de la non-culture médicale du patient.

* Nous pensons que la lettre d'introduction du patient chez un psychiatre est inutile voire nuisible. Rien n'empêchera éventuellement une communication ultérieure si cela est jugé

nécessaire par les deux médecins. Mais la démarche initiale, même si elle est stimulée par le médecin généraliste doit rester une démarche AUTONOME de la part du malade. Le patient doit se présenter lui-même, dans son intégralité, chez le psychiatre. Aucun à priori, aucune tiers (la lettre), ne doit venir entraver cette nouvelle relation .

e) Quelques exemples

* Je citerai pour commencer la consultation de Sonia, 7 ans 1/2 (Obs. N°21),

Dans ce cas précis, la mère me demandait une consultation psychologique pour sa fille, très perturbée depuis la séparation de ses parents. La consultation très longue (environ 1 heure) avec Sonia m'a permis seulement de l'orienter avec une lettre très détaillée vers un centre médico-psychologique.

J'ai donc répondu à l'attente de la mère, d'autant plus que ma position de remplaçant m'interdisait un suivi de l'enfant, mais je crains que cette précipitation n'ait court-circuité le contact éventuel de l'enfant avec le médecin que je remplaçais.

Sonia présentait une agitation intense et de l'eczéma à chaque fois qu'elle quittait son père ou sa mère mais était-ce suffisant pour "psychologiser", voire "psychiatriser" un problème qui pouvait peut-être se régler chez le généraliste ?

* Dans l'exemple suivant, au contraire, apparaît une résistance à la "psychiatisation", malgré la demande de la patiente (Obs. N°22) :

Madame N est une jeune femme de 40 ans, qui consulte pour une perte de la mémoire des faits récents.

Elle se présente en disant : "Docteur, je débloque, j'ai des trous de mémoire" elle ajoute que cela l'handicape énormément et qu'elle a du quitter son travail de comptable.

Elle a été hospitalisée il y a un mois pour des bourdonnements d'oreille mais l'examen neurologique était négatif.

"Est-ce que je ne dois pas aller voir un psychiatre ?"

Je réponds que je ne peux pas encore lui donner de réponse mais que c'est peut-être possible de l'éviter.

Ses questions semblent toutes trahir une grande angoisse.

Je lui demande si elle n'a pas eu de traumatisme crânien dans sa vie. Elle me répond:

" Non, mais j'ai été opérée d'un fibroadénome au sein" et elle me donne la date exacte de l'opération ".

Je lui demande ce qui lui a fait peur.

"J'avais très peur quand j'ai découvert une boule dans le sein. Je n'ai rien dit pendant 15 jours et j'ai eu peur toute seule". Puis, " on a fait la mammographie mais on m'a seulement dit que ce n'était pas un cancer. J'avais peur qu'on me mente".

Je lui demande alors s'il n'y a pas eu autre chose qui l'ait marquée dans sa vie :

"Ah oui, un traumatisme crânien !"

Je suis très surpris qu'elle ne s'en souviennne que maintenant. Elle me décrit avec une précision surprenante l'accident de voiture qui a entraîné ce traumatisme crânien :

"j'étais avec ma copine. Il y a eu soudain un camion devant nous. Je me suis évanouie et quand je me suis réveillée, j'étais toute seule : Ma copine était partie et j'avais du sang sur le visage, je me suis vue dans le rétroviseur. J'ai cru que j'allais mourir".

Je lui demande alors :

"Après cet accident, que s'est-il passé ?"

"J'ai perdu la mémoire pendant un an 1/2. C'est revenu progressivement";

"Avez vous perdu la mémoire à d'autres reprises ?"

"Oui, après l'opération du sein. C'est revenu d'un coup, 6 mois après".

"Et maintenant ?"

"J'ai reperdu la mémoire depuis fevrier".

Je lui demande alors s'il y a un événement récent important pour elle. Elle pense que non. Elle me décrit sa vie à S. depuis 3 ans avant elle habitait R. Elle est chef comptable et a quitté son travail il y a 2 mois. Elle habite à la campagne dans une maison isolée;

"A R., j'étais en pleine ville".

Je réalise que je ne suis plus assez disponible pour l'écouter, je me perds dans la chronologie de ses dates, je ressens confusément que son angoisse est en train de devenir la mienne. Et la consultation a beaucoup duré (1 heure 10).

Je lui expose ma position de remplaçant en lui disant que j'aimerais beaucoup l'aider mais que je suis là seulement pour deux semaines et que ce temps est trop court pour entreprendre un soutien actif. J'ajoute que quelqu'un de compétent dans ce domaine serait peut être utile. Je la revoie une semaine plus tard et lui donne les coordonnées d'une psychologue que j'ai contactée.

Elle ne me reparle plus de ses peurs. Je ne lui pose aucune question à ce sujet et nous en restons au problème de ses vacances à R., et de la nécessité de consulter un médecin ORL pour un problème de sinusite chronique.

J'ai relevé plusieurs points qui me semblent importants dans cet entretien :

1° J'ai associé ses pertes de mémoire à des événements traumatisants (accident de voiture, opération du sein);

J'ai bien pris garde de ne pas faire cette association à sa place, je lui ai seulement dit :

"Dans ce que vous avez dit, j'entends que vous avez perdu la mémoire après l'accident et après l'opération, mais également maintenant : je ne sais pas s'il y a un nouvel événement qui peut expliquer cela";

J'ai émis pour moi-même une interprétation possible que je ne lui ai pas livrée : "elle est seule dans une grande maison en pleine campagne, elle habitait la ville, cela peutt lui faire peur. Et peut-être a-t'elle peur de devenir folle". (c'est elle qui m'a parlé d'un psychiatre).

2° Ma question "avez vous eu un traumatisme crânien" est une question fermée, elle ne peut répondre que oui ou non. C'est peut-être pour cela qu'elle a répondu "à côté" ("j'ai eu une opération du sein") et qu'elle a reconnu seulement après 5 minutes avoir eu un traumatisme crânien. ("Je veux bien vous répondre mais laissez moi le temps"). J'ai été pris au piège de l'interrogatoire médical classique.

3° Je n'ai pas fixé les limites du temps et la consultation a trop duré, ce qui a entraîné une indisponibilité de ma part durant le dernier quart d'heure.

4° En ce qui concerne la continuité des entretiens, je n'ai pas nié la fonction d'accompagnement du médecin généraliste; Je lui ai proposé de consulter le médecin que je remplaçais.

5° J'ai proposé un psychologue et non un psychiatre, malgré sa demande. Cela est dû en partie à une méfiance vis à vis d'une thérapie psychiatrique médicamenteuse. Peut-être cette méfiance aurait-elle pu être dissipée par un contact direct, au moins téléphonique.

* J'ai développé précédemment l'observation de Madame D, une patiente sous neuroleptiques qui me faisait d'innombrables cadeaux... alimentaires lors de très nombreuses visites à domicile (Obs. N°18).

En ne voulant rien entendre (ou très peu) à son histoire, j'ai occulté le fait qu'elle était "suivie" par un psychiatre. J'ai téléphoné à ce psychiatre à la fin de mon remplacement car Madame D avait un rendez-vous avec lui à cette période. J'ai été très déçu quand il m'a répondu : "Oh, Madame D, il n'y a pas grand chose à faire pour elle.", avec un ton qui sous-entendait : "ce n'est pas un cadeau !". Il n'est donc pas étonnant qu'elle m'ait dit : "Je n'ose pas lui parler".

Mais qu'attendais-je de ce coup de fil ? : qu'il me parle d'elle ? Qu'il me donne son diagnostic ? Peut-être plutôt qu'il me parle de sa relation avec elle, de ses difficultés.

4) Le pouvoir médical et les interdits.

a) "Mon pouvoir favorise-t'il celui de mon patient ?

Le médecin dispose d'un immense pouvoir au yeux de son patient.

Il s'agit d'un pouvoir institutionnel ("le médecin, c'est quelqu'un...") accentué par le fait que la vie ou la mort sont parfois entre ses mains. Il en résulte un rapport de force qui risque d'être déséquilibré au profit du médecin; Or il est fondamental dans toute relation d'alterner les positions d'influence des deux partenaires. Il sera donc judicieux pour le médecin de laisser au malade sa part de pouvoir, en l'amenant vers une prise de conscience de ses possibilités d'autonomie.

Cela est décrit ci-dessous au travers des prescriptions de régimes et des interdits concernant le tabac, l'alcool, voire les... allergènes.

b) Un pouvoir qui permet de poser des interdits.

α) Il faut arrêter de fumer et de boire.

α1) L'intérêt de la formulation positive.

Il n'est bien sûr pas question pour un médecin de cacher à son patient les dangers réels liés à la consommation excessive de tabac et d'alcool. Mais ce qui est néfaste, c'est de parler en terme d'interdits ("vous ne devez pas", "vous devez") voire de morale ("c'est bien, c'est mieux") et pire encore de menace ("vous n'irez pas loin..."). Watzlawick, comme nous l'avons déjà évoqué (89), a permis d'établir un lien entre les deux hémisphères du cerveau et l'existence de deux langages : un langage digital, plutôt lié à l'intellect et un langage analogique, plutôt lié au ressenti, à l'émotion : ce dernier est le langage des rêves, des contes de fées; c'est aussi celui des jeux de mots, des calembours. Et surtout c'est un langage qui ne connaît pas de négation : "les termes comme non, aucun, personne, nulle part, n'existent pas".

Nous remarquons en effet que certaines formules sont génératrices d'aversion pour le malade. Par exemple :

"Les cigarettes vont prendre un goût horrible et vous aurez des quintes de toux épouvantables".

Il vaudra mieux lui dire :

"Votre respiration sera plus facile et vous serez fier de vous être libéré de l'esclavage du tabac par votre seule volonté".

Le sous-entendu positif aura beaucoup d'impact dans une relation d'aide :

- Ainsi la question "jusqu'à quel point l'alcool est-il un problème pour vous" fait preuve de plus de tact et d'adresse que : "combien d'alcool buvez vous ?".

α2) Les trois niveaux d'interpellation du médecin

Le médecin est interpellé par son patient à 3 niveaux dans les conseils concernant l'alcool (31).

1° Au niveau de son pouvoir médical.

2° Au niveau de son écoute à un discours profus mais pauvre, pressant mais différé.

3° Au niveau enfin de sa ressemblance avec le patient, en tant que consommateur éventuel du même toxique.

"En cette relation tierce (médecin-malade-alcool) le thérapeute devra abandonner toute idée d'un pouvoir qui lui est familier et surtout il devra s'adresser à l'homme qui souffre et non à l'alcoolique.

α3) Normal et pathologique dans l'alcoolisme : d'où vient le discours ? (65a)

Il y a quatre émetteurs à distinguer dans le discours sur l'alcoolisme : celui qui boit trop, le groupe social ("l'opinion"), le médecin, l'appareil de contrôle sanitaire.

1° Pour celui qui boit, le normal c'est une consommation "habituelle"; le pathologique c'est le déficit physique et la douleur.

2° Pour le groupe ("l'opinion"), le normal c'est la conformité au modèle social, à l'héritage historique; le pathologique c'est le hors-normes, c'est-à-dire la consommation d'eau ou l'atteinte à l'ordre communautaire (crise éthylique, folie).

3° Pour le médecin, le normal c'est l'absence de symptôme objectif (Gamma GT et VGM); le pathologique commence aux symptômes (atteinte psychique ou somatique).

4° Pour les corps de contrôle sanitaire, le normal c'est la conformité soit au modèle d'opinion, voire au modèle de moralité, soit aux règles légales; le pathologique s'établit par référence à une grille de symptômes ou à une expertise médicale.

* Les arguments populaires sont un produit social et culturel, un héritage des anciens, un modèle de conduite installé dans "l'inconscient ethnique". A l'inverse, les critères scientifiques sont élaborés hors du vécu de la société, hors des pratiques culturelles et donc reçus comme une agression exogène. On conçoit donc que ces deux attitudes sont parfaitement inconciliables; c'est pourquoi la lutte contre l'alcoolisme conduite au nom de la science et de la morale est jalonnée de plus d'échecs que de succès faute de tenir compte des représentations collectives de l'alcool; il ne faut donc pas oublier la force des justifications historiques : "l'alcool donne des forces", le vin "est la plus hygiénique des boissons" (formule attribuée à Pasteur).

β) "Vous ne devez pas manger cela..."

β1) Discours médical classique et discours diététique "parallèle"

Les conseils diététiques demandent souvent beaucoup de prudence .

* Il existe d'une part un discours médical classique où l'on raisonne en termes de calories et de protides, glucides, lipides. On trouve ainsi des régimes hypocaloriques, des régimes pauvres en graisses, des régimes pauvres en sucres rapides, etc...

La valeur scientifique de ce discours n'est généralement pas à remettre en cause (bien que certaines notions soient en pleine évolution) : On ne peut nier ainsi que les régimes pauvres en fibres favorisent le cancer du colon. Mais ce qui importe dans ce discours c'est la façon dont il est transmis au malade :

* Il existe d'autre part un discours diététique non orthodoxe où "le pire côtoie le meilleur". Certains régimes "pour maigrir" sont particulièrement nocifs. D'autres méthodes par contre respectent l'évolution de la personne.

Des régimes alimentaires "idéaux" peuvent avoir un grand intérêt pour des patients prudents et avertis en ce domaine. Mais la plupart s'y conforment avec un manque de discernement total et oublient vite leur équilibre psychologique et social. Ils se polarisent sur la nourriture en oubliant les autres éléments vitaux d'un état de bonne santé... Un médecin peut alors avoir un rôle d'accompagnement très important s'il est suffisamment ouvert et se garde de tout jugement, de tout sectarisme, en restant à l'écoute de son patient et... de lui même. (La résonnance est parfois très grande en ce domaine).

β2) Régime personnalisé et importance du plaisir.

On ne peut établir un régime standard car un être humain ne peut être envisagé en dehors de son contexte ethnique, social, psychologique et culturel. Ainsi il serait aussi maladroit de conseiller à un esquimau de supprimer la viande, que d'en vanter les mérites à un végétarien. Je pense par conséquent que les tables de régimes distribuées par les laboratoires sont dangereuses si elles ne sont pas accompagnées d'un entretien du médecin sur la nourriture, entretien adapté à la personnalité du patient.

Les conseils diététiques prendront alors leur valeur si ce patient découvre progressivement et par lui-même l'intérêt d'un changement de son alimentation. Il ne faut jamais perdre de vue l'impact psychologique considérable de la nourriture.

Un changement d'alimentation peut être l'occasion d'une expérience personnelle capitale pour un patient. Ce peut être aussi l'occasion d'un terrorisme relationnel si les conseils sont trop restrictifs et donnés en oubliant que chaque patient a son propre rythme d'évolution. On remarque qu'il est peu de sociétés où les menus sont composés en tenant compte du tempérament du consommateur. (mais aussi de la chaleur, du froid, de l'humidité et de la sécheresse des aliments) comme c'était le cas en Inde et en Chine anciennes (65p).

Enfin, il ne faut pas négliger l'importance du plaisir dans l'alimentation (20bis) :

- * Plaisir sensoriel
- * Plaisir psycho-économique car manger calme l'angoisse
- * Plaisir symbolique où l'on retrouve souvent l'association bonne santé et appétit, force physique et poids, maigreur et fragilité.
- * Plaisir relationnel de consommer un mets véhiculant l'affection ou la tendresse.
- * Plaisir social fondé sur les rites alimentaires propres à chaque région.

Le médecin doit accompagner son patient dans une alternative difficile entre :

- * Le plaisir à court terme (manger) au détriment de la vie à long terme (souffrance + mort précoce).
- * Le plaisir à long terme d'une vie saine au prix d'une frustration du plaisir actuel.

La réponse à ce dilemme ne peut se fonder sur le seul raisonnement, qu'il émane du patient, ou du malade.

"Aussi haut que l'on puisse remonter dans la préhistoire, la valeur gastronomique prime la valeur alimentaire et c'est dans la joie et non dans la peine que l'homme a trouvé son esprit.

l'homme est une création du désir, non pas une création du besoin".

6. Bachelard ("la psychanalyse du feu")

rêve. (1)

β3) La fonction symbolique de la nourriture vue à travers le

"L'homme doté de la fonction symbolique ne mange pas seulement pour se nourrir, mais pour répondre à certaines exigences symboliques qui ne sont pas toujours immédiatement ni nécessairement adaptatives sur le plan biologique".

Il existe toute une symbolique de la nourriture dans le rêve. Ainsi les événements sentimentaux se présentent fréquemment au rêveur sous forme de sucreries telles que fruits, gâteaux ou chocolat; il y a parfois même une étiquette indiquant "le prix" de l'effort fourni pour acquérir ces douceurs.

Les rêves qui se rapportent au pain ne sont jamais négatifs; au point de vue de l'histoire de la culture humaine, le travail du sol et la culture du blé mirent fin aux migrations; l'homme s'immobilisait dans un certain paysage : C'était la condition de l'évolution culturelle.

Les rêves qui parlent du vin désignent toujours la rencontre avec un contenu psychique supérieur, le rêve ne connaît pas la question de l'alcoolisme; "l'âme éprouve le vin comme un bien culturel, comme une valeur très élevée".

β4) "Les mots pour le dire".

Les mots employés par le médecin dans une démarche de changement alimentaire ont une grande influence sur le patient :

Ainsi la phrase "essayez de vous suralimenter juste assez pour perdre 1 à 2 kg par semaine" comporte un non sens logique (se suralimenter pour perdre du poids) susceptible de provoquer un blocage de l'hémisphère gauche du cerveau, par contre l'hémisphère droit avec sa logique archaïque très différente va littéralement "saisir le message" (89).

β5) Alimentation et réseau relationnel.

Le médecin n'est pas la seule personne susceptible de venir en aide à son patient : il existe des associations où le malade pourra parler de ses problèmes avec des gens "qui lui ressemblent", qui vivent les mêmes angoisses, les mêmes doutes; L'Association Française des Diabétiques organise des groupes de discussion; de même les Weight Watchers réunissent des personnes concernées par l'obésité.

γ) Faut-il supprimer l'allergène ?

* "J'aime mieux à la fois garder mon asthme et mon petit chat" :

C'est la réaction d'une vieille dame à qui on a déjà retiré l'édredon de plumes mais qui ne peut pas se séparer de son chat.

* De même l'enfant allergique est souvent attaché aux animaux et même aux objets qui provoquent ses crises ainsi que nous le montre l'exemple de Sandrine, 8 ans 1/2 qui souffre d'asthme, de difficultés psychologiques considérables et d'absences de type comitial*. L'électroencéphalogramme est perturbé et elle est sous Dépakine-Alepsal-Neuleptil. Sa maman lui achète un cochon d'inde. Elle est malheureusement allergique aux poils du cobaye et l'asthme apparaît mais l'amélioration psychologique est telle que l'on supprime tous les sédatifs; l'EEG se normalise. On décide de conserver le cobaye et une désensibilisation est pratiquée avec succès (9).

* Ainsi l'éviction de l'allergène ne peut être considérée comme un dogme. Dans certains cas la suppression d'un animal ou d'un objet aimé devient pire que la réaction allergique qu'ils entraînent. Enfin, à l'extrême et paradoxalement, l'objet en cause exerce même une attirance pour l'enfant allergique. Sans tomber dans une attitude déraisonnable sur le plan médical le médecin doit donc se poser la question de l'opportunité des interdits à opposer à l'enfant allergique.

c) Le pouvoir médical à l'hôpital

α) Un autre monde

"Quand un malade entre à l'hôpital, une des premières choses qui lui arrive habituellement est qu'il perd son identité personnelle" (32a). F. Karinthy (32b), écrivain hongrois du début du siècle écrit : "L'internement du malade dans un hôpital correspond exactement à la détention d'un accusé avant le procès : l'accusé n'a qu'une idée en tête : sera-t'il déclaré coupable ? Et si oui, quelle sera la sentence ?".

Malgré l'humanisation des hôpitaux on note encore beaucoup de réactions de malades allant dans ce sens, même si elles ne sont pas toujours aussi extrêmes.

α1) La difficulté de s'isoler (32).

* La chambre d'hôpital : trop fermée et trop ouverte.

- Elle est fermée car les visites sont réglementées; le malade ne peut sortir quand il veut.

- Elle est ouverte à toute personne travaillant à l'hôpital, ne frappant pas toujours avant d'entrer.

* Un lieu impersonnel où..."l'on me dérange tout le temps".

Dans Huis Clos le héros de Sartre (32c) qui arrive en enfer s'étonne de ne pas trouver sa brosse à dents et s'attire cette remarque du garçon qui l'accompagne : "Voilà la dignité humaine qui vous revient".

A l'hôpital, on pense d'abord au fonctionnel, à la sécurité des malades : au réveil précoce succèdent les soins, puis le passage de l'interne, de l'étudiant, de l'infirmière, de l'aide-soignante, du Chef de service éventuellement de l'Assistante sociale, de la diététicienne...

Beaucoup de ces visites sont nécessaires et la plupart appréciées mais "les nouvelles têtes, les explorations peu agréables, les déplacements dans des corridors froids, etc... auraient de quoi désorienter même un bien portant."

Nous noterons ici la proposition d'un bénévole (d'une unité de soins palliatifs de Montréal) pour isoler un couple dont le mari était condamné : il proposa donc (et cela fut accepté) de leur louer une voiture et une chambre d'hôtel voisine de l'hôpital pour... une dernière nuit d'amour (32).

α2) Le manque de repères (32).

Une infirmière raconte ainsi le désarroi d'une vieille dame dans un service de radiothérapie. "Le personnel de radiothérapie l'a prise en charge avec douceur, pourtant la vieille dame reste tendue, anxieuse" : Sur une question bienveillante de l'infirmière, elle finit par avouer : "C'est l'ascenseur... Après les rayons on m'a dit de remonter toute seule à mon étage. Je n'ai jamais pris l'ascenseur...".

α3) La quête d'informations (32).

Les principaux obstacles à l'autonomie, pour des malades interrogés à l'issue de leur hospitalisation, ne viennent pas tant aux conditions matérielles qu'à des défauts de communication : ils se plaignent souvent d'un manque d'informations : "à qui à-t-on affaire ?" "Qui s'occupe de vous ?" "Quels examens vais-je subir ?"

Le malade fatigué ne demande pas un long discours mais une disponibilité. Il ne désire pas une présence prolongée, mais plutôt une présence opportune et bienveillante.

β) Le pouvoir du médecin et l'enfant malade à l'hôpital.

Une étude a été faite sur la situation de l'enfant malade à l'hôpital (55).

Les rapports de pouvoir entre le médecin et le malade hospitalisé sont particulièrement frappants chez l'enfant. C'est pourquoi nous avons préféré développer cette étude qui, à quelques restrictions près, s'applique parfaitement à certains adultes, vivant une regression liée à leur hospitalisation :

β1) L'enfant malade dans sa relation au médecin

C'est à la fois une relation médecin/malade (qu'on peut schématiser par un rapport savoir/ignorance) et une relation adulte/enfant (schématisable par un rapport puissance/impuissance).

Il s'agit donc d'une relation très déséquilibrée :

- * Par l'âge : le médecin est un adulte sexué, le malade est un enfant.
- * Par l'espace occupé : le médecin est relativement libre de ses mouvements, l'enfant a un domaine et une mobilité réduite (perfusions, etc...)
- * Par le vêtement : le médecin porte une blouse blanche, l'enfant un pyjama. Tout autre vêtement est signe de sa sortie.
- * Par le nombre : face à l'équipe soignante l'enfant est seul.
- * Par l'activité : le médecin est vertical et actif, l'enfant passif et souvent...couché.
- * Par la peur : Les termes techniques donc incompréhensifs génèrent l'angoisse "qu'est-ce que vous allez me faire ?" "Ça va faire mal ?"
- * Par le corps : l'enfant a un corps que le médecin déchiffre. Par contre la santé du médecin est exclue de la relation.

β2) L'enfant malade dans sa relation à l'équipe soignante.

* Comme le médecin, l'infirmière est adulte, sexuée et valide. A la différence du médecin l'espace qu'elle occupe est proche de celui de l'enfant.

* Bien qu'il y ait une équipe d'infirmière, l'enfant se trouve généralement dans une relation individuelle avec la personne qui lui donne les soins.

* La relation de contact corporel est beaucoup plus étroite qu'avec le médecin : "Un des rôles maternels, le soin du corps du tout petit qui donne au personnage maternant (l'infirmière ou l'aide-soignante) toutes les productions de son corps (féces, urines...), est étendu ici au corps du grand enfant et de l'adolescent".

* Le contact affectif est plus étroit qu'avec le médecin : L'enfant et l'infirmière se tutoient. L'infirmière est pour l'enfant un être réel alors que le médecin est vécu par sa fonction. si le médecin fait allusion à sa vie personnelle, l'enfant ne montre pas de réaction;

* L'enfant insupporté comme sujet! On s'efforce de le réduire le plus possible au silence et à l'immobilité parce que l'excès des manifestations de la vie gêne et parce que le personnel est ici soignant du corps et non formateur de la personnalité, ces fonctions étant ici dévolues à l'institutrice ou l'éducatrice qui interviennent en temps précis et limité.

d) Faut-il sacrifier la relation à la prévention ?

* Le développement de la médecine préventive (32) impose des mesures d'accompagnement, si l'on veut que le supplément de vie offert soit digne d'être vécu sans compromettre l'autonomie des personnes; Cette prévention doit répondre à des questions d'ordre scientifique, financier et légal mais aussi déontologique, éthique, culturel et social;

* Toutefois la prévention peut apparaître comme un droit à la dignité; c'est ce que montraient les campagnes antituberculeuses jadis (65v). En dehors de la vente des vignettes, il existait un mouvement d'usagers favorisant la prise en considération du droit aux soins et à la réadaptation au travail.

* La prévention est vécue différemment selon la classe sociale : C'est ce que montre une étude de J. PIERRET, sociologue au CNRS (65t) : Ainsi pour les enseignants la prévention est un élément central de la prise en charge qui leur permet de lier médical et social et d'intégrer leur croyance dans le progrès des connaissances; elle permet pour eux de s'attaquer aux vrais problèmes que sont les conditions de vie, de travail. Pour les ouvriers, la maladie apparaît une menace constante aux causes multiples (travail, alimentation, climat, contagion, etc...); elle est imprévisible, brutale, "elle vous tombe dessus" et "vous empêche de...". La maladie est une atteinte du "corps moteur" qui empêche de faire, d'agir et de travailler; le travail devient un critère de santé et quand on ne peut plus faire autrement, on appelle le médecin de famille avec lequel on établit une relation de confiance; les ouvriers interrogés ont quelques difficultés à envisager la prévention et font des glissements sémantiques entre prévenir et prévoir. Pour les agriculteurs, la maladie est souvent associée à celle des animaux et parfois transmissible par eux (brucellose); les causes de la maladie sont le plus souvent des éléments naturels tels que l'eau, le climat, les microbes; elle est imprévisible, mais ne les détourne pas pour autant de leurs activités; dans un tel contexte, la prévention n'a guère de sens exceptée la vaccination antitétanique et le contrôle sanitaire des animaux; pour les

agriculteurs interrogés, la prévention c'est prévoir, donc savoir à l'avance ce qui leur paraît contradictoire avec leur conception de la maladie imprévisible; de plus, la prévention leur apparaît comme une menace car elle représente la maladie alors qu'il n'y a pas lieu de s'en inquiéter; la maladie fait bien ici partie d'un cycle naturel de vie qui inclut la mort.

Conclusion : Maladie imprévisible, inscrite dans l'ordre de la nature pour les agriculteurs, maladie handicap pour les ouvriers et maladie aliénation pour les enseignants; nous voyons ici combien les notions de maladie et de prévention sont à intégrer à chaque groupe social et bien sûr à chaque individu; c'est la dimension sociologique de la relation médecin/malade.

5) Comment aborder l'adolescent qui se drogue ?

a) Observation personnelle (Obs. N°23)

Je commencerai ce chapitre par l'observation de Monsieur X, 30 ans, que j'ai présentée dans un groupe Balint :

Il consulte pour me montrer le résultat d'une analyse de selles. celle-ci a été demandée par le médecin que je remplace pour une diarrhée persistante : je vérifie sur le dossier la séro-négativité HIV dans la crainte du SIDA. Il me dit qu'il déprime et il est très inquiet d'avoir maigri ces derniers temps. Je lui dis que l'analyse de selles est négative et que cela arrive de maigrir quand on déprime trop...

Il est très agité et me dit alors en insistant beaucoup :

"vous ne pouvez pas me donner quelque chose ? je suis mal !" et il ajoute :

"Je suis foutu, les gens me regardent dans la rue : ils voient bien que je ne suis pas normal".

Il me montre alors ses bras criblés de piqûres :

"Vous voyez, je suis foutu. Ma copine, elle n'est pas venue. C'est encore pire que moi si vous la voyiez !".

Il me dit que son médecin lui donne du Palfium , un médicament analogue de la morphine.

"C'est ce qu'il me faudrait, ça irait mieux".

Je lui réponds qu'il y a certainement une autre solution. Je lui parle d'un centre de désintoxication.

"Ah non, je veux m'en tirer tout seul" me répond-il, et il ajoute :

"D'ailleurs, avec ma copine on veut faire un enfant. On a déjà essayé, elle a avorté plusieurs fois".

Je reste tout d'abord sidéré par ces paroles puis je lui dis avec un manque de fermeté dont je suis conscient :

"Peut-être que vous seriez bien avec un enfant mais il faut sans doute aller mieux avant".

Au moment où je lui prends la tension, il commence à me raconter sa vie :

"vous savez, je suis né dans une poubelle, ça a toujours été la m..."

Devant son état d'agitation je me décide à lui faire une injection de Tranxène 50 en intramusculaire. Je lui demande ensuite comme cela se passe d'habitude avec le Docteur P (que je remplace).

Cette fois il ne me parle plus de Palfium :

"Le Docteur P est chouette, je viens le voir toutes les semaines, il me connaît bien le Docteur !".

Il ajoute ensuite, en parlant de l'injection :

"Votre truc ça m'a fait du bien".

Après 3/4 d'heure de consultation il part en me disant :

"Je vais retrouver les gens dans la rue qui me considèrent comme de la m...".

Je lui réponds que c'est leur problème et qu'en ce qui me concerne, je le considère comme un être humain.

Il me serre la main avec beaucoup de chaleur et me remercie plusieurs fois. Pourtant, il n'a pas obtenu de Palfium...

b) Présentation de l'observation en groupe "Balint" et analyse collective.

Le groupe d'une dizaine de personnes auquel j'ai participé se composait de deux psychiatres, de plusieurs médecins généralistes dont le Docteur Rodary, d'une étudiante en psychologie et d'une infirmière en psychiatrie.

J'ai présenté cette observation en soulignant que j'avais oublié le désir du jeune drogué d'avoir un enfant; j'ai également insisté sur la résonance déclenchée en moi par ses propos "je suis né dans une poubelle, etc..." J'ai dit également que j'aurais aimé jouer avec ce drogué un petit psychodrame dans lequel j'aurais tenu le rôle de cet enfant qu'il désirait en lui disant :

"Voilà, tu es mon papa et je suis très malheureux car tu passes ton temps à chercher de la drogue : il ne te reste pas beaucoup de temps pour t'occuper de moi".

J'ai enfin souligné que je ressentais l'injection de Tranxène comme un échec de ma part.

Voici les quelques réactions suscitées dans l'assistance, réactions globalement positives :

- Le Docteur Rodary m'a demandé à quoi tout cela me renvoyait dans ma vie".

Cette question ouverte m'a permis d'établir deux liens :

1° Avec un jeune drogué rencontré lors d'un précédent remplacement et auquel j'avais fini par faire une ordonnance (d'où échec et culpabilité)

2° Avec un autre drogué avec lequel j'avais eu un contact en dehors de l'exercice médical : un contact bref et angoissant : il désirait mon aide pour "lui faire sa piqûre...".

- L'injection de Tranxène a été reconnue par les médecins généralistes, non comme un échec, mais comme un acte d'urgence (car "il n'y a pas eu d'ordonnance, et c'était l'essentiel").

- Le psychiatre a accepté l'idée du psychodrame mais "à condition d'être solide et disponible, et de revenir ensuite à son rôle de médecin..."

- L'un des médecins généralistes m'a demandé si j'avais pensé au SIDA et m'a fait remarquer que Monsieur X m'avait peut-être présenté son problème de diarrhée comme étant lié à d'hypothétiques vers pour échapper à la suspicion de SIDA (le jeune homme avait en effet beaucoup insisté sur les vers, en me parlant de lointains voyages en Afrique : "est-ce qu'il ne faudrait pas tout chercher" m'avait-il dit). Il s'agit bien sûr d'une interprétation de ce médecin...

- Le Docteur Rodary m'a également demandé :

"Dans ce qui t'as touché (la naissance dans une poubelle, la relation à l'enfant, la peur de se montrer dans la rue), qu'est-ce qui est le plus important pour toi ?"

J'ai répondu : "la relation à l'enfant et la peur de se montrer"

- Un autre participant, médecin généraliste, a noté que la poignée de main chaleureuse était la preuve que mon patient s'était senti reconnu.

- Le Docteur Y, psychiatre, a noté qu'il s'était passé beaucoup de choses avec ce jeune homme en 3/4 d'heure et que dans cette consultation la demande médicamenteuse s'était transformée en dialogue.

- Enfin, le Docteur Z, psychiatre a conclu en me disant que c'est mon identification à ce jeune homme qui a permis une relation riche et profonde.

c) L'adolescent qui se drogue : une écoute à 4 niveaux

* La drogue ("qu'on l'avale, qu'on la fume ou qu'on se l'injecte") sert à COMBLER un VIDE INTERIEUR. Elle essaie de remplacer des paroles, une créativité et comme le note F. Dolto (24) : "On souffre d'isolement et la drogue vous piège en vous isolant encore plus".

* Nous aborderons avec l'adolescent qui se drogue les 4 niveaux d'écoute définis par Jacques Salomé (73) :

1° Le niveau des faits : de quelle drogue s'agit-il ? En quelle quantité ? A quel moment et avec qui ? (seul ou en groupe ?). Il sera difficile pour le médecin de ne pas poser ces questions. Mais elles peuvent être posées dans un second temps, après une mise en confiance, au moment où l'adolescent est prêt à y répondre, et en lui expliquant la nécessité pratique de poser ces questions;

2° Le niveau du ressenti : "ça ne peut pas durer, c'est l'enfer. J'ai besoin de votre aide";

3° Le niveau de la résonance : Il faudra repérer l'impact de certaines remarques du patient sur soi-même : "je suis né dans une poubelle..."

4° Le niveau de la pensée : L'adolescent qui est motivé pour "s'en sortir" n'intellectualise généralement pas sa démarche. Il parle davantage au niveau du ressenti.

Par contre, l'usage compulsif de drogues même douces et à faible dose, entraîne souvent des rationalisations du genre : "le Hashich ça n'est pas dangereux", ou bien "de toutes façons, je peux arrêter quand je veux";

Une escalade dans la drogue est alors à craindre.

* Le Docteur Michaud (52) considère 4 étapes dans l'analyse de la situation face à un adolescent qui se drogue :

α) Analyse de l'usage de la drogue : cela ramène à l'écoute au niveau des faits (Cf. ci-dessus).

β) Analyse du fonctionnement psychique. Il faut bien sûr éliminer la psychose mais, en dehors de cette restriction, nous pensons que la volonté de classer à tout prix, d'étiqueter, éloigne du véritable dialogue, de la relation d'aide. Il ne s'agit pas tant de faire un diagnostic que d'aider un jeune patient à partir à la recherche de... lui-même.

γ) Analyse du contexte de vie. "J'ai peu d'amis, plein de dettes..."

Nous pensons qu'il faut attendre que le jeune parle de lui même de sa situation professionnelle, familiale, affective... Cela peut demander du temps.

δ) Analyse des motivations à changer.

Il est bien sûr capital de savoir qui a pris le rendez-vous, si le jeune est là pour faire plaisir à sa famille, ou parce qu'il est en manque, ou encore parce qu'il est menacé de poursuites judiciaires. Ce sera parfois long à cerner et il faudra souvent au fil du temps, faire mûrir une demande en respectant son rythme.

Il est très important dans le dialogue avec l'adolescent, de dépasser le plus rapidement possible les discussions centrées sur la drogue car :

1° Le jeune usager a souvent pris l'habitude d'entrer en relation avec ses amis par le truchement de son produit et il faut lui permettre de réapprendre à communiquer en dehors de cet objet extérieur à lui. (52). Nous noterons à ce sujet le non-sens d'une campagne "anti drogue" où l'on voyait sur des panneaux publicitaires : "La drogue, c'est de la M..." cet argument n'effraie pas les drogués, car cette M..., c'est leur vie, il la connaît bien et parfois ne connaît pas autre chose. Par contre, les formulations positives et les prises de position volontaires sont beaucoup plus judicieuses, comme lors de cette campagne télévisée où le dialogue était simple mais le refus de la drogue très clairement exprimé : "Alors tu en prends ?" "Non merci je n'en veux pas".

2° Il faut lui faire comprendre que ce qui nous intéresse AVEC LUI c'est la manière dont IL VIT, la façon dont il se voit, ce qu'il ressent, la manière dont il conçoit sa vie future, ses relations avec les autres, tout cela en dehors de la drogue.

C - Les pièges et jeux dûs au patient et à la maladie

Toute relation répétons le, a deux extrémités :

Nous venons de voir les obstacles liés au médecin et au contexte social. Mais c'est parfois le patient qui fera tout pour "brouiller les cartes" par d'innombrables pièges. Nous présenterons ici une liste non exhaustive de ces pièges, suivie d'une observation personnelle.

1) Quelques pièges courants (73).

* Garder le contrôle.

Parfois le patient va tout faire pour garder le contrôle de la relation en essayant d'éviter la responsabilité de ses actes, de ses sentiments et de ses pensées, pour s'accrocher aux bénéfices secondaires que lui procure sa situation. Il pourra ainsi dresser les médecins les uns contre les autres.

* Faire une demande irrecevable.

"J'ai besoin de vous voir tous les jours, de vous téléphoner quand j'en ai envie". Le médecin devra alors se positionner, accepter l'autre mais pas tout ce qu'il demande. Entendre la demande de l'autre est plus important que d'y répondre (c'est la même dynamique avec un "enfant gâté").

* Jouer à la victime.

"Je ne comprends rien" "j'étais mieux avant" "je suis comme ça" "ça ne m'apporte rien".
Ce jeu est moins risqué pour le malade que de faire des demandes positives (risque du refus).

* Se croire persécuté par le médecin et lui tenir tête :

Le médecin : "Mais si, j'en suis sûr, cela ira mieux";

Le malade : "Comment pouvez vous le savoir à l'avance ?"

* Etre passif en étant silencieux : (ne rien faire, ne rien dire).

- En s'agitant, en "remuant du vent"
- En disant oui à tout ce que dit le médecin
- Par la violence qui peut être une décharge passive d'émotions bloquées.
- En parlant sur les autres et non sur soi.

* Emettre un double message, en anticipant les "attentes" du médecin : "je vous dirais bien cela, mais vous n'allez pas me croire".

* Attendre un diagnostic, ce sera presque toujours la première demande du patient, d'où une très grande frustration si on lui répond : "vous n'avez rien". Mais il peut aussi s'opposer dès que l'on en vient à sa vie personnelle : "cela n'a rien à voir..."

* L'agressivité.

- Nous avons vu un exemple d'agressivité envers le médecin (cf. Obs. N°9 : racisme et provocation).

- Dans l'exemple suivant (Obs. N°27) il y a un mélange d'agressivité et de résonnance (il est rare que le comportement agressif ne cache pas une blessure profonde) :

Il s'agit d'une patiente d'environ 35 ans, qui se présente au cabinet médical un samedi matin vers 12 heures; elle me dit : "j'ai le palais tout rouge", elle est accompagnée de son mari qui ne prononce pas un mot pendant tout l'entretien; l'examen montre une angine rouge et quelque pétechies* sur le palais; elle me dit : "j'ai le bout de la langue qui me pique, mais je vous préviens, je n'aime pas les médicaments; je suis soignée par homéopathie, j'ai essayé pendant une semaine; les antibiotiques me donnent des colites et des champignons";

Je me sens acculé dans une impasse médicale, car je ne pratique pas l'homéopathie et après 8 jours d'angine, un antibiotique est souhaitable. J'envisage donc d'essayer de la convaincre, mais j'ai de la peine à l'écouter car elle "m'envahit" de ses symptômes; alors que je lui palpe l'abdomen, elle me fait voir des boutons qui sont devenus noirs et me dit : "j'ai peur que ce soit un cancer, j'ai très peur du cancer; ma mère a un cancer du colon depuis cet été ça m'a fait un choc"; Au lieu de lui répondre : "Oui, cela vous a fait un choc", je lui montre un angiome assez volumineux au coin de sa bouche et je lui demande : "On ne vous a jamais proposé de l'enlever ?", mais immédiatement je perçois mon erreur, car elle répond d'un ton sec : "le chirurgien a dit qu'il fallait le laisser"; au moment où je rédige l'ordonnance, elle me dit : "j'en ai marre des médecins", je me sens alors très irrité et lui expose ses contradictions : "Il faut trouver alors autre chose, car les pilules homéopathiques ou autres, c'est toujours des pilules; il faut voir pourquoi vous avez toujours ces symptômes", pour la première fois le mari acquiesce d'un mouvement de la tête; je la sens désemparée et je regrette mon agressivité. Malgré la violence de l'entretien, elle me dit à la fin : "J'aurais dû venir vous voir plus tôt". (Elle repart le lendemain à Paris); ma prescription comporte un antibiotique et un antifongique ainsi qu'une prise de sang (ASLO, NFS*, MNI test). L'analyse de cette observation montre plusieurs points :

1° La présence du mari me dérange, j'ai l'impression d'être en présence d'un voyeur : nous retrouvons ici le problème du tiers déviant.

2° Mon écoute n'est pas très attentive, pourtant cette femme me dit quelque chose de très important sur le cancer de sa mère et le choc que cela a provoqué chez elle.

3° Elle en a "marre des médecins" mais pourtant elle ne m'a pas attaqué directement; au lieu de lui dire : "Oui, vous en avez marre des médecins, mais peut-être pouvez vous me préciser quels sont ces médecins et ce qu'ils vous ont fait", je réagis brutalement : je remplace le "relationnel" par le "réactionnel", c'est-à-dire que je ne fais que réagir à ces propos, sans prendre le temps d'un véritable contact. Pourtant, malgré le raccourci, mes paroles semblent l'avoir stimulée.

2) Dépendance et regression

Il ne faudra pas confondre médecine d'accompagnement et nursing (77):
l'AUTONOMIE du patient sera toujours le but ultime même si une regression temporaire est nécessaire. Ces phases de regression correspondent souvent à de longues périodes pendant lesquelles le médecin n'existe pas en tant que tel pour le malade : Rien de sa vie personnelle, de ses besoins, de ses fatigues, n'est pris en considération par le malade (le même phénomène est noté pendant une psychanalyse).

3) Age, sexe et statut du médecin : un miroir déformant.

a) L'âge du médecin.

Ce qui importe pour le malade, c'est l'âge qu'il imagine et non l'âge réel du médecin. L'âge peut entraîner un problème de confiance : c'est souvent le cas avec les jeunes remplaçants.

b) Le sexe du médecin.

Peu de femmes refusent catégoriquement de se faire examiner par un homme; j'ai rencontré ce problème avec des femmes mahghébines, mais il intervient alors un facteur culturel. Par contre, de nombreux hommes dans les pays occidentaux, ne veulent pas consulter une femme médecin ou éprouvent de la gêne à se faire examiner par elle. Cette attitude est peut-être liée à l'archétype* de "l'homme médecine" qui est toujours un homme (78), mais l'homme présente aussi "l'inconvénient" de ne pouvoir cacher son désir devant la femme médecin, si désir il y a. Il se trouve dans une situation dangereuse, par peur de l'érection; la femme médecin peut donc apparaître à la fois comme l'objet de son désir et comme la représentante d'un statut supérieur en tant que médecin, ce qui peut ajouter au malaise du patient; notons qu'il serait intéressant d'établir une comparaison avec les pays de l'Est où près de 80 % des médecins sont des femmes (Russie).

c) Les images du patient concernant l'examen.

* Le patient est parfois surpris par l'examen physique : le toucher rectal, la palpation des seins sont ressentis parfois avec beaucoup de gêne, surtout s'ils ne sont pas accompagnés de quelques paroles explicatives ou réconfortantes.

* Mais il est encore moins préparé à "l'examen psychologique" : Le patient ne vient pas voir son médecin pour dévoiler son inconscient. C'est dire tout le tact nécessaire au moment où il commence à "se libérer par des mots". Dans tous les cas, le contrat initial devra être clair : "Vous avez quelque chose qui n'est pas physique et que je ne comprends pas. Si vous le désirez, nous pouvons en parler. Cela vous amènera peut-être à traverser beaucoup d'émotions, parfois douloureuses. Et cela demandera peut-être beaucoup de temps. Nous ferons ce chemin ensemble, si vous le souhaitez".

4) **Observation (Obs. N°24): "Un coup de soleil familial et ...accusateur"**

Il s'agit d'une fillette de 10 ans amenée par sa mère pour des coups de soleil très importants au niveau du visage. La petite a le visage boursoufflé par l'oedème et elle a mal en ouvrant la bouche, ce sur quoi la mère insiste en affirmant qu'elle ne peut ingérer des aliments solides.

La mère a déjà appelé la secrétaire d'un dermatologue pour prendre un rendez-vous. Elle se présente par ailleurs comme connaissant très bien le médecin que je remplace. Je perçois une certaine menace que je n'arrive pas à définir. La mère m'apprend que la fillette a skié hier toute la journée avec son père : "et ce n'est pas la première fois que ça arrive" (sous entendu : les coups de soleil). Et elle ajoute :

"pouvez vous me faire un certificat, j'en ai assez : le père mérite une leçon, il ne fait pas attention". La fillette ne dit rien mais je la sens très malheureuse.

J'essaie alors maladroitement de minimiser l'incident. En fait je suis paradoxalement angoissé par la situation médicale bien qu'il me semble que cette angoisse ne repose sur aucun argument clinique. Il me semble clair qu'il s'agit d'une brûlure du 2ème degré superficiel. Je fais pourtant une lettre au dermatologue et je signe le certificat descriptif de l'état clinique. Je ressens un échec profond après cette consultation et je téléphone dans l'après-midi au dermatologue (c'est une femme) qui me dit : "ce n'est pas grave. C'est du 2ème degré superficiel. J'ai prescrit de la Biaffine et de l'écran total".

Avec du recul, ma position me paraît ambiguë : d'une part je me décharge du problème clinique sur le dermatologue, alors que la gravité ne me paraît pas du tout évidente, d'autre part j'assume la rédaction du certificat alors que le dermatologue pouvait très bien le rédiger. Il me semble que cette attitude incohérente a été déclenchée par deux phénomènes inconscients :

1° La confrontation à un dermatologue qui est censé en savoir plus que moi sur la peau! Et peut être aussi la présence implicite du confrère que je remplaçais ("je connais très bien le Docteur X");

2° La peur qu'a déclenché en moi ce coup de soleil, en raison d'une résonance personnelle.

La conséquence de mon angoisse m'a amené :

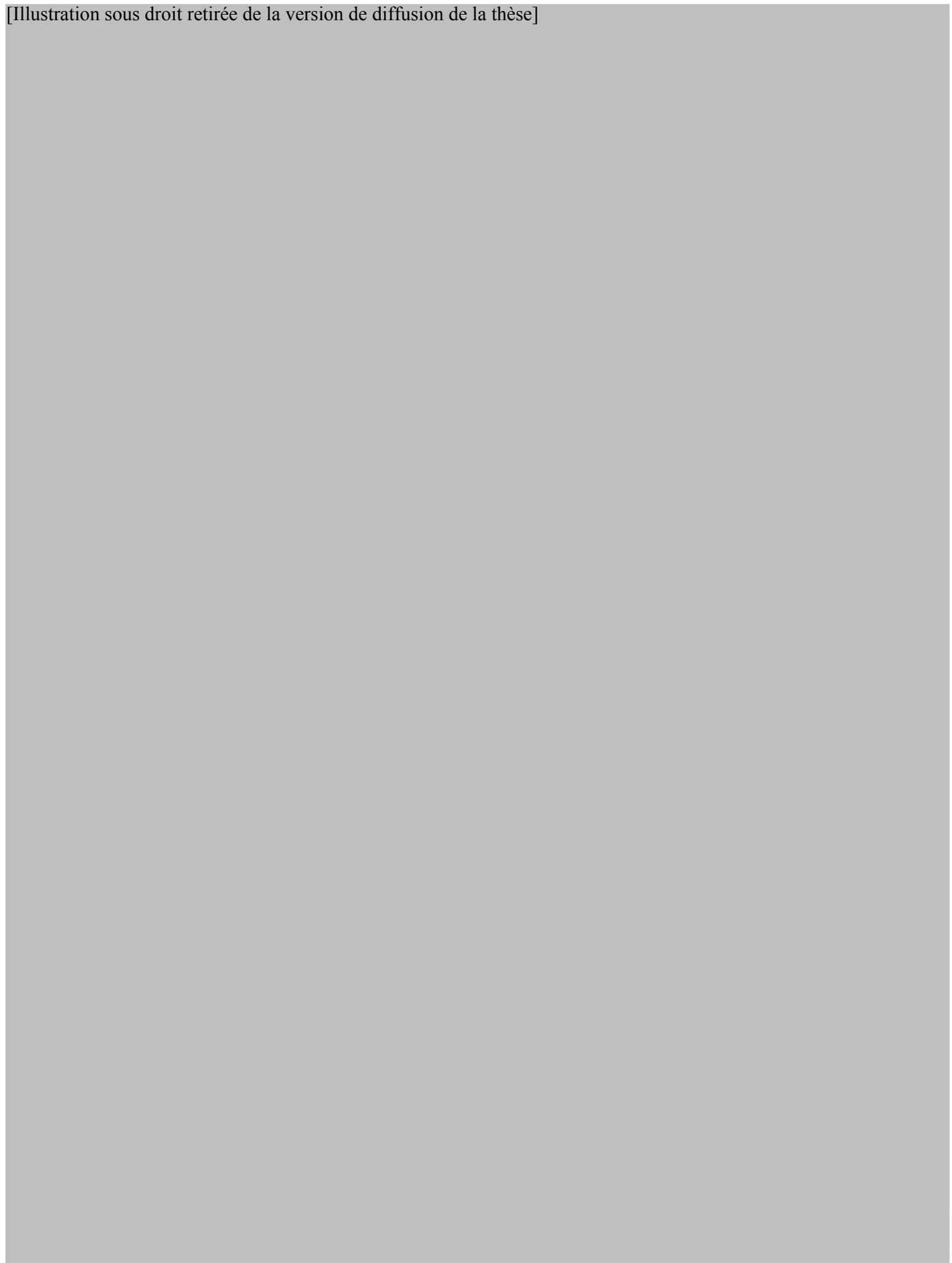
- A rentrer directement dans la demande de la mère, sans discernement, sans recul, sans dialogue avec elle (que représentait pour elle ce coup de soleil ? Quelle était sa vraie demande vis à vis de moi ?)

- A oublier la fillette qui avait sans doute quelque chose à dire : que pensait-elle en effet :

- De ses brûlures ?
- De l'attitude de son père ?
- De l'attitude de sa mère ?

Je ressens dans cette observation les mots "spécialiste" et "certificat médical" comme des obstacles à la relation, des obstacles "brandis" par la mère, et tout cela a fonctionné à merveille... pour elle, sur le dos de trois personnes : la fillette, son père et moi même.

[Illustration sous droit retirée de la version de diffusion de la thèse]



[Illustration sous droit retirée de la version de diffusion de la thèse]



IV - LE MÉDICAMENT OU L'INTRODUCTION D'UNE RELATION À TROIS.

A - Le point de vue du patient

1) L'observance, une notion religieuse (11)

Ce terme ecclésiastique, créé au XIV^{ème} siècle désigne la manière dont la règle est observée par une communauté religieuse. Depuis quelques années, les médecins ont adapté ce terme pour qualifier la ponctualité avec laquelle un malade prend ses médicaments selon les doses et la durée prescrites. Ce mot savant, inconnu du public établit ainsi "une filiation directe de langage entre l'antique discipline des moines et la docilité moderne des malades".

Nous retrouvons ainsi des propos religieux chez certains patients :

"Docteur, je suis venue pour me faire sermonner"

"Cette fois-ci je vous ai écouté religieusement".

2) Le médicament contre-nature et le médicament poison (11)

Au XVII^{ème} siècle, à la faculté de médecine, on distinguait les choses naturelles comme l'anatomie, et les choses contre-nature comme les maladies; dans les facultés modernes cette dichotomie a disparu; pourtant elle persiste dans le public; la maladie et les médicaments sont toujours ressentis comme contre-nature.

A la veille de la révolution on retrouve une opposition radicale entre le bien et le mal, correspondant à l'idée de médicaments poisons; le médicament apporte la guérison ou la mort; on remarque que la même ambiguïté persiste de nos jours entre remèdes et poisons : le remède peut devenir poison par un brusque retournement et le poison redevient remède par dilution; c'est ainsi que cet homme de 81 ans atteint d'une hypertension artérielle affirme :

"Je ne suis pas fait pour l'artillerie lourde, tous ces produits chimiques m'ont dérangé la tête" ou encore :

" Est-ce que ça ne va pas se contrarier" (lorsque le médecin prescrit plusieurs médicaments). On voit par ce dernier exemple le progrès accompli entre le concept ancien de poison et le concept plus récent de produit chimique, et nous remarquons qu'effectivement plusieurs médicaments peuvent réagir entre eux et bousculer l'équilibre du corps; n'est-ce pas une justification de cette séparation que les malades avaient depuis longtemps tracé entre la nature et la contre-nature des produits chimiques.

3) L'intramusculaire ou le contact direct (11).

Les personnes âgées préfèrent plus souvent que les jeunes l'injection intra-musculaire aux comprimés; "j'ai mal à droite, faite moi la piqûre à droite"; l'effraction par la "piqûre" est une image du médicament ambigu, à la fois bénéfique et violent; par ailleurs, l'injection établit un contact répété entre la personne âgée et son infirmière : "ce matin, j'ai ma piqueuse qui

vient". On remarquera que ce mythe de la piqûre plus efficace disparaît avec les jeunes générations.

4) Le concept de la drogue (11).

La drogue au singulier est un terme clair qui désigne tous les stupéfiants : cocaïne, morphine, etc... Les drogues au pluriel est un terme flou désignant tous les médicaments vendus en pharmacie; ils se trouvent repoussés dans la même aversion "je ne suis pas partisante de drogues"; dans les drogues médicaments, on suspecte des risques identiques à ceux de la drogue stupéfiante : "il ne faut pas s'y habituer".

5) La révolte contemporaine contre les médicaments (11)

La méfiance est aujourd'hui très grande, aussi grande que l'usage des médicaments; le préfixe anti est d'un usage fréquent "je suis anti médicaments" ou bien "je suis très peu pharmacie et mon mari n'est ni pharmacie, ni docteur" ou bien "je suis padutoumédicament".

6) Le trop plein fait place au manque (11)

* Le trop plein est la vision d'hier de la médecine : les malades étaient supposés souffrir d'un excès des instincts, la médication était leur châtement : "vous avez une surabondance de sang, une super fluidité d'humeur"; d'où l'abondance des saignées et des purges;

* De nos jours, c'est le malade qui exprime tout à fait autre chose : "j'aurais besoin Docteur...", manque de tonus, manque de sommeil, manque d'appétit, etc... Il n'est plus question de vider, l'homme apparaît d'emblée vidé de sa substance par la vie moderne; il faut donc aujourd'hui un traitement additif visant à remplir les vides; il y a quelques années, on découvrait chez les jeunes femmes un manque de calcium; de nos jours, tout le monde souffre d'un manque de magnésium; le médicament n'est plus un châtement, il est devenu un réconfort.

7) Deux médicaments mythiques : Aspirine et Cortisone, la fée et la sorcière (11)

Les mythes opposés qui entourent et séparent aspirine et cortisone révèlent une violente concurrence entre ces deux remèdes.

L'aspirine apparaîtra le plus souvent comme une amie intime, familière et rassurante "ça calme, ça fait tomber la température, ça remet sur pied : vous avez un petit peu mal à la tête, hop, mon petit cachet, ma petite poudre"; l'usage en est collectif et familial.

Alors que l'aspirine est ressentie comme naturelle, la cortisone est ressentie comme anti-naturelle; on craint l'accoutumance; quand le médecin demande : "quels médicaments avez-vous pris ?", l'intéressé oublie presque toujours de citer l'aspirine tant elle fait partie de la vie quotidienne, mais la cortisone n'est jamais oubliée : "Attention, je suis sous cortisone"; car on est "sous cortisone", jamais "sous aspirine"; certains rejettent la cortisone dans une pétition de principe "je suis pour l'aspirine, pas pour la cortisone, ça vaut rien à la santé affirme une patiente" qui oublie qu'elle n'a plus mal au genou depuis des infiltrations cortisoniques;

beaucoup de gens évoquent le souvenir du Président Pompidou dans tout discours relatif à la cortisone.

On l'appelle quelquefois courtisone ou courtisane, lapsus riche de signification; c'est peut-être dans l'inconscient une femme sorcière, maléfique, jetteuse de sorts. Mais ce qui revient le plus souvent dans les discours, c'est la modification de l'apparence physique : "c'est un traitement de choc qui masculinise, ça me fait penser à une hormone" déclare une étudiante.

Il faut tout de même remarquer que la vision du public est plus relative à l'époque actuelle, ainsi beaucoup de gens commencent à connaître les risques digestifs de l'aspirine.

On remarque tout de même que la cortisone est toujours prescrite par le médecin, alors que l'aspirine l'est presque toujours par le patient lui-même; l'aspirine est un médicament qu'on prend sans rien demander à personne, la cortisone est un médicament qu'on reçoit; on peut conseiller un ami " Prends donc une aspirine, on ne lui dira jamais : "prends donc une cortisone".

B - Le point de vue du médecin

* Le médecin qui prescrit un médicament devrait toujours se demander pourquoi il le prescrit : est-ce vraiment nécessaire pour le malade ? Est-ce pour se tranquiliser lui-même ? est-ce vis à vis des proches du malade ou vis à vis de ce qu'attend de lui la société ?

* Nous pouvons distinguer trois attitudes du médecin face au médicament, trois cas schématiques :

1° Ceux où il prescrit surtout des médicaments et sans hésiter

2° Ceux où il les prescrit mais avec une certaine distance à leur égard

3° Ceux où il n'en prescrit pas.

1) Les trois attitudes du médecin (87)

a) Les cas où il donne surtout des médicaments

* Il en donne à des malades présentant des lésions organiques indiscutables ou bien porteurs de somatisations invalidantes.

* Mais il en donne aussi dans l'attente d'une relation plus psychologique qu'il serait maladroit de commencer trop tôt. Il est important de ne pas perdre de vue la demande initiale du malade qui sera en effet le plus souvent médicamenteuse. Avant d'éliminer (si cela est possible) un soutien médicamenteux il faut que le patient ait fait lui même la démarche vers une plus grande autonomie; il ne faut pas oublier que pour certains malades ne pas accorder une prescription médicamenteuse peut signifier un refus définitif de s'occuper d'eux (78).

* Il reste enfin le cas des problèmes psychologiques trop lourds à porter pour le malade... et le médecin. Mais cela n'exclue pas une prise en charge par le généraliste ou le psychiatre, le médecin devant être dans tous les cas conscient de ses limites.

b) Les cas où le médecin donne des médicaments avec une certaine distance

C'est le domaine des traitements symptomatiques et des somatisations sans lésion organique. Il n'y a pas de recette miracle : Il s'agit d'adapter les médicaments à chaque malade et surtout de les aider à prendre conscience du fait que donner un médicament "efficace" dans ce contexte c'est empêcher le corps de parler.

Il sera capital de respecter les malades dans leur évolution en étant capable d'arrêter ou de diminuer un traitement anxiolytique, mais également de le reprendre pour passer un cap trop difficile, si le patient le désire. Il importe de rester à son écoute et de ne pas aller au devant de ses désirs. C'est lui-même qui gère ses symptômes et son angoisse.

L'escalade thérapeutique dans ce contexte de somatisation sera souvent le signe pour le médecin d'un échec à la relation d'aide. Il faut avoir le courage d'en parler avec le patient et ne pas hésiter à lui proposer de consulter un confrère ou un psychothérapeute.

Il ne faut pas oublier que cet échec peut venir après une phase de progression et de toutes façon, le travail accompli au préalable n'est jamais inutile. Le changement de thérapeute peut être nécessaire :

- Soit parce que les personnalités du médecin et du malade ne s'accordent pas.
- Soit parce que l'état du patient nécessite une psychothérapie en profondeur.

c) Les cas où le médecin ne prescrit pas

Ce sont les cas où la relation psychologique est satisfaisante et suffisante (ce qui sous-entend une atmosphère attentive et ouverte).

Le Docteur L. Walter (87) pense que souvent une simple ordonnance, sans rien dessus, avec seulement la signature suffirait. Mais rien n'empêche le médecin d'établir des ordonnances relationnelles, comme nous le verrons plus loin.

d) La prescription selon l'âge du médecin

Une étude statistique (48) a permis de montrer que les médecins de plus de 40 ans sont plus souvent favorables aux médicaments de confort et enclins à toujours prescrire que les moins de 40 ans qui adoptent des positions inverses. "La situation du généraliste (milieu urbain ou rural, moyens financiers, nécessité de se créer une clientèle stable) n'explique pas le style de prescription". On explique mal ce rôle de l'âge : on peut penser que les médecins plus jeunes sont plus sensibles au problème économique devant l'abus de médicaments. On peut penser aussi que l'expérience acquise rende plus ouvert aux demandes des patients.

2) **Les grands types de médicaments**

a) On peut distinguer trois classes de médicaments

1° Ceux qui ont une action purement pharmacodynamique (exemple : l'atropine provoque toujours une dilatation de la pupille).

2° Ceux qui n'ont pas cette action : les placebos

3° Ceux qui ont une action pharmacodynamique modérée et où l'action psychologique intervient pouvant favoriser ou défavoriser cet effet (effet placebo).

[Illustration sous droit retirée de la version de diffusion de la thèse]



b) L'effet placebo dépend du médecin et du malade

* On appelle effet placebo les modifications de l'état d'un sujet qui a reçu un corps sans action pharmacodynamique.

Dans une population donnée on peut distinguer des sujets placebo-réacteurs et des sujets qui ne réagissent pas au placebo.

Par ailleurs, un sujet placebo-réacteur un jour, peut ne plus l'être quelques semaines plus tard.

L'apparition d'un effet placebo en clinique dépend :

- De la maladie
- du malade et de la personnalité
- du placebo lui-même (couleur, etc...)
- de sa voie d'administration
- du médecin.

Beaucoup de médicaments prescrits en médecine générale ont une action pharmacodynamique modérée (antiasthéniques, etc...) pourtant, la demande est très forte en ce qui concerne ces médicaments, qui ont donc un effet placebo indiscutable.

En définitive, l'action d'un médicament est donc due (en dehors de l'effet pharmacodynamique) à l'attitude du médecin et surtout à sa croyance dans l'effet médicamenteux, à l'attitude du malade, à sa croyance dans le médicament et à sa confiance dans le médecin.

* Le placebo.

La prescription de tranquillisants souligne le Professeur Bury n'est pas toujours un geste à proscrire, tout dépend du contexte relationnel dans lequel elle est faite; par contre la prescription de placebo apparaît associée à un contre transfert négatif de la part du médecin, c'est-à-dire quelque chose qui se rapproche plus ou moins d'un désir de mystifier le patient; l'autre issue extrême à ce malentendu souligne le Professeur Bury, est que les deux partenaires persistent dans leur négation; le pacte passé ici entre patient et médecin est celui de chercher aussi longtemps qu'il faudra, une maladie somatique derrière le trouble fonctionnel; cet objectif devient alors la seule raison de prolonger la relation médecin/malade et l'on entre dans le guêpier des examens de laboratoire, des hospitalisations multiples et d'une déception mutuelle progressive.

3) **La signification du médicament pour le médecin (78)**

* C'est tout d'abord un agent pharmacodynamique mais aussi parfois un moyen d'action magique tout puissant. Ceci apparaît en particulier chez les médecins qui n'acceptent pas l'échec: ils en veulent aux patients qui ne guérissent pas et leur reprochent, parfois même sans raison, de ne pas avoir pris les médicaments prescrits.

* Le médecin peut aussi avoir peur du médicament qui devient alors un poison. Il prescrira de préférence des médicaments inoffensifs à dose trop faible.

* Ce peut être un cadeau pour son patient, un moyen de lui témoigner son affection. Le risque est de tomber dans les prescriptions multiples (ordonnance "à rallonge"). C'est alors un "cadeau empoisonné" qui ne fait qu'accentuer la dépendance du malade.

* Mais la surprescription en particulier des médicaments de "confort" en médecine générale peut être due à des raisons différentes et opposées (48):

- Il peut s'agir d'un mépris relatif de la personnalité du malade et du souhait inconscient de se débarrasser de ses réactions personnelles.

- Il peut s'agir aussi d'une certaine docilité devant les demandes des malades.

C - Observations personnelles :

1) Première observation : "Il faut le faire dormir" (Obs. N°25)

C'est ce que m'a dit le père de Clyde, un enfant de un an qu'il amenait en consultation pour un rhume, avec écoulement nasal purulent.

La mère était présente mais muette pendant l'entretien.

Alors que j'auscultais les poumons, le père me dit soudain :

"Ce que vous entendez là est normal !"

Je lui demande ce qu'il veut dire.

"Il a une communication dans le coeur".

"Une communication inter-ventriculaire ?"

"Oui, c'est ça".

Je crains que cette anomalie ne le fragilise sur le plan infectieux. Pourtant, cette crainte me semble irrationnelle. Je propose tout de même un antibiotique; le père réagit tout de suite :

"Ah non, il n'en prend jamais. Par contre, il lui faudrait quelque chose pour dormir".

Je refuse la prescription de sédatif (type Nopron) en lui répondant :

"Il existe des médicaments pour calmer les enfants mais je n'aime pas les habituer à ces drogues".

Il me répond alors :

"L'homéopathie si vous voulez ! ..."

"Je ne la pratique pas..."

Je commence à entrevoir le rapport de force qui s'est installé entre nous. J'essaie de comprendre pourquoi l'enfant ne dort pas :

"Est-ce que vous avez la télévision ?"

"Est-ce que vous habitez un endroit calme ?"

Je perçois un mélange d'agitation et de rigidité chez le père et je me décide à prendre un risque :

"Peut-être que le papa ou la maman sont très nerveux ?"

Il me répond :

"Si vous ne voyez pas lequel est nerveux!"

Je lui réponds alors :

"J'ai vu que c'était vous, mais je préférerais vous l'entendre dire !"

Il me répond :

" Oui, c'est vrai, je suis très nerveux. D'ailleurs, c'est quand je suis à la maison qu'il est nerveux". Et il ajoute : "Devant vous il est calme, les lunettes, ça doit le calmer : Sa grand-mère en a aussi..."

Conclusion : Il me paraît clair que le père tenait à consulter autant pour lui que pour son fils. Je pense que son agressivité a précipité ma question brutale qui lui laissait peu d'issues mais il a tout de même établi le lien entre sa "nervosité" et celle de l'enfant. J'ai évité (peut-être temporairement) la prescription d'un "calmant" (pour le rhume, je me suis contenté d'un antiseptique). Mais la relation ne m'a pas satisfaite car il s'agissait d'une relation de force, réactionnelle plus que relationnelle.

2) Deuxième observation : "Il ne mange plus : donnez lui quelque chose"
(Obs. N° 29)

Dans cette observation, au contraire, il y a eu prescription médicamenteuse mais cela n'a pas empêché une relation de s'établir avec la mère surtout et peut être un peu avec l'enfant.

Il s'agit d'une jeune femme qui me présente son enfant de 3 ans en me disant :

"Il ne mange plus depuis huit jours. Est-ce qu'il n'y aurait pas quelque chose à lui donner"

Je ne me souviens pas des termes exacts de l'entretien mais je sais que je lui ai demandé assez rapidement s'il n'y avait pas un problème relationnel sous-jacent, ou un événement présent ou à venir susceptible d'inquiéter l'enfant. Comme nous étions au mois de septembre, j'ai évoqué le problème de la rentrée à la maternelle. C'est à ce moment là qu'elle m'a dit : "Ah oui, il y a sa nourrice. Il va la revoir, mais ça ne marche pas entre eux..." Puis elle a ajouté : "Je n'avais pas fait le lien".

J'ai alors évoqué le problème avec l'enfant. "Ta maman me dit que tu n'as pas très envie de revoir ta nourrice. Est-ce que c'est cela qui te coupe l'appétit ?.."

Il n'a rien répondu. Pourtant, il a eu un grand sourire et m'a fait un signe de la main quand il est parti, alors qu'il était jusque là plutôt renfrogné.

J'ai prescrit un médicament à base de pollen pour rassurer la mère et lui ai conseillé de parler un peu de la nourrice avec son enfant.

Elle est revenue une semaine plus tard en me disant :

" Votre médicament ça a drôlement bien marché. Vous ne pourriez pas lui en prescrire pour un mois ?..."

Je ne suis pas certain que le pollen ait eu à lui seul cet effet magique, bien que l'effet placebo ait pu jouer sur la mère et l'enfant. Je ne sais pas si le lien établi par la mère a suffi à dénouer le problème ou bien si c'est ma relation à l'enfant qui a permis ce "dénouement".

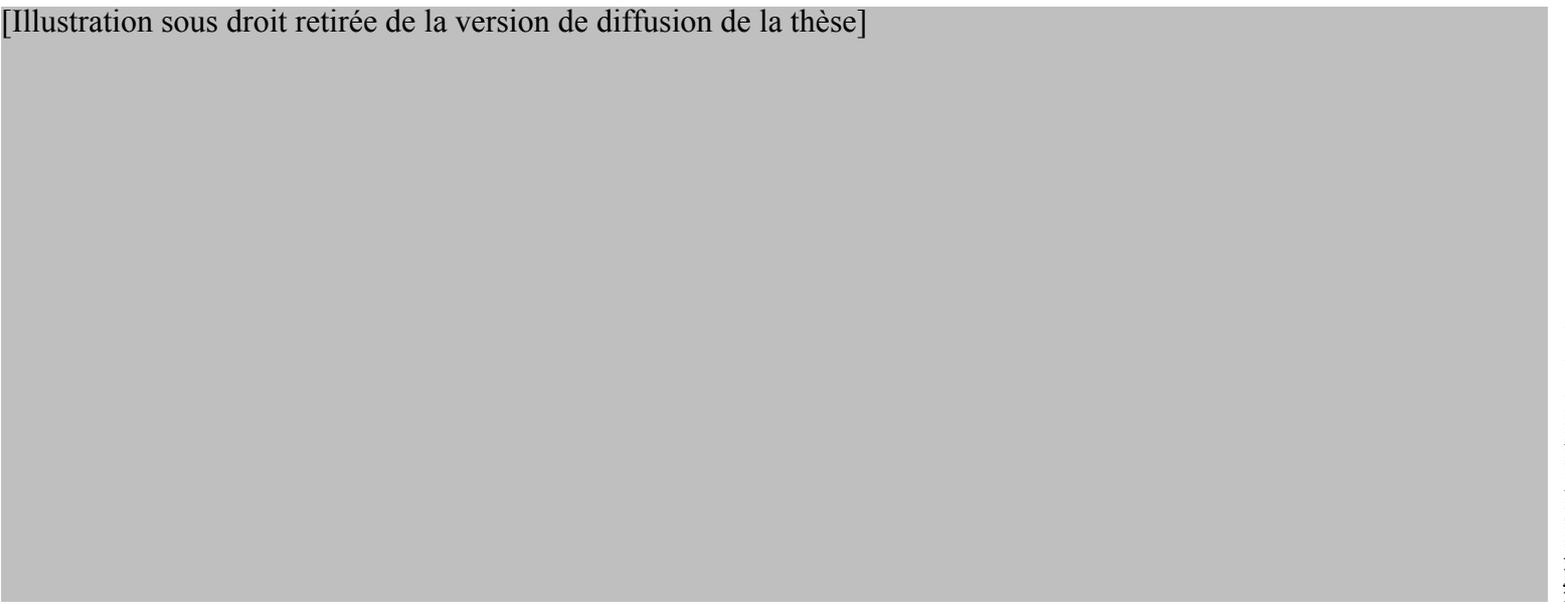
IV - Le médicaments

107

Pourtant, malgré mon intrusion un peu rapide dans le contexte familial et social, j'ai éprouvé une certaine satisfaction à le voir retrouver l'appétit. J'ai oublié de demander si la relation avec la nourrice avait changé.

Cet exemple illustre l'intérêt de prescrire parfois des médicaments apparemment inutiles : Dans ce cas il y avait en effet une demande de la mère et je ne suis pas sûr que le simple entretien psychologique aurait suffi à la convaincre. Elle m'a redemandé du pollen comme si elle voulait échapper aux explications "non médicales" de l'anorexie de son enfant. Peut-être d'autres problèmes auraient-ils été dénoués au cours de consultations ultérieures mais il s'agissait d'un remplacement et "l'intrusion" psychologique me semblait l'avoir un peu dérangé lors de la première consultation. Je pense qu'il était préférable de s'en tenir à une prescription ...de pollen.

[Illustration sous droit retirée de la version de diffusion de la thèse]



V - LE MÉDECIN ET SON MALADE FACE À L'ÉPREUVE DE LA MORT.

A - La mort escamotée.

1) La mort vécue par le médecin comme un échec.

La mort de son patient semble souvent représenter pour le médecin une grave atteinte au prestige de la médecine et à sa valeur personnelle; il s'agira donc pour lui, d'échapper à ce mythe narcissique "du sauveur".

Un médecin généraliste déclare : "A l'hôpital ce sont les infirmières qui assistent jusqu'au bout, en ville c'est le médecin; il faut du temps pour accepter d'être impuissant tout en étant présent, de voir le mourant cesser de manger, de boire; du temps pour se résigner à ne rien faire, sauf à soulager la douleur".

2) L'évolution de l'idée de mort dans l'histoire (.65q)

Le rapport à la mort a évolué dans le temps; au moyen âge, la bonne mort, sereine et acceptée dans la dignité des croyances chrétiennes s'oppose à la mort brutale; elle est familière et semble quelque chose de naturel. On ne la fuit pas. Au XVIIème siècle on l'apprivoise pour mieux la dominer en la réinsérant dans la perspective du salut. Au XVIIIème siècle, le mourant est dépossédé du premier rôle et le survivant devient le principal acteur, c'est lui qui a vraiment mal, et son drame est la séparation. Actuellement toutes les expressions de la douleur sont indécentes : paradoxalement ces comportements d'évitement et de fuite montrent à quel point la préoccupation de la mort est présente partout, mais elle est tabou. Le médecin ne doit pas oublier que l'idée que la mort est la seule issue de certaines maladies, n'est qu'une constatation scientifique. Or les certitudes scientifiques ne correspondent pas à ce que peuvent vivre le malade et ses proches. Aussi ne doit on pas être étonnés de voir des malades et leur famille nier la possibilité d'une mort dans des cas graves et rester très calme dans cette conviction pendant toute l'agonie, convaincus que le miracle est encore possible.

3) Une peur partagée

a) Le médecin a souvent peur de la mort

Nous citerons en exemple, la lettre d'un médecin généraliste à l'un de ses confrères (25) :

" Cher Confrère,

Monsieur X que je vous envoie aujourd'hui est séropositif et commence un SIDA. Il ne sait rien de sa maladie et n'en veut rien savoir. Je compte sur vous pour faire comme moi et ne rien lui en dire.

Bien à vous. //

Or le malade déclare au médecin qui lit la lettre : " Vous savez Docteur, j'ai le SIDA". C'est donc le médecin qui ne voulait pas savoir.

b) La famille du mourant a peur de la mort

Un médecin généraliste à 30kms de Rouen déclare : "je suis d'accord pour assister les mourants à la maison, mais je n'y réussis pas souvent, presque tous meurent à l'hôpital, même quand la famille demande que le malade meure à la maison, même si je laisse mon numéro de téléphone personnel.

Au dernier moment, les proches paniquent, ils appellent le SAMU qui transporte systématiquement à l'hôpital". Les médecins sont unanimes, on hospitalise rarement un mourant pour raison médicale, plus souvent c'est pour répondre à la pression de la famille; il est vrai que les conditions de vie actuelles ne favorisent guère la mort à la maison.

B - Les enfants n'ont pas peur de la mort... si on leur "parle vrai".

Les enfants ont une compréhension naturelle de la vie et de la mort que nous avons perdue. Ainsi en témoigne ce petit garçon de quatre ans qui veut mourir après la séparation de ses parents et qui sait de quoi il parle : "j'ai mal au ventre, j'ai mal à la vie, je veux qu'on m'enterre; pas besoin d'être un papy pour mourir". Ce que l'enfant ressent, ce sont les signaux émotionnels qui lui parviennent des adultes. Le cas de figure le plus habituel est la mort d'un membre de la famille auquel un des deux parents est très attaché, mais prenons plutôt l'exemple de Claude (63): "Les adultes vivent autour de Claude une situation de deuil. Claude reçoit donc des signaux propres à cette détresse. Or les parents croient souvent que Claude éprouverait, s'il était informé la même douleur qui les blesse eux-mêmes. Et sous prétexte de protection, Claude est soigneusement tenu à l'écart de la vérité. Il entend parler de maladie, d'hôpital ou de grand voyage. Ainsi, d'un côté il est l'objet d'une affection inhabituelle, dont il ne comprend pas les raisons. De l'autre, il perçoit autour de lui un comportement d'une grande tristesse, qu'il ne peut comprendre davantage. "Ça doit être comme ça la vie", se dit-il, puisque tous ces signaux lui proviennent de ses modèles à vivre. Et il devient lui aussi, par résonance affective, apathique, sans appétit et sans goût pour ses activités coutumières. Il lui arrive même de régresser, pour retrouver sa sécurité d'avant. Tout cela ne manque pas d'inquiéter son entourage et d'amplifier le désarroi de tout le monde.

Il vaut mieux lui dire, dès que l'occasion se présente :

"Voilà, Claude, un tel est mort. Cela veut dire qu'il a fini de vivre, que nous ne le reverrons plus jamais. Je l'aimais beaucoup. J'ai beaucoup de chagrin et je vais être très malheureux. C'est plus fort que moi. Je ne sais combien de temps cela va durer. Tel jour, ce sera l'enterrement et son corps sera mis dans la terre. si tu veux, tu viendras. Où sera-t'il après . Personne ne le sait ! La seule chose qu'on sait, c'est qu'on ne sait pas. Il y a des gens qui pensent qu'après on va au ciel, d'autres qu'on devient comme de la poussière. Nous, nous sommes des gens qui... (et vous direz ce que vous croyez).

On peut concevoir combien est importante la façon dont les parents pourront traverser le deuil, SANS LE CACHER ou se laisser dévorer par lui, et sans non plus demander aide à leur enfant à un moment où il a lui-même tant besoin de leur présence (62). Le moment d'un décès doit donc être l'occasion de faire entendre à l'enfant une PAROLE VRAIE : Cette parole peut venir du médecin généraliste si les parents n'ont pas la force de la lui offrir : c'est la relation d'accompagnement... des survivants.

C - Les démarches d'accompagnement du mourant : mort et médecine relationnelle.

La qualité de la vie est différente quand nous la vivons avec
la conscience de notre fin.(E. Kübler Ross).

1) Le contrat moral du médecin : conduire à la guérison ou à la mort.

Nous citerons ici les paroles d'un médecin de campagne : "j'ai un contrat moral avec mes patients. Quand vous avez suivi quelqu'un pendant 15 ans, vous ne l'envoyez pas mourir à l'hôpital."

A la campagne, la mort n'est pas encore tabou. On peut en parler et s'y préparer. "La moitié des gens âgés que je soigne me font savoir, d'une façon ou d'une autre qu'ils comptent sur moi pour les aider à mourir à la maison. L'un me montre le tiroir où est rangé sa belle chemise, l'autre me dit qu'il veut léguer son corps à la science. Ils savent que je serai là". Pas seulement pour signer le papier bleu. Mais aussi, s'il le faut, pour aider la famille, pour porter le mort, avant qu'il ne soit raide, dans la plus belle chambre, ou pour faire sa toilette.

En ce qui concerne les maladies graves, le médecin est là pour soutenir la partie saine de la personnalité et non pour s'apitoyer avec le patient sur ce qui s'est effondré et détruit (78).

Lorsque la mort est proche, en en parlant directement au patient, en discutant avec lui des réalités que cela représente par exemple pour ses dernières volontés, pour l'avenir de sa famille, on lui permet ainsi souvent d'investir des forces psychiques dans des activités positives plutôt que dans des ruminations négatives. Aussi la prise en charge se fera jusqu'à la guérison ou jusqu'à la mort. C'est le contrat tacite inscrit dans l'institution même de la médecine; il faut savoir que le deuil de toute façon nécessite un certain temps et passe par une phase plus ou moins longue d'idéalisation de l'être perdu. Quand il est accompli, ce travail permet l'investissement affectif d'un nouvel objet, le développement d'un nouvel amour (62).

2) L'accompagnement des mourants et des comateux.

a) Les différents stades que traverse un malade conscient de sa mort prochaine

Le malade qui se sait condamné va traverser plusieurs stades (37).

* Peut-être va-t'il REFUSER d'admettre la réalité du mal tout d'abord, en passant d'un médecin à l'autre, dans l'espoir d'une erreur de diagnostic. Il ne s'agit pas de vaincre ce refus uniquement parce que nous aimerions, nous, que ce refus soit dépassé.

* Mais tôt ou tard il devra affronter la réalité et ce sera souvent une réaction de COLERE : "pourquoi cela m'arrive-t'il à moi ?"

* "Si nous avons appris à l'aider, non à le juger", il passera alors au stade du MARCHANDAGE : il demandera à Dieu encore un peu de temps et... mettra ses affaires en ordre avant d'admettre vraiment : "c'est bien à moi que cela arrive".

* Le stade suivant est LA DEPRESSION qu'il traverse silencieusement.

* Enfin, s'il peut exprimer librement sa détresse, si sa vie n'est pas artificiellement prolongée, il pourra accéder au stade de L'ACCEPTATION, et mourir en paix.

b) Comment entrer en contact avec un mourant

E. Kübler Ross le décrit admirablement (37) :

* "On entre dans la chambre, on demande au malade s'il aimerait un entretien de quelques instants, puis on s'assied et on s'informe de ce dont il aurait besoin en disant - "Y-a-t'il quelque chose que je puisse faire pour vous ?" Ou bien on demande - "Y-a-t'il quelqu'un ici à qui vous aimeriez parler ?" Souvent le patient désigne telle ou telle personne, et en allant la chercher vous lui aurez rendu service.

* Parfois les mots ne viennent pas : "Très souvent, je dis à mes patients que je me sens inutile, que je ne trouve pas de mots, et je reste là, attendant que le patient me donne un signe qui m'aide à m'exprimer. Alors, ces malades se sentent à l'aise avec moi, parce qu'ils peuvent partager avec quelqu'un l'ambivalence de leurs sentiments, et leur insécurité, parfois leur découragement. Ensemble nous essayons de nous en tirer".

c) Les démarches d'accompagnement.

Jacques Salomé nous invite à utiliser différents langages chargés de symboles (72) : objets personnels, foulards, vêtements chargés d'odeurs, photos, etc... Ainsi qu'à dialoguer avec la famille à partir d'évènements communs : naissances, entrées à l'école, déménagements, petits accidents, mariages, décès, et ainsi DE SE RELIER au malade à travers la chaîne de sa propre histoire et cela par la médiation d'objets porteurs de sens, qu'on lui donnera à toucher, à garder, à sentir...

d) Parler au malade inconscient.

Il est possible de parler aussi aux comateux et aux opérés en état de réveil anesthésique en leur disant par exemple tout ce qui se passe pour eux, ce qu'on leur a fait, la couleur du temps, les petits évènements de l'actualité (72) :

"Je vous ramène maintenant dans votre chambre".

"Votre femme vous attend, elle sera là à votre réveil"

ou encore :

"Je vais changer votre drap"

"Il fait beau dehors"

"Des amis ont apporté des fleurs".

3) Les patients désespérés et la démarche de recadrage.

Victor Frankl (89a) fait allusion à la possibilité de recadrer le chagrin profond que provoque la mort d'un être cher; il s'agit ici d'une relation d'aide concernant des patients très perturbés. Cette relation pourra être assumée par le médecin généraliste ou confiée à un psychothérapeute... si le patient l'accepte. Après la mort d'un être cher la vie a perdu son sens, dans un tel cadre, seul le retour du mort pourrait rendre un sens à la vie; on remarque toutefois que ce désespoir apparemment généralisé est contredit par le fait même que le patient vient chercher de l'aide; Frankl recadre la situation en demandant au patient d'imaginer que, bien qu'il lui soit, bien sûr, impossible de ressusciter le défunt, il lui fera rencontrer quelqu'un qui présente, en tous points, une ressemblance non seulement physique mais générale avec le défunt, et qui en connaît si intimement la vie que le patient et lui pourraient se souvenir dans les détails de l'expérience qu'ils ont en commun, et en discuter entre eux : le patient accepterait-il de considérer cette personne comme un remplaçant valable de l'être cher ? Quand le patient essaye de répondre à cette question, il lui faut envisager sa perte sous un angle qui est extérieur au cercle vicieux où le confine son chagrin. En général le patient rejette cette alternative illusoire; en réussissant à provoquer ce refus, Frankl produit un changement décisif dans l'image du monde du patient. Il amène doucement la personne qui souffre à commencer à accepter l'irréversibilité de la perte de l'être aimé, et donc à prendre un peu de distance par rapport à celle-ci.

4) Observation personnelle (Obs. N°26)

Cette observation relate l'histoire d'un homme de 55 ans atteint d'un cancer de la face ayant métastasé aux poumons et au cerveau.

Première visite : Je suis appelé par sa femme dans la matinée car il a du mal à respirer; je passe le voir vers midi après les consultations. Quand j'arrive devant la maison, son fils m'accueille : "je suis médecin, je ne peux pas être à la fois juge et partie, je vous laisse faire". Il disparaît pendant l'examen et reviendra seulement à la fin. Le malade est sous antibiotiques depuis deux jours pour une pneumopathie*, il est dyspnéique et très encombré sur le plan bronchique. Il n'y a aucun signe pulmonaire à gauche : il a subi une pneumectomie; je limite mon ordonnance à de la kinésithérapie et des fluidifiants bronchiques. Je déclare au fils que d'un point de vue strictement médical, l'hospitalisation serait presque souhaitable, mais avec le risque d'attraper d'autres germes à l'hôpital. Je lui demande de me tenir au courant.

Deuxième visite : La femme du patient me rappelle dans la soirée, elle me dit : "il va mieux depuis le passage du kiné". Puis le kinésithérapeute me téléphone : "il va mieux, mais je vais

repasser ce soir". Trois heures plus tard, vers 21 heures, le fils me rappelle. Je pense qu'il vaut mieux que vous repassiez assez vite car ça ne va pas. Je ressens une vive inquiétude dans sa voix; je mets 20 minutes pour me rendre au domicile, ce qui me semble trop long. A l'arrivée, je découvre un homme au teint gris, couvert de sueur, les yeux hagards. Le fils m'affirme : "ça s'est aggravé depuis trois quarts d'heure". J'appelle le SAMU, lui place une perfusion et injecte un corticoïde en intraveineux mais je vois bien qu'il est en train de s'asphyxier. Sa femme pleure, mais avec beaucoup de retenue. Entre les pleurs, elle m'explique l'histoire de son mari : elle me parle de l'hémiplégie, des métastases au cerveau, du "morceau de poumon" qui a été enlevé, mais des détails lui échappent : "mon fils doit savoir". Je lui affirme : "il y a encore un peu d'espoir, mais il n'est pas bien". Le médecin du SAMU lui dira un quart d'heure plus tard : "il n'y a pratiquement aucun espoir". Je me sens alors un peu culpabilisé de ne pas l'avoir hospitalisé ce matin. Son fils me dit : depuis quinze jours, ça n'allait vraiment pas bien; la mère a les larmes aux yeux; j'en suis encore à . . . : essayer de la rassurer. Elle m'appellera vers minuit : "Docteur, il est mort à son arrivée à l'hôpital, je voulais vous prévenir". J'imagine à ce moment qu'elle m'en veut : le lendemain, le Docteur B, leur médecin habituel, me dit : "on attendait ça depuis longtemps, je ne crois pas qu'ils auraient aimé que tu l'hospitalises, ça l'aurait prolongé peut-être de une, deux, trois semaines ?

Il me parle alors de l'envahissement inexorable de ce cancer : "plus on coupait la face, plus ça repoussait, c'était horrible".

J'ai déjà parlé de ce malade à propos de son visage. J'avais noté un oubli total du visage, je ne me souvenais que du regard.

Avant l'arrivée du SAMU, quand j'ai compris qu'il était en train de mourir, je lui ai serré la main très fort et je lui ai seulement dit : "il faut vous accrocher", et je me suis réfugié derrière la préparation de ma perfusion et la recherche d'une veine difficile à trouver.

J'ai revu sa femme une semaine plus tard pour un papier concernant l'assurance. Il n'y avait pas la moindre accusation dans son regard et mon impression de l'autre soir était sans doute très suggestive. Sans doute peut-être m'avait-elle téléphoné pour partager seulement sa souffrance. C'est déjà de cette souffrance qu'elle me parlait et non plus de son mari. En cherchant à rassurer cette femme à tout prix, je pense au fond que j'essayais surtout de me rassurer moi-même.

5) La fédération JALMALV (92)

Cette fédération a été créée par la prise de conscience que l'hôpital et ceux qui y travaillent ne peuvent à eux seuls changer les conditions de solitude et de souffrance dans lesquelles nos contemporains finissent souvent leur vie, et qu'il faut un changement social des mentalités en offrant une réflexion sur l'accompagnement des mourants, une formation et un soutien. JALMALV s'adresse à toute personne qui reconnaît tout être humain en fin de vie comme un vivant, une personne à part entière, jusqu'à son dernier souffle.

D - Les représentations sociales du cancer (65q)

"Craindre la survenue d'un cancer, c'est affirmer du même coup que l'on désirerait connaître la vérité tout en redoutant d'entendre le mot cancer; les médecins eux-mêmes n'échappent pas à cette peur. Bien qu'ils soient spécialement bien informés, ils ne consultent pas plus rapidement quand ils ont eux-mêmes les symptômes.

On remarquera que le cancer est connu pour s'attaquer aussi aux parties du corps dont l'existence est admise avec gêne : colon, vessie, rectum, utérus, prostate, testicules; le fait d'avoir une tumeur suscite souvent un sentiment de honte, mais compte-tenu de la hiérarchie des organes, il est moins infamant d'avoir une leucémie qu'un cancer du rectum.

Le cancer est une maladie culpabilisante, tous les cancéreux se posent la même question "pourquoi moi ?"; et chacun cherche des explications, on tente de rattacher la maladie à une faute, faute attribuée aux parents et à l'hérédité, faute attribuée au conjoint (le cancer du col de l'utérus est parfois identifié à une maladie vénérienne), faute attribuée à soit-même (dans les cancers génitaux spécialement, les malades invoquent une faute sexuelle à expier). Par ailleurs, l'époque moderne affectionne beaucoup les explications pathologiques, c'est un moyen de prendre en main les événements sur lesquels nous avons peu de pouvoir mais c'est aussi un moyen de rejeter la faute sur le malade. Beaucoup de théories psychologiques attribuent au cancéreux la responsabilité de sa maladie et de sa guérison. Ainsi "une maladie grave dont l'origine demeure obscure et qu'aucun traitement ne réussit à vaincre est tôt ou tard envahie par le sens qu'on lui donne; si la culpabilité n'est pas de mise, la fatalité est évoquée".

D'autre part, dans une société où le corps est modelé par la publicité et la mode, les traitements parfois mutilants rendent au cancéreux cette maladie encore plus insupportable.

Nous avons déjà vu (11) qu'une série de glissements sémantiques affecte les mots désignant le cancer. Ces mots ont une grande résonance dans l'inconscient du malade, on parle ainsi de grosseur, de néo, de tumeur. La vérité des mots ne passe pas seulement par la vérité de l'histologie, elle passe également par la vérité de l'espoir "j'ai toujours été en bonne santé jusqu'à ce truc là". C'est une femme qui parle ainsi guérie d'un cancer du sein, elle désigne son buste d'un coup de menton, et elle continue : " ce truc là que je n'appelle jamais cancer, c'est ma psychothérapie". On comprend ici combien le jeu de la vérité exige de prudence pour aider le malade qui veut tout savoir sans vouloir forcement tout entendre. Le respect de la personne passe par celui du vocabulaire.

[Illustration sous droit retirée de la version de diffusion de la thèse]

VI - LA RELATION SOIGNANT/SOIGNE DANS UN CONTEXTE MULTICULTUREL

A - Observation clinique : Maux de tête et autorité d'un père turc.

Nous envisageons ici l'observation d'un homme turc vu par un médecin généraliste puis adressé par celui-ci à un psychothérapeute anthropologue de formation (46).

1) Rapport du médecin généraliste (extraits)

Un 24 décembre, à quelques heures du réveillon de Noël, Monsieur B. est assis et attend son tour dans ma salle d'attente. Je l'aperçois et le distingue des autres à cause de son sourire un peu gêné. Je sais qu'il vient pour la première fois. Toujours avec le même sourire de celui qui s'excuse d'être là ou qui doit se faire pardonner je ne sais quelle faute, il entre et s'installe en hésitant, s'asseyant au bord de la chaise. Comment vais-je lui dire que je suis prêt à l'écouter quoi qu'il ait à me demander ou à me confier ? Pourquoi tant de précautions embarrassées de sa part ? Il va certainement me demander l'impossible...

Je lui demande son identité et cela me permet de savoir qu'il est de nationalité turque, mais je dois lui demander son carnet de mutuelle pour connaître l'orthographe de son nom, car il parle très bas. Il murmure presque, en inclinant la tête, le regard fuyant.

- Bien, que puis-je pour vous ?
- Monsieur le Docteur, moi tête beaucoup malade !
- Depuis longtemps ?
- Quatre mois.

Quelle précision, me dis-je; et de l'interroger sur ses antécédents. Il me raconte avoir été hospitalisé pour ce problème dans un hôpital bruxellois. La mise au point se serait révélée négative, d'après un rapport de sortie d'hospitalisation qu'il m'exhibe. Il ne peut me dire quelles médications il y a reçu. Si, tout de même : il me sort de sa poche une boîte de Cafegot®, un médicament contre la migraine (ceci confirme mon hypothèse que ce patient a un problème d'ordre psychopathologique).

Nous poursuivons la conversation, ou plutôt il continue de répondre gentiment à mes questions comme l'élève désireux de bien faire. Je trouve ce type de relation très inconfortable, mais il faut bien m'en accommoder pour l'instant. J'apprends ainsi qu'il est père de quatre enfants, que son épouse ne travaille pas et qu'auparavant, lui-même travaillait dans le métro. Auparavant, car maintenant il est en incapacité de travail. Nous y voilà, me dis-je.

Son certificat d'incapacité de travail se termine le 31 décembre et il va me demander de le prolonger. Je devance sa question pour clarifier la situation, et aussi pour savoir si sa demande s'arrêtera là ou non. Effectivement, il a besoin d'une prolongation (il me l'avoue plus qu'il ne me le confirme. J'avais donc raison.).

Dans la salle d'attente, les deux malades restants s'impatientent. La consultation dure trop à leurs yeux. Je prends conscience que nous conversons depuis trente minutes. Il va falloir conclure après un examen clinique qui se limitera à la prise de la tension artérielle et de la température.

Les éléments dont je dispose me semblent insuffisants pour satisfaire à la demande de prolongation de l'incapacité de travail. Je prolonge donc d'un mois son certificat en lui proposant de revenir me voir, non sans avoir au préalable été consulter un spécialiste qui parle turc et que je connais personnellement. Ceci afin de mieux comprendre son problème et par conséquent de mieux pouvoir l'aider.

Il me demande avec insistance des médicaments. Nouvelles explications pour justifier ma réticence à prescrire autre chose que son Cafergot* qu'il me demande de renouveler. Le voilà qui semble satisfait. Il se lève, me serre la main entre les siennes et se retire à reculons, m'entraînant avec lui jusqu'à la porte où il me salue en inclinant la tête une dernière fois avec le même sourire "qui s'excuse" mais dans lequel, cette fois, je crois percevoir une grande reconnaissance...

Quoi de plus normal, me direz-vous, puisqu'il a obtenu ce qu'il venait chercher, à savoir "un certificat". Erreur ! Monsieur B. venait chercher bien plus qu'un papier même si celui-ci était incontournable pour perpétuer son statut de "malade".

Les consultations suivantes ont démontré la névrose du patient et l'imbroglio médical invraisemblable dans lequel il était jusqu'alors embarqué. La collaboration avec l'anthropologue et l'ethnologue nous a permis de sortir Monsieur B. du cercle vicieux dans lequel il était enfermé. Je me demande encore ce qui m'a poussé à adresser cet homme à un spécialiste des problèmes de la communauté turque, ce soir là, lors d'une première consultation.

2) Commentaires.

a) "Ma tête est malade".

Par cette affirmation le patient peut parler de maux de tête ou bien exprimer que cela "ne tourne pas rond" dans sa tête. Il ne s'agit pas d'opter pour l'une ou l'autre hypothèse en début d'entretien, il faut décoder le discours et cela est encore plus difficile avec un patient immigré.

Le patient immigré dira souvent : "mon corps est très malade" ou "je suis très malade"; cela peut être interprété par un soignant non averti comme une exagération ou comme une incapacité à cerner le problème. Interprétation qui de plus sera influencée par la formation du soignant, sa disponibilité, sa capacité à tolérer la différence, etc... Souvent, le patient immigré qui arrive en consultation en présentant une forte angine ne signale pas la douleur à la gorge; diagnostiquer une angine est certes satisfaisant pour le médecin mais s'il lance à son patient : "ce n'est pas bien grave, ce n'est qu'une petite angine", il risque fort de le décevoir. Il lui faudra reparler de ce corps très souffrant et replacer l'angine dans le cadre réel de l'homme malade, affaibli, diminué, puisque le patient se présente en mettant l'accent sur le mal être général : la

fatigue. Il faut donc écouter ce que dit l'immigré et non pas seulement ce que dit le diagnostic. IL ne faut pas non plus se réfugier derrière le "culturel" pour expliquer tout ce qui nous dérange, cette tendance pousse à ne plus voir que ce qui nous distingue et non plus ce qui nous rassemble. Il faut se débarrasser du diagnostic éthnocentrique que constitue le "syndrome méditerranéen".

b) Avant "je travaillais dans le métro"

Donc, avant je travaillais, et j'avais un statut. Cette notion de statut est très importante, statut de travailleur et statut de malade, nous devons réfléchir à ce paradoxe.

Plus nous reconnaissons en l'immigré malade la personne souffrante, plus il a de chances de guérir ou de se sentir moins malade.

Cela peut à première vue sembler farfelu, et même dangereux, à cause du risque d'une chronicisation de la maladie. Effectivement, si nous n'y prenons garde, nous pouvons renforcer ainsi la pathologie, surtout si nous la médicalisons à outrance en multipliant les intervenants, les investigations et les traitements. Par contre, si nous prenons conscience de l'importance du statut dont nous venons de parler, et si nous tentons d'intégrer cet élément essentiel du vécu de l'immigré à notre culture, nous pouvons envisager plus aisément et plus efficacement une thérapie appropriée.

3) Rapport psychothérapique

"Le problème de cet homme ne m'est apparu clairement que grâce à la collaboration d'un anthropologue de formation parlant la langue turque et connaissant parfaitement la communauté turque. La prise en charge s'étend de janvier 86 à juin 87. Pendant une première période de la prise en charge, le patient portait toujours un gros pardessus et une écharpe, il se tenait voûté et semblait traîner la jambe quand il marchait; il s'exprimait de façon monocorde et peu distincte, il se plaignait de maux très divers.

La deuxième période est inaugurée par cette déclaration :

"Je vais vous raconter quelques chose que je n'ai jamais raconté à personne. J'ai envoyé à mon père et à mes frères de l'argent pour qu'ils m'achètent de la terre en Turquie. Comme je ne recevais pas de réponse, j'ai soupçonné qu'il y avait quelque chose. J'ai écrit, téléphoné, envoyé des télégrammes, mais je n'ai jamais reçu de réponse. Alors je me suis rendu en Turquie et j'ai appris que mon père et mes frères avaient acheté un tracteur avec mon argent. Depuis ce moment là, j'ai des maux de tête. Pour acheter la terre, j'avais emprunté beaucoup d'argent, et parce que je voulais rembourser cet argent aussi vite que possible, ma propre famille a beaucoup souffert. Mon père et mes frères sont les coupables de cette souffrance."

Quand il se présente à la séance suivante, l'allure du patient a complètement changé : il se tient droit, ne porte plus de pardessus et semble beaucoup moins déprimé. Ses maux de tête ont beaucoup diminué.

B - Considérations d'ordre général.

Il ne suffit pas de maîtriser la langue d'un patient et de disposer d'informations sur sa culture pour pouvoir lui venir en aide de façon adéquate, la thérapie transculturelle n'est pas un processus à sens unique, mais un processus d'inter-action entre la culture du patient et celle du thérapeute. Il est encore plus capital ici de connaître les deux "bouts" de la relation.

1) Les barrières linguistiques et culturelles

Si l'immigré ne parle pas notre langue, on peut avoir recours à un interprète. On peut certes redouter qu'il ne fasse circuler des informations confidentielles concernant le patient. Mais le danger de recourir à la famille est peut-être encore plus grand, car le dialogue risque d'être filtré. Nous nous retrouvons ici de toutes façons avec le problème de l'introduction nécessaire d'un tiers.

2) Les facteurs extrinsèques et intrinsèques de la relation d'aide

a) Les facteurs extrinsèques

Ce sont les facteurs indépendants de la démarche thérapeutique, mais susceptibles de l'influencer. Certains ne sont pas culturellement déterminés (l'âge ou le sexe), d'autres le sont. Nous traiterons ici de certains des facteurs culturellement déterminés.

α) La façon dont sont reçues les plaintes.

Le médecin reçoit une demande de son patient. Le fait qu'il perçoive sous cette demande un problème à résoudre dépend de la façon dont le client la formule et de l'univers culturel du médecin;

β) Attitude envers les plaintes

La façon dont le patient conçoit son problème détermine aussi ce qu'il estime pouvoir attendre du médecin. Il préférera ainsi une hospitalisation ou un traitement ambulatoire, ou un traitement traditionnel, et le médecin manifestera lui aussi des préférences à ce sujet en référence à sa culture. Il faut tenir compte aussi du statut accordé au malade par sa communauté; dans les cultures méditerranéennes par exemple, la maladie permet de réduire très fortement les activités journalières.

γ) Attitude du patient vis à vis de l'assistance médicale.

L'attitude du patient face à l'éventail des possibilités d'assistance détermine en partie les difficultés de la relation; ainsi il peut accorder au soignant une confiance entière ou bien manifester à son égard une défiance non moins entière avec toutes les possibilités intermédiaires. Par ailleurs, le fait que le médecin occidental reconnaisse la valeur des techniques traditionnelles peut apporter au patient une sécurité émotionnelle qui lui permettra justement de faire confiance au thérapeute traditionnel et à ses méthodes propres.

δ) Les objectifs de l'assistance.

Il s'agit des objectifs que l'on s'assigne : objectifs psychologiques (l'assistance est envisagée comme apprentissage) ou objectifs sociaux (il s'agit alors d'une resocialisation) :

ces objectifs dépendent autant de la raison pour laquelle le patient consulte que de la vision du médecin. L'assistance du médecin dépend de sa conception de la personne humaine.

Le médecin peut au cours de la relation orienter son patient soit vers un modèle traditionnel soit vers un modèle occidental. Le patient se voit donc ou bien renforcé dans son adhésion à sa propre culture, ou bien se voit offrir une culture de rechange; dans les deux cas, il peut en éprouver de l'angoisse; ces deux solutions extrêmes ne représentent cependant que des cas limites; la relation médecin/malade est habituellement une relation d'échange qui incorpore des éléments des deux cultures.

b) Les facteurs intrinsèques

Ils concernent surtout la manière dont le soignant s'efforce d'atteindre ses objectifs. Dans ce contexte, des facteurs comme l'âge et le sexe respectif du soignant et du soigné prennent une grande importance car ils sont associés à des valeurs socio-culturelles comme le respect, le pouvoir, la subordination, etc...

α) Transfert et contre transfert

Dans une situation transculturelle, les mécanismes de transfert et du contre-transfert sont donc plus complexes. Le soigné projette sur le soignant ses propres stéréotypes concernant la culture de celui-ci; le soignant fera de même vis à vis du soigné. En outre, le soigné perçoit le soignant autochtone comme le représentant d'une majorité dominante; à l'inverse, le soignant verra chez l'immigré une victime un être à éduquer ou bien encore un simple profiteur; il abordera aussi la demande de son patient de façon différente selon ses motivations.

β) La demande d'assistance du patient

C'est le premier contact qui décide du degré de confiance qui s'établira entre soignant et soigné. Le style de l'entretien est déterminé par des règles qui appartiennent à chaque communauté; ainsi dans les sociétés méditerranéennes prédomineront les valeurs de respect et d'honneur, et les oppositions hommes/femmes et jeunes/vieux; d'autres facteurs auront une grande importance comme la manière de saluer, les formules de politesse, l'humour, etc...

3) L'entretien

Il présente trois aspects :

- * Son contenu
- * Son aspect formel : de quelle façon la demande est-telle présentée ?
- * La technique selon laquelle il est conduit.

a) En ce qui concerne le contenu, la question la plus importante est la suivante :

- Comment s'informer sans paraître sortir du sujet au yeux du patient, c'est-à-dire sans provoquer chez lui des réponses comme :

- "Pourquoi voulez vous savoir tout cela ?"

ou comme :

- "Ce médecin ne fait rien d'autre que parler"

ou encore :

- "S'il ne cesse de questionner, c'est qu'il ne sait pas"

b) L'aspect formel (comment la demande est-elle présentée?) est en relation étroite avec la culture et la langue. Il est démontré que le médecin porte un jugement différent sur son patient, selon que celui-ci parle dans sa propre langue ou dans sa langue maternelle : il est probable aussi qu'un patient qui expose son problème dans la langue du médecin ne le fait pas de la même façon que dans sa langue à lui de peur d'être mal compris, de faire mauvaise impression.

Mais il ne suffit pas de connaître la langue, il faut savoir aussi comment s'expriment les plaintes et comment il faut les comprendre lorsqu'elles prennent une forme symbolique (chaleur, froid, démon, etc...). On peut se demander aussi pourquoi dans certains cas le patient ne cesse d'insérer dans son discours des propos religieux ou bien sur le "sort", le bonheur, la vie, la mort, les enfants, la santé.

c) La technique aussi est importante, l'échange doit-il être ouvert ou fermé, directif ou non directif, autoritaire ou égalitaire... Nous préférons la technique non directive telle que nous l'avons développée, mais en insistant encore plus ici sur la nécessité d'un positionnement clair et énergique du médecin.

4) Médecin ou guérisseur ? Caractéristiques générales des thérapies occidentales et non occidentales.

Certaines tentatives ont permis d'identifier les caractéristiques communes suivantes :

* Une relation de confiance intense, émotionnelle entre le patient et le thérapeute.

* L'offre par le thérapeute d'une interprétation de la cause du problème de son patient qui s'inscrit dans les visions du monde de l'un et de l'autre (nous préférons pour notre part l'idée d'une interprétation du patient, aidée par le soignant et non d'une interprétation du soignant).

La ritualisation de cette offre importe plus que son contenu spécifique.

* La présentation par le thérapeute d'informations nouvelles en ce qui concerne le problème du patient, de telle sorte qu'il puisse l'envisager différemment.

* La mise en évidence des qualités du thérapeute et de son statut social permettant de renforcer les attentes de son patient.

* La possibilité donnée au patient de vivre des améliorations afin qu'il ait l'impression de maîtriser progressivement son problème et que ses relations avec l'entourage s'améliorent.

* Le recours au registre émotionnel pour introduire des changements dans l'attitude et la conduite du patient.

On remarque qu'il existe des analogies remarquables entre les techniques occidentales et non occidentales, des médications traditionnelles comme les bains par exemple seront à certaines conditions facilement remplacés par les médicaments, la kinésithérapie, les massages, la physiothérapie. On pourra également accorder plus d'attention à la famille et une communauté de vie plus large dans le soutien de son patient comme cela se fait dans la plupart des rituels traditionnels; nous rejoignons ici les LIENS avec le milieu familial que nous

développerons plus précisément dans le contexte traditionnel au chapitre VIII. L'action du médecin doit être signifiante pour lui et son patient; prenons par exemple un patient turc qui parle à son médecin selon les termes traditionnels, d'un déficit de chaleur de son corps. Si le médecin peut choisir entre des comprimés rouges et des blancs, il devra prescrire des rouges symboliquement porteurs de chaleur dans la culture du patient, plutôt que les blancs que le patient verrait comme froid et donc susceptibles d'aggraver son mal; à défaut de supprimer les difficultés d'une relation transculturelle, ce type de démarche ne peut que faciliter la mise au point des stratégies de soins.

2ème PARTIE : LES DEMARCHES SYMBOLIQUES

VII - LES SYMBOLES EN MEDECINE

INTRODUCTION :

"Je crois que le langage symbolique est la seule langue étrangère que chacun de nous devrait apprendre, sa connaissance nous rapproche des origines de la Sagesse" (E. Fromm).

* Nous avons étudié dans ce chapitre l'utilisation des symboles par le médecin et par le malade, en essayant de réhabiliter le langage symbolique qui fournit selon nous une clé fondamentale de la communication humaine. Beaucoup des démarches décrites pourront surprendre du fait de leur caractère inhabituel et de leur utilisation généralement réservée aux psychologues. L'impact des démarches symboliques sur un patient est suffisamment intense, comme nous le verrons, pour mettre en garde contre une utilisation "sauvage" : leur pratique suppose donc non seulement une formation du médecin généraliste à l'écoute et à la psychologie mais le plus souvent nous le pensons une démarche de développement personnel, et dans tous les cas suffisamment d'humilité pour réorienter le patient vers un psychothérapeute si la relation avec ce patient paraît sans issue. Ces démarches bien qu'elles touchent l'inconscient, ne constituent pas une psychanalyse.

Elles comportent le RISQUE D'UN CHANGEMENT pour le patient, parfois d'un bouleversement dans ses systèmes de référence. Aller à la rencontre de soi-même peut être douloureux et amener de nouveaux choix de vie professionnels, affectifs, amoureux. C'est de tout cela qu'il faudra PREVENIR le patient lors du CONTRAT INITIAL que nous avons déjà évoqué.

Par ailleurs, comme le note J. Salomé, toute recherche personnelle peut déboucher sur un changement social et culturel : "Le patient devient au sens profond du terme, un être planétaire".

* Un argument décisif nous a conduit à envisager les démarches symboliques dans le cadre de la médecine générale : Le médecin généraliste est "à la croisée des chemins", selon les mots de Balint : "Il est donc beaucoup mieux placé que le psychiatre et le psychanalyste pour répondre à une demande psychologique immédiate et pressante (bien que souvent cachée) et doit nous le pensons utiliser toutes les armes à sa disposition, selon ses compétences, et dans la pleine conscience de ses limites. Beaucoup de ces patients n'iront jamais faire la démarche d'une remise en question ailleurs qu'avec lui et cela pour différentes raisons : "je ne suis pas fou", "ça coûte très cher"... Pourtant, ils continuent de souffrir "dans leur coin" et de recevoir des ordonnances "à rallonge". Les patients qui accèdent habituellement aux démarches de changement personnel ont un niveau culturel, social et financier supérieur à la moyenne. Nous pensons que tout le monde devrait y avoir accès, car la souffrance psychologique n'est pas l'apanage des plus nantis.

* Avant d'aborder l'étude des symboles, nous allons tenter de recadrer l'ensemble de notre démarche dans les différents courants de la psychologie :

- Jusqu'à présent, il a été question essentiellement D'ECOUTE ACTIVE, basée sur les apports de la PSYCHOLOGIE HUMANISTE et en particulier sur les travaux de C. Rogers et J. Salomé. Pour ce courant psychologique, l'homme, sujet responsable de ses actes, doit être remis au centre de la psychologie (50 bis). Ce mouvement est né aux USA contre l'impérialisme de la psychanalyse et du comportementalisme qui ont tendance à référer la souffrance humaine à une théorie du comportement humain. La psychologie humaniste a donné naissance à de multiples pratiques thérapeutiques dont la Gestalt-thérapie, l'analyse transactionnelle et la bio-énergie.

Nous remarquerons que la tradition africaine rend également responsable la personne et sa famille du déclenchement et de l'entretien de ses troubles. Les africains jugent comme anonymes les causes que nous autres, occidentaux, supposons aux troubles mentaux (molécules, libido, etc...) (50 bis).

- A partir de ce chapitre, nous envisageons les démarches symboliques. Cet abord de l'inconscient nous amène à évoquer deux grands types de démarches thérapeutiques (selon J. Salomé).

1° Rendre l'inconscient plus conscient (c'est la psychanalyse)

2° Parler directement à l'inconscient en lui envoyant des messages.

Avec cette seconde démarche, nous rejoignons Erickson qui a pratiqué essentiellement la thérapie par l'hypnose, mais aussi J. Salomé qui converse avec l'inconscient à travers les démarches symboliques. Il s'agit ici de "laisser émerger la créativité de l'inconscient". Il n'est pas nécessaire dans ces démarches de parler aux patients de cet inconscient (surtout s'ils n'y croient pas).

Il s'agit de PARLER LEUR LANGAGE. Cette notion prend un relief tout particulier dans les méthodes de THERAPIE STRATEGIQUE, que nous avons esquissées à propos des travaux de Watzlawick, l'un des fondateurs de l'école de Palo-Alto en Californie. Il s'agit d'une véritable partie d'échecs avec le patient comme nous le verrons plus loin. Il s'agit de lui "insinuer l'opinion que son problème est rapidement soluble". En décourageant les tentations de dépendance, il suggère que le pouvoir thérapeutique est dans le patient et non pas dans le thérapeute : en réalisant un changement précis, fixé comme objectif, le patient verra ce changement se généraliser automatiquement à d'autres domaines de son existence (effet "boule de neige").

A - La logique du langage symbolique :

1) Définition du langage symbolique.

La langue symbolique est universelle : selon Jung, c'est une langue dans laquelle les expériences intimes, les sentiments ou les pensées sont exprimés comme s'ils étaient des expériences ou des événements du monde extérieur. Pour ce langage, la logique n'est pas la

logique conventionnelle qui régit le langage quotidien. Il obéit à une logique qui privilégie "non pas l'espace et le temps, mais l'intensité et l'association". C'est une langue identique à travers toutes les civilisations et toute l'histoire. Elle possède pour ainsi dire sa grammaire et sa syntaxe propre. Erich Fromm pense que le langage symbolique est l'unique langue étrangère que chacun de nous doit apprendre.

Selon Jung (35), un mot ou une image sont symboliques lorsqu'ils impliquent quelque chose de plus que leur sens évident et immédiat. Ce mot ou cette image ont un aspect inconscient plus vaste qui n'est jamais défini avec précision ni pleinement expliqué.

Selon J.J. Bachofen, le symbole fait naître le pressentiment, le langage courant lui ne peut qu'expliquer. "Le symbole fait vibrer à la fois toutes les cordes de l'esprit humain". Il réussit à coordonner un amas d'impressions hétéroclites.

a) La nature indéfinissable et vivante du symbole (17)

* L'histoire du symbole atteste que tout objet peut revêtir une valeur symbolique qu'il soit naturel (pierre, arbre, animal, etc...) ou qu'il soit abstrait (forme géométrique, nombre, idée, etc...).

* La perception du symbole exclut l'attitude de simple spectateur. Elle exige une participation d'acteur. Chacun y voit ce que sa puissance visuelle lui permet de percevoir. Faute de pénétration, rien de profond n'est perçu.

* Une autre propriété des symboles est leur interpénétration. Aucune cloison étanche ne les sépare. Il existe toujours une relation possible de l'un à l'autre.

* On ne peut jamais séparer les symboles de leur environnement.

Pour en saisir la valeur, il faut les placer dans le milieu global où ils "vivent".

b) Les différentes fonctions des symboles (17)

* Le symbole permet l'exploration de l'inconnu. Lorsque l'esprit entreprend l'exploration d'un symbole, il est amené à des idées qui se situent au delà de ce que la raison peut saisir.

* Il se substitue en guise de réponse à une question, à un conflit, à un désir qui demeure en suspens dans l'inconscient. cela est destiné à faire passer dans la conscience, sous une forme camouflée, certains contenus qui à cause de la censure ne peuvent y pénétrer :

* Il jette des ponts, réunit des éléments séparés : la nature et la culture, le réel et le rêve, la conscience et l'inconscient.

* Le symbole est unificateur. Grâce au symbole, l'homme ne se sent pas étranger dans l'Univers mais se situe dans un immense réseau de relations.

* Par conséquent, le symbole remplit une fonction pédagogique, et même THERAPEUTIQUE. Il fait sentir à l'enfant et à l'homme qu'ils ne sont pas des êtres isolés et perdus dans le vaste ensemble qui les entoure. Le symbole a une fonction socialisante. Il est universel car accessible à tout être humain sans passer par le truchement de langues parlées ou écrites. On peut donc admettre que celui qui pénètre le sens des symboles d'une personne ou d'un peuple connaît par le fond cette personne et ce peuple.

* Le symbole doit déclencher une RESONNANCE. Les mêmes images seront mortes ou vivantes selon les dispositions du spectateur, selon ses attitudes profondes, selon l'évolution sociale. "Pour l'hindou, pénétré de la pensée védique, la vache présente un tout autre intérêt spirituel que pour l'éleveur normand".

* Selon Jung, le symbole a une fonction transcendante. C'est-à-dire qu'il permet le passage d'une attitude à l'autre, de surmonter des oppositions.

* Le symbole est finalement un TRANSFORMATEUR d'énergie psychique. C'est comme s'il puisait dans un générateur de puissance quelque peu confus et anarchique, pour normaliser un courant et le rendre utilisable dans la conduite personnelle de la vie.

2) La logique de l'imaginaire et celle de la raison

* Le domaine de l'imaginaire n'est pas celui du désordre. Les créations les plus spontanées obéissent à certaines lois intérieures. Même si ces lois nous introduisent dans l'irrationnel, il est raisonnable d'essayer de les comprendre. Selon J. Piaget, il existe une cohérence de la pensée symbolique. Mais à trop analyser le symbole, on risque de faire évanouir toute unité logique. Analyser intellectuellement un symbole, dit P. Emmanuel, c'est peler un oignon pour trouver l'oignon. La pensée symbolique et la pensée rationnelle ont une tendance commune, le désir d'unifier la création et d'abolir la multiplicité.

* Nous citerons pour terminer l'acte de foi du manifeste du surréalisme d'André Breton : "Je crois à la résolution future de ces deux états en apparence si contradictoires que sont le rêve et la réalité en une sorte de réalité absolue, de surréalité si l'on peut dire".

B - Les symbolisations chez l'enfant

Nous avons déjà envisagé dans le premier chapitre la communication non verbale chez l'enfant.

Cela nous a introduit à la notion de langage symbolique, à travers les rituels, les somatisations, les jeux...

Nous allons approfondir ces notions et découvrir à quel point l'enfant est un champion de ce langage imaginaire. (74)

1) La distinction entre désirs et besoins; introduction au symbole chez l'enfant.

- L'enfant a de multiples besoins (de survie, de sécurité, de socialisation...).

Il appartient aux adultes de veiller à la satisfaction de ces besoins.

- "Les désirs se distinguent des besoins dans le sens où ils peuvent se parler et être satisfaits sur un mode imaginaire". L'enfant utilisera pour cela des symboles c'est-à-dire des jeux, des objets qui vont lui permettre de se relier au monde qui l'entoure. Cela le préservera de certaines situations vitales trop menaçantes.

"L'enfant, est d'une habileté inouïe pour énoncer de façon symbolique le non-dit de ses parents ou de son entourage. C'est un spécialiste imbattable des langages non verbaux, souvent reçus par l'entourage comme des "comportements gênants ou inquiétants, qu'il faut donc réduire" (74) - J. Salomé.

Et ainsi que le souligne Groddeck : "L'adulte s'efforce péniblement d'accéder à une compréhension du monde symbolique. L'enfant, lui, dispose immédiatement de cette compréhension, comme le poète. Pour l'adulte le robinet est un robinet. Pour l'enfant, c'est peut-être un être qui fait pipi" (29 bis).

2) Comment l'enfant prend conscience de son identité.

Un enfant passe par des conflits nécessaires pendant les premières années de sa vie : ce sont des conflits d'identification et non des conflits avec le réel; le monde extérieur est ressenti tour à tour comme bienveillant ou comme hostile, mais ce n'est qu'une situation imaginaire qui doit peu à peu se symboliser : La relation imaginaire à l'autre est dominée par l'identification à l'image de l'autre. L'élément symbolique intervient comme un tiers pour rompre une relation imaginaire sans issue. Cet élément tiers, l'enfant le rencontre à la naissance : Il entre dans un monde où règne l'ordre de la culture, de la loi et du langage, un ordre symbolique (48 bis).

3) Le jeu symbolique.

Ainsi que le note Jacques Salomé, "il s'agira parfois pour l'adulte d'accepter la violence de ces représentations symboliques, les démolitions, les éventrations, le sadisme et la brutalité avec lesquels les enfants peuvent manifester leur vision des relations".

4) Le dessin.

"les enfants non seulement représentent le monde mais y accèdent par le dessin. C'est un langage puissant reliant ce qui est à l'extérieur et à l'intérieur d'eux-mêmes.

Françoise Dolto (23) considère qu'un enfant qui dessine, dessine toujours son portrait. Elle demandait toujours aux enfants : "où serais-tu si tu étais dans le dessin". Et elle souligne : "à partir du moment où l'enfant se situe dans un lieu il entre en échange avec quelqu'un : c'est cela faire parler un dessin et non pas commenter son contenu, ne pas essayer d'expliquer...".

Un exemple frappant de cette image du corps par le dessin nous est fourni par une expérience faite dans un service de chirurgie du coeur : Les dessins des enfants montraient tous une grande représentation du monde végétal avec beaucoup de finesse dans la figuration des branches d'arbres. Or ces enfants ne s'étaient pas consultés. Et le seul dessin très différent avait été produit par un petit garçon placé en chirurgie cardiaque faute de place mais qui souffrait d'une toute autre affection : une torsion des testicules !

5) Le questionnement.

Les questions des enfants ne demandent pas toutes une information. Certaines comme le souligne J. Salomé, peuvent être un langage indirect, avec deux fonctions principales :

1° L'enfant se sert d'une question pour à la fois montrer et cacher son sentiment : au lieu de dire "j'ai peur le soir dans mon lit", il demandera : "les sorcières, elles entrent même si la fenêtre est fermée ?"

2° Il pourra aussi tenter d'aborder les grandes questions existentielles qui l'habitent :
"Pourquoi t'as des seins puisque t'as pas d'enfants ?"

Il est important pour un adulte de ne pas traiter les questions d'un enfant dans leur seule fonction d'information. Il faut pour cela prendre le temps d'entrer en relation avec lui (74).

6) Les rêves.

Il ne s'agit pas pour le médecin généraliste de les analyser, mais de les écouter, en permettant à l'enfant d'en dire plus.

7) Les actes de filiation

On retrouve ici les somatisations que peut faire un enfant qui se sent écarté de sa famille, lors de messages de ce type :

"Oh celui là, on se demande d'où il vient".

Il est ainsi étonnant de constater parfois que des enfants reproduisent au même âge les mêmes symptômes que leurs parents.

"Elle a eu le même eczéma que moi à son âge... le mien à disparu à 9 ans comme le sien !"
!" (74).

8) Les contes et les histoires

a) Le conte permet d'éduquer et... de guérir

Comme le souligne Bruno Bettelheim (12 bis) pour qu'une histoire accroche vraiment l'attention d'un enfant il faut qu'elle le divertisse et qu'elle éveille sa curiosité. Mais pour enrichir sa vie il faut en outre qu'elle stimule son imagination; elle doit en un seul et même temps se mettre d'accord avec tous les aspects de sa personnalité en reconnaissant pleinement la "gravité" de la situation de l'enfant; le conte de fée est le mieux placé pour répondre à ces exigences.

Les contes de fées ont pour caractéristique de poser des problèmes existentiels en termes brefs et précis; les personnages sont nettement dessinés et les détails, à moins qu'ils ne soient très importants, sont laissés de côté.

Contrairement à ce qui se passe dans la plupart des histoires modernes, le mal est aussi répendu que la vertu (le dragon, la sorcière...) les personnages ne sont pas ambivalents : ils ne sont pas à la fois bons et méchants, comme nous le sommes tous dans la réalité. Chaque personnage est entièrement bon ou entièrement méchant.

Ce contraste permet à l'enfant de comprendre facilement les différences.

Le conte de fée aborde directement les angoisses et problèmes de l'existence : le besoin d'être aimé, la peur de la mort, l'amour de la vie... Il présente des solutions que l'enfant peut saisir selon son niveau de compréhension;

Les expériences et réactions du jeune enfant sont pour la plupart inconscientes et elles doivent le rester jusqu'à ce qu'il puisse comprendre de lui-même. Le fait d'expliquer à l'enfant les raisons pour lesquelles un conte l'intéresse détruit le pouvoir d'enchantement de l'histoire.

Cela est vrai pour les parents qui lisent le conte. Nous verrons que cela est vrai aussi pour le médecin qui, lui, pourra inventer des contes dans une relation d'aide.

Dans le mythe, contrairement au conte, le héros est présenté à l'auditeur comme un personnage qu'il doit s'efforcer d'imiter toute sa vie. Le divin y est présent et se trouve incarné dans des héros surhumains qui accablent constamment les mortels de leurs exigences.

Dans le conte de fées au contraire l'auditeur n'est soumis à aucune exigence. Cela évite au tout jeune enfant de se sentir obligé d'agir d'une façon particulière, et il n'est jamais amené à éprouver un sentiment d'infériorité.

Pour toutes ces raisons, Lewis Carroll a nommé le conte de fée "un cadeau d'amour" destiné à l'enfant. C'est peut-être le meilleur des critères pour reconnaître un vrai conte.

Notons enfin l'importance de raconter l'histoire : Selon Bettelheim, l'enfant peut être sûr ainsi de se venger des menaces que fait peser sur lui la domination des adultes : les contes de fée rassurent en effet les enfants en leur montrant que, finalement, ils peuvent être plus forts que les géants.

b) Le conte, support symbolique d'une proposition thérapeutique en médecine générale.

α) Il peut être écrit et raconté par le médecin à un enfant.

Ce conte a été écrit par J. Salomé pour une petite fille habitée par des peurs, "qui fait pipi au lit" et qui présente des crises de palpitations depuis le jour où le médecin lui a donné des gouttes "pour faire taire son pipi au lit" (74).

Il était une fois

Une très jolie petite rivière qui serpentait dans les prés et qui semblait se réjouir de couler paisiblement.

Mais à y regarder de plus près, elle n'avait pas beaucoup d'eau et n'allait pas très vite. Elle semblait hésitante.

Et lorsqu'on s'approchait encore un peu plus on distinguait dans le fond de gros tourbillons noirs très inquiétants.

Quand la rivière recontrait un obstacle : une pierre, une branche ou un trou, un creux entre les pierres, ses tourbillons étaient si forts qu'ils faisaient de grosses vagues cognant ses flancs, elles se fracassaient sur la rive et faisaient très mal à ses gouttes d'eau qui avaient très peur.

Cette petite rivière là coulait ainsi avec beaucoup de peine. Une peine qu'elle seule connaissait car ses gros tourbillons noirs étaient cachés tout au fond du lit et personne, ne pouvait les voir.

Parfois, c'était si difficile, si douloureux pour la petite rivière, que, au plus noir de la nuit, elle se laissait déborder. Elle inondait les près voisins, il lui semblait alors que l'herbe fraîche et la terre l'accueillaient. Là les gros tourbillons inquiétants s'apaisaient, s'évaporaient et elle se laissait recevoir, absorber, boire tendrement par la bonne terre chaude et humide dans laquelle elle se blotissait. Les jardins qui la bordaient étaient tout inondés et les jardiniers étaient bien embêtés.

Ils ont bien essayé plusieurs remèdes : ils ont tenté de corriger son cours, ont même refait complètement le lit de la rivière à un endroit où l'eau reflue, ils ont tenté de mettre des digues mais... rien n'y fit ! Plus on empêchait la rivière de déborder, plus ses tourbillons cognaient contre ses rives et plus la rivière avait mal à ses gouttes d'eau.

Oh ! comme elle aurait bien aimé retourner à sa source, remonter le courant, se retrouver là haut, sur la montagne, tout près du soleil, là où elle sortait de terre, toute fraîche et vivante ! Oh ! ces tourbillons ! Peut-être y a-t'il une vilaine pierre, là haut, toute laide et grosse qui gêne le jaillissement de sa source ? Ou peut être un gros trou béant ? Et qu'est-ce donc qui pourrait se cacher dans le fond de ce trou ? Oh, ces tourbillons, comme ils lui font mal !

Un jour, la petite rivière vint lécher les racines d'un vieux saule pleureur qui aimait laisser le courant lui caresser les feuilles. Il avait de grosses racines séparées par une pierre. Son tronc tout contourné était blessé d'un trou dont on ne voyait pas le fond ténébreux.

Un gros tourbillon noir du fond de la rivière vint se loger entre les nœuds des racines dans un petit creux soudain paisible où l'eau pouvait enfin se reposer.

- "Oh Saule, quel calme, tout à coup, entre tes racines !"

- "Tu me sembles bien apeurée, petite rivière ! comme tes tourbillons sont noirs, comme tu cognes fort contre tes flancs!"

- "oui, Saule... ça me fait du bien de me reposer un peu - permets moi de rester là avec toi. J'ai un peu envie de pleurer.

(oui, c'était un saule pleureur - pas un saule qui pleure bien sûr : aujourd'hui il ne pleure plus, mais un saule qui permet de pleurer, un saule qui écoute et garde tous les secrets dans le grand trou de son tronc contourné.)

Alors la petite rivière lui a raconté tous ses secrets : ses gros tourbillons noirs, ses débordements, ses vraies questions au sujet de la source. Le saule pleureur a longtemps longtemps écouté, et comme ça lui faisait du bien, à la petite rivière !

Elle avait déjà beaucoup moins envie de déborder dans les près voisins mais sa source l'inquiétait toujours.

- "comment pourrais-je faire, Saule, pour remonter à ma source ? A-t'on jamais vu une rivière remonter son courant ?"

- "Bien sûr, petite rivière, tu ne peux pas remonter le courant. Mais là, dans le calme, protégée entre mes racines, dans ce petit creux où tes tourbillons s'apaisent, regarde comme l'eau est devenue limpide. Les petites gouttes d'eau enfin se donnent un peu de temps. Ça

parle, tu sais, les gouttes d'eau et je vais te dire un très grand secret : chaque goutte d'eau - chaque goutte d'eau, entends-tu, a gardé la mémoire de la source.

Demande à chacune d'entre elles : il y en aura bien 1 ou 10 ou 100 qui auront rencontré ce trou béant dont tu as peur, peut être certaines en auront-elles visité le fond, peut être y a-t'il plusieurs trous. Peut être certaines se seront-elles heurtées à la grosse pierre laide et grosse ?

C'est la petite rivière qui a été bien étonnée : elle n'y avait jamais pensé. Alors, tranquillement, sans se presser, très soigneusement, à l'abri des grosses racines du saule pleureur, elle a interrogé chaque goutte d'eau.

- "Bonjour, goutte d'eau, bonjour ! raconte moi ma source", disait-elle et les gouttes répondaient.

- "Oui - oui : nous avons gardé la mémoire de la source... et elles racontaient, dans leur langage de goutte d'eau que seules les rivières peuvent entendre. Alors bien sûr, moi, je ne peux pas te raconter : c'est son secret de petite rivière !

Tout ce que je sais, c'est que le cours de la petite rivière a changé : Oh ! elle tourbillonne toujours, mais ça l'amuse : elle saute sur les cailloux, elle gicle en jaillissement de gouttelettes qui font des arcs en ciel dans la lumière, elle fait tourner en riant les petits moulins du jardinier, elle donne son eau en abondance pour faire fleurir les jardins, elle chante sur les pierres ou rugit en sautant les rochers. Elle s'amuse à virevolter dans les trous, elle se raconte des tas d'histoires avec les libellules.

Elle devient forte - elle grandit.

Elle voudrait bien rencontrer d'autres rivières et l'envie lui vient de devenir fleuve, de visiter le monde, de donner son eau à boire et d'accueillir dans ses eaux fraîches une multitude de petits poissons colorés vifs et rieurs qui glisseront entre ses gouttes avec ravissement et un jour, un jour... elle rejoindra la mer...

β) Le conte peut aussi être donné aux parents pour leur enfant.

C'est ce que nous montre cette observation du Docteur F. Rodary.

Ainsi, Madame R. vient consulter pour des troubles somatiques divers. Le travail d'écoute en vient rapidement aux difficultés relationnelles familiales. C'est elle, Madame R. qui est en consultation. Mais elle me dit combien elle est débordée, impuissante, devant la jalousie de sa fille envers le petit frère. Il semblerait que Madame R. ait perçu la déception de sa fille : elle attendait un frère avec qui elle puisse jouer, avoir une relation égalitaire. Mais il tarde à grandir, il est lent à se développer. Comment inviter Madame R. à confirmer à sa fille de 8 ans, ce qu'elle a perçu dans son comportement. Ce n'est pas simple. Me vient alors une idée.

Je propose alors à Madame R. de raconter une histoire à sa fille, cette histoire je l'ai inventée au cours de la consultation et je l'ai donnée, pour sa fille.

Il était une fois, dans un jardin de rêve
un petit coin de rêve où le jardinier avait planté une très grande fleur de rêve
aux pétales argentés et aux grandes feuilles luisantes.

Mais dans le jardin de vrai
a poussé une fleur de vrai
une toute petite fleur fragile
aux pétales blancs
et aux petites feuilles finement dentelées.

La jardinière était bien désespérée ! elle ne savait que faire de cette fleur de vrai qui ne ressemblait pas du tout à la fleur de rêve.

Un jour, pourtant, la jardinière a commencé à décider que la fleur de vrai avait tout de même de bien jolies couleurs.

Elle était différente mais elle sentait si bon
elle poussait lentement mais sa beauté était délicate
et de ce jour, la jardinière était très contente de regarder la très belle petite fleur de vrai et s'amusait à respirer son parfum.

La semaine suivante, Madame R. me disait : "vous savez, ça lui a plu l'histoire. Elle m'a demandé de la relire deux fois. Et ce qui est fabuleux, c'est qu'elle m'a parlé de son petit frère. Elle m'a dit : "tu sais, il est petit ! mais j'aime bien être avec lui!" C'est extraordinaire ! me dit cette femme."

c) Le conte dans la médecine hindoue traditionnelle

Un exemple de cette application thérapeutique du conte dans une autre civilisation nous est fourni par Françoise Dolto.

"On soumettait à la méditation des personnes psychologiquement désorientées un conte de fée qui mettait en scène son problème particulier. Ce que lui suggérait le conte permettait au malade non seulement de sortir de sa détresse mais également de se découvrir lui-même, comme le faisait le héros de l'histoire.

Mais ce qui est capital, c'est que le **patient trouvait ses propres solutions** en méditant ce que l'histoire donnait à entendre sur lui-même .

La matière du conte n'avait en général rien à voir avec la vie apparente du malade mais elle était étroitement liée à ses problèmes internes : les contes de fée ont pour but non pas de fournir des informations utiles sur le monde extérieur mais de rendre compte des processus internes à l'œuvre dans un individu".

9) Les objets

Parfois les enfants se "raccrochent" à de simples objets, qui n'ont pour autre fonction que de rappeler la présence d'un être qui leur est cher :

F. Dolto décrit ainsi le cas d'un nourrisson séparé précocément de sa mère qui devait subir une opération, et qui refusait de manger : le simple fait d'entourer le biberon avec un linge de la mère lui fit retrouver l'appétit (22).

C- LA MALADIE EST-ELLE UN LANGAGE SYMBOLIQUE ?

1) L'approche psychosomatique

a) Définition

Alors que la psychologie médicale ne se préoccupe pas en premier lieu de l'origine des affections dont un malade souffre et qu'elle cherche à améliorer la relation médecin-malade, ce qu'on appelle la médecine psychosomatique étudie avant tout les facteurs psychosociaux qui joueraient un rôle dans de nombreuses maladies somatiques.

b) Une formulation négative du médecin.

* *"vous n'avez rien" ou le diagnostic des troubles fonctionnels. (15)*

La plupart des diagnostics somatiques ou même psychiatriques portés par le médecin sont communiqués aux patients d'une façon positive. Par contre, dans le cas de troubles fonctionnels, le diagnostic est communiqué aux patients sous la forme négative : "Vous n'avez rien". Le patient fonctionnel se présente avec des plaintes, des malaises, décrits comme survenant dans le corps et pour lesquels le médecin ne trouve aucune lésion. Les troubles fonctionnels se situent à tout point de vue entre l'hystérie de conversion* et les affections dites classiquement psychosomatiques (par exemple asthme, ulcère, etc...)

c) le comportement du médecin dans les différents cas. (15)

α) Les affections dites psychosomatiques.

Ici un trouble somatique lésionnel voit envisager parmi ses facteurs étiologiques des causes multiples. Mais le médecin se trouve néanmoins en présence d'une maladie à expression somatique comme les autres maladies. Il peut l'objectiver, pratiquer des examens complémentaires et pratiquer un traitement médical traditionnel, qui peut ou non s'accompagner d'une prise en charge psychologique. L'attitude du médecin peut se résumer comme suit : "vous avez quelque chose, une maladie physique dont je vais m'occuper". Et certains ajoutent : "et des difficultés émotionnelles dont je vais ou ne vais pas m'occuper".

β) L'hystérie de conversion.

Ici aussi le médecin se trouve en présence d'une maladie cette fois psychiatrique. Suivant les facteurs occasionnels liés à la relation qu'il a avec le patient, à la relation qu'il a avec les psychiatres (Etc...), le médecin conclura avec des variantes à peu près ceci : "vous avez quelque chose de psychique". Le plus souvent, dans ce cas, il proposera une consultation avec un psychiatre. Parfois, si la chose lui paraît banale ou assez légère, il se fera plus rassurant et avancera un "vous n'avez rien" très parternel et bienveillant. Comme on le voit, la frontière est ici moins nette et ceci du fait du médecin. On se trouve en face d'un certain malaise face à la "chose" psychique qui rend les attitudes beaucoup plus variables et

plus individuelles.



γ) Les troubles fonctionnels.

Ici le médecin est "entraîné" à jouer son rôle habituel de médecin, c'est-à-dire à pratiquer une anamnèse, un examen, comme devant toute affection somatique. En effet, le patient l'exige, et le tableau clinique est parfois ambigu. Le médecin commence donc par exprimer : "vous avez peut être quelques chose de physique". Mais, assez rapidement, on se trouve devant l'évidence : il n'y a rien de physique. Et c'est alors le malentendu : le médecin déclare "vous n'avez rien". Malentendu, parce qu'au fond de lui même chacun des deux partenaires médecin et malade, sait bien qu'il y a quelque chose et même quelque chose de psychique. Il s'agit donc de part et d'autre d'une négation.

γ1) Le malade d'abord sait très bien qu'il a quelque chose qui ne va pas. Il est convaincu que ce qui ne va pas, c'est dans son corps. Il lui est absolument impossible d'accepter ce "vous n'avez rien" du médecin. Suivant les cas :

- Il va accuser le médecin de le traiter comme un malade imaginaire, de le prendre pour un fou ou un simulateur. Ce qui sera sa façon à lui de dire qu'il a compris que le médecin avait compris que c'était psychique. Mais il ne peut qu'être troublé de voir que le médecin n'ose pas le dire, et il ne peut comprendre cela que comme une confirmation qu'il est bien inacceptable pour le médecin comme pour lui même, de considérer que c'est psychique.

- Ou bien il persistera dans son attitude et soit insistera auprès de son médecin pour prolonger l'investigation, ou bien il ira voir un autre médecin.

γ2) Et du côté du médecin ? L'expression même "vous n'avez rien" intervient comme un jugement définitif et semble trahir la toute puissance du savoir médical. Les différentes attitudes souhaitables du médecin ont été analysées. (comment passer de "vous n'avez rien qui m'intéresse" à "ce qui m'intéresse c'est que vous n'avez rien": chap III p.69)

d) Les trois types de maladies classiquement décrits (78).

1° des maladies entités. Il s'agit la plupart du temps d'affections lésionnelles ou d'affections fonctionnelles bien définies avec des troubles importants. On accorde peu d'importance aux facteurs psychosociaux.

2° Des maladies somatiques dites fonctionnelles*. Elles se manifestent avant tout par des modifications de certaines fonctions (tachycardie, vasocontractions, etc...). Ici, les facteurs psychosociaux interviennent très souvent. Mais ce qui est important, c'est que l'homme atteint réagit à la maladie par des mécanismes de défense ou d'adaptation psychologique et peut ainsi en modifier le cours. Ainsi l'opinion courante qui dit que l'on veut guérir ou que l'on se laisse aller à la mort a une valeur réelle. On se trouve alors dans un circuit secondaire qui est la réaction à la maladie entrant aussi dans le cadre très élargi de la médecine psychosomatique. Le processus se complique encore avec le gain secondaire psychologique et éventuellement économique que peut donner toute infirmité. Le gain psychologique peut permettre une régression d'où une augmentation des soins donnés par l'entourage. Nous noterons que deux

mécanismes de défense caractérisent les affections classiquement décrites comme psychosomatiques.

- La déviation de la souffrance du psychisme vers le corps.

- L'isolation entre le symptôme physique et son contexte psychologique : le patient est complètement aveugle et nie ce qui paraît être l'évidence même. La conséquence thérapeutique, c'est la nécessité pour le médecin généraliste de prendre beaucoup de temps et de faire preuve de beaucoup de tact. Mais nous pensons que cette attitude doit prévaloir envers tout malade quelque soit sa maladie.

3° Les maladies psychiques. Ici, les éléments perturbateurs provoquent des réactions d'ordre psychique, lorsque ces troubles se fixent et se figent ils aboutissent à des états d'invalidité permettant une adaptation à l'abri de conflits trop insupportables.

* La notion de conflit. Un être humain peut être exposé à des conflits extérieurs (conflits familiaux, etc...) mais aussi à des conflits intrapsychiques. Si l'on prend l'exemple d'un conflit intérieur, il existe plusieurs issues possibles.

- 1° Le conflit est résolu et provoquera tout au plus une insomnie passagère.

- 2° Le sujet réagit par une maladie somatique : des troubles digestifs, un eczéma, etc...

- 3° Le sujet réagit au niveau psychique par de l'angoisse, un état dépressif,

éventuellement une tentative de suicide, etc..

- 4° Enfin ce conflit peut aboutir à une névrose en réveillant des conflits intrapsychiques.

e) Différence classique entre médecine somatique et médecine psychosomatique (78).

α) La médecine somatique est fondée sur le **principe de causalité**.

Le phénomène A, appelé cause, entraîne d'une manière certaine et reproductible expérimentalement le phénomène B qui en est l'effet. Ainsi, le bacille typhique, la cause A, provoque la fièvre typhoïde, la maladie, l'effet B.

β) La médecine psychosomatique s'inscrit en filigrane dans la perspective des sciences humaines où les rapports de pure causalité sont rares. On constate beaucoup plus souvent des rapports dits de **déterminisme**. Ici, le lien qui existe entre la cause et l'effet n'est pas certain mais probable dans le sens de la probabilité statistique. dans l'exemple d'une chute à skis, on peut faire intervenir un facteur de déterminisme en montrant que c'est la fatigue qui a entraîné cette chute, donc la fracture. On ne pourra pas reproduire expérimentalement cet élément. Du point de vue des sciences humaines, on peut se demander pourquoi le sujet est fatigué. Il peut être fatigué parce qu'il a trop skié : c'est une fatigue physique pure. Ou parce qu'il a dans son existence professionnelle manifesté constamment une suractivité due à son besoin constant de dominer une angoisse et d'entrer en compétition avec les autres. Il peut aussi être fatigué parce qu'il est trop actif en raison de sa fuite devant les véritables responsabilités, ce qui lui fait choisir une série d'occupations meublant son temps. Enfin, la fatigue peut être la conséquence d'une période d'insomnie, due à des conflits

affectifs qu'il a voulu résoudre en skiant et en montrant sa puissance de cette manière. Ces phénomènes psychologiques sont rarement perçus par le sujet, ce qui en complique la reconnaissance, ces phénomènes ne peuvent d'habitude être compris que dans un système de relation avec autrui. Ils ne peuvent pas être reproduits expérimentalement. Il est impossible de les étudier selon les lois de la probabilité statistique (78). En conclusion, la cause immédiate d'une fracture de jambe (chûte à skis) ou d'une fièvre typhoïde (le contact avec le bacille typhique) est évidente. Et pour de nombreuses maladies, le médecin se contentera d'élucider la cause pour traiter son patient de manière efficace. Nous pensons que c'est effectivement la première démarche à faire dans l'urgence (méningite, typhoïde, etc...) mais si le patient le souhaite, il faut l'aider à comprendre dans un deuxième temps le sens profond de sa maladie (c'est bien ce malade qui est parti en Tunisie ou au Maroc et qui a attrapé le bacille typhoïde, c'est bien lui et non un autre). Pour prendre un autre exemple, il existe chaque année des épidémies de grippe, mais tout le monde n'attrape pas la grippe même au contact du virus, beaucoup des patients atteints parleront de leur fatigue, et beaucoup ne souhaiteront parler de rien d'autre, même si le médecin est prêt à les écouter. Mais certains patients s'interrogeront et auront envie de "profiter" de leur maladie pour "aller plus loin" et parler d'eux-mêmes. C'est pourquoi nous pensons que les limites entre la médecine somatique et la médecine psychosomatique sont artificielles et nuisibles. Le vrai débat n'est pas de savoir si certaines maladies sont purement somatiques, mais si l'on est prêt à écouter son patient quelque soit la nature ou la gravité de ses symptômes.

f) Origines historiques (29 bis).

Le mouvement psychosomatique s'inscrit dans l'histoire de la médecine comme un retour assez traditionnel à la conception d'Hippocrate sur la maladie et l'homme malade . Groddeck (29 bis) a le premier affirmé que la maladie organique indépendamment de tout facteur physique externe (bacille, poison, choc, etc...) comporte aussi un sens psychique interne, un sens qui peut être interprété. La maladie pour Groddeck devient ainsi un langage qui comme tout langage demande à être compris. Nous noterons ces propos concernant un enfant constipé : "il faut l'interroger. Que veux-tu dire par ta constipation ? Il répondra par des symboles, des attitudes, des actions ou des omissions. Mais il répondra toujours".

g) Le domaine de la médecine psychosomatique

La tendance psychosomatique englobe toute la médecine puisqu'il s'agit en fait de l'introduction de la méthodologie des sciences humaines dans le secteur de l'étiologie des affections physiques. Mais en pratique, une grande partie de la médecine n'utilise pas les données psychosomatiques. Pierre B. Schneider note que le spectre des maladies psychosomatiques s'élargit au fur et à mesure que le médecin s'intéresse à cette approche. Autrement dit, il devient capable de comprendre un certain nombre de patients qui étaient étiquetés jusqu'alors faussement dans un secteur purement somatique de la médecine. C'est donc le médecin qui par son intérêt de la connaissance psychologique de ses patients fait

qu'une maladie devient psychosomatique ou reste purement somatique. A ce niveau, la médecine psychosomatique appartient directement à la psychologie médicale puisqu'il faut tenir compte de la relation médecin-malade et des facteurs qui dépendent du médecin et non plus simplement de décrire un objet extérieur au médecin. Ainsi, Tzanck affirme qu'il n'y a de véritable médecine générale que psychosomatique (78). Alexander (78 a) rappelle toutefois que le terme psychosomatique ne doit être employé que pour qualifier une méthode d'approche et que la maladie psychosomatique est polyfactorielle : ainsi l'asthme pourra naître d'un conflit psychologique dans un contexte génétique et allergologique (par exemple allergie au pollen).

2) Les quatre origines aux somatisations.

Nous allons maintenant étudier de façon plus précise comment s'opère la somatisation chez un individu. Jacques Salomé définit ainsi quatre origines aux somatisations (72) :

- 1° A partir d'un conflit intra-personnel
- 2° A partir d'un deuil ou d'une séparation
- 3° A partir d'une situation inachevée
- 4° A partir d'un message reçu dans l'enfance.

En effet, les somatisations révèlent non seulement la vie intime des individus, mais aussi celle du couple et de la famille.

a) La somatisation à partir d'un conflit intra-personnel : "Ces conflits sont innombrables. Ils peuvent avoir pour origine un décalage entre une intention et l'acte posé, entre un désir et une peur, entre ce que nous ressentons et ce que nous exprimons".

"Pour recevoir de l'amour ou être reconnus, les enfants croient souvent qu'ils doivent "produire" les sentiments que l'adulte attend d'eux, et que pourtant ils n'éprouvent pas toujours".

Ainsi les maux de ventre, les migraines...traduiront ce conflit :

"Quand grand-père a commencé à m'inviter dans sa chambre et à se masturber devant moi, j'étais très gêné pour lui. Et j'avais très peur que Papa le dispute. Je n'ai jamais rien dit. Mais je crois que mon eczéma a commencé à ce moment là..."

b) Les pertes et les séparations. "Si un enfant perd brutalement un être très cher (même un animal !) et qu'il n'a pu en parler il restera en lui un manque. D'où l'importance des rituels de deuil".

Une mise en mots peut être proposée par les parents ou... le médecin : "Oui, tu as eu du chagrin pour la mort de ton lapin. Et surtout, tu n'as pas eu le temps de lui dire adieu et que tu l'aimais...". (74).

On remarquera que les enfants font souvent spontanément ce deuil : "si leur poisson rouge est mort ils transforment une boîte d'allumettes en cercueil avec une petite croix". Nous verrons plus loin que le médecin peut inviter à ces démarche l'enfant... et l'adulte.

c) Les situations inachevées. "Beaucoup de situations relationnelles sont vécues comme inachevées, incomplètes, ce sont autant de "blessures" laissées dans notre corps." (74)

Ainsi, cette jeune femme de 42 ans (J. Salomé) a développé un fibrome qu'elle rattachera des années plus tard à la "blessure" d'avoir perdu un enfant et de n'avoir jamais parlé de sa souffrance à personne.

La naissance est aussi parfois une situation inachevée.

Mais écoutons plutôt cette mère, vue par J. Salomé en stage de formation, elle parle de son fils :

"Il est constipé depuis que j'ai arrêté l'allaitement au sein. Dans un stage, j'ai pu parler de ce qui est arrivé à la naissance de Paul : les contractions se passaient bien puis à un moment donné j'ai eu peur de lâcher mes selles. Tout s'est bloqué : le médecin a utilisé le forceps. Je m'en suis beaucoup voulue. Après ce stage j'ai parlé à Paul de tout cela. Il m'a dit : "tu as eu peur de faire caca avec moi dedans". Je me suis mise à pleurer, c'était exactement cela. Depuis il n'est plus constipé, et moi non plus".

d) Les messages relationnels

C'est ce qui s'inscrit dans notre mémoire au delà des mots et du contenu : "Les enfants comme les ex-enfants que nous sommes devenus sont souvent les réparateurs des blessures cachées de leurs parents : tout se passe comme si nous devions incarner dans notre corps les blessures de nos géniteurs" *dit J. Salomé*

α) Les messages que nous recevons :

α1) Les messages de confirmation, messages positifs que nous avons reçus dans l'enfance, et qui donnent confiance dans la vie.

"Les professionnels de la petite enfance ont ce pouvoir fabuleux de confirmer (reconnaître ou valoriser) tel ou tel aspect de la vie d'un enfant en recadrant la situation, par exemple en visualisant une situation ancienne" (74).

α2) Les messages de négation à l'inverse sont des messages qui donnent à l'enfant le sentiment de ne pas être reconnu.

α3) Les messages d'interdiction ou injonctions.

"Un homme ça ne ^{se} séduit pas..."

"Ce genre de message est souvent annonciateur d'un manque que l'enfant essaiera de combler une partie de sa vie".

α4) Les messages de menace.

"Méfie toi des hommes, ils ne pensent qu'à ça..."

α5) Les messages de fidélité.

Nous noterons l'exemple de ce garçon qui a reçu un jour l'injonction suivante : "il ne faut pas laisser les autres s'approcher de trop près". Il dira plus tard : "Je suis devenu énorme, m'entourant de kilos comme pour mettre une distance entre moi et les autres. Tous les régimes

furent inefficaces. Un jour j'ai entendu cette parole de ma mère, alors qu'elle était morte depuis longtemps. J'ai entendu enfin ce que ce message représentait : Mon poids est redevenu normal, sans régime" (74).

β) Les messages que nous nous donnons.

Parfois c'est l'enfant qui se donne lui-même le message, pour survivre, affronter une situation qui serait autrement épouvantable : "mon père était médecin, il courait après moi dans la maison avec une piquete à la main. Je m'étais dit : "jamais je ne me marierai puisqu'il faut une prise de sang..." Cette femme garde un souvenir effrayant de son enfance et continue à vivre avec les injonctions qu'elle se donne.

γ) Application en médecine générale : ou "comment la mise en mots supprime la mise en "maux".

Beaucoup de médecins ont remarqué que toutes les maladies acquises, qu'elles soient fonctionnelles, microbiennes, virales ou lésionnelles arrivent à un moment difficile dans l'histoire de l'individu (25). Le patient, plutôt que d'affronter une situation difficile pour lui tombe malade. L'observation des malades montre qu'une épreuve vécue pleinement peut être intégrée et dépassée (ce qui explique que des personnes ayant eu des existences difficiles soient en parfaite santé), alors qu'une épreuve dont on n'a pu évaluer les émotions constitue comme une "fracture de l'âme" avec laquelle, plus tard, certains événements viendront entrer en résonance. Et lorsque cette résonance se produit, soit l'individu revit ses émotions anciennes, refoulées qui remontent à la surface (crise de larmes, etc...) soit, profondément déstabilisé par les émotions trop puissantes qui l'envahissent, il tente à nouveau de les réprimer mais les exprime sous forme d'une maladie. Il apparaît ainsi que le corps possède un langage et qu'à travers tous les désordres qu'il affiche, il parle de la vie émotionnelle profonde de l'individu. Si le patient livre son corps comme une machine détraquée en chargeant de médecin de la réparer sans accepter de coopérer, l'accès au sens de ce langage symbolique est impossible. Ainsi, sans l'aide du malade, le médecin ne peut rien. Le but des différents entretiens sera donc de faire évoquer au malade les conflits intérieurs jusqu'à ce qu'il éprouve les émotions que ces conflits avaient fait naître en lui, de façon à les revivre, faisant ainsi disparaître les symptômes. De nombreux cas cliniques viendront illustrer ces propos. Dans cette démarche qui consiste à écouter, l'écueil à éviter sera la confusion entre la cause et le sens : " Nous avons trop tendance à rechercher la cause, c'est-à-dire l'explication. Nous remplaçons trop facilement la compréhension par l'explication, qui est une recherche de savoir, de contrôle, de maîtrise" (72).

L'accès au sens symbolique de la maladie sera facilité par une écoute très attentive et à tous les niveaux : chez ce patient qui arrive avec sa pathologie, sa façon de se présenter, de s'asseoir, ses gestes, son comportement, tout a un sens. En dehors de chercher la réelle signification des plaintes, le médecin se posera d'autres questions concernant son intervention

: "jusqu'où souhaite aller mon patient, jusqu'à quel degré de résolution de son problème veut-il ou peut-il réellement parvenir ?"

3) L'importance de l'observation individuelle (25)

Nous avons observé qu'une parole du malade chargée d'émotion et relatant son expérience mal vécue faisait disparaître les symptômes. Or ce domaine est peu accessible à des expérimentations en série. Il faudrait pour cela mettre les êtres humains à plusieurs reprises dans une situation traumatisante pour vérifier si c'est bien cette situation qui engendre les symptômes pour lesquels ils viennent consulter; Autrement dit respecter les critères scientifiques supposerait ce qu'interdit l'éthique médicale, à savoir expérimenter l'impact physique de traumatismes psychiques sur des êtres humains.

* Il faut donc se contenter de l'observation qui retrouve d'ailleurs ses lettres de noblesse dans ces écrits de Claude Bernard (25a) : "l'observation ne doit jamais être abandonnée car dès qu'on s'en sépare, on est livré à toutes les erreurs que peut enfanter l'esprit de système. Ainsi, Pasteur suit ses idées et il veut y soumettre les faits. Moi, je suis les faits et je cherche à en faire sortir des idées sans violence et d'elles mêmes. Pasteur veut diriger la nature, moi je me laisse diriger par elle, je la suis. Cuvier dit, l'observateur écoute la nature, l'expérimentateur l'interroge. Il faut faire les deux. Il faut interroger la nature, lui poser une question, mais il ne faut pas vouloir qu'elle réponde à notre question. Il faut l'écouter quoi qu'elle dise".

* En fait, au delà de ce que l'on ressent comme une querelle, les deux démarches sont loin de s'exclure car l'éthique pasteurienne s'applique à la biologie, alors que la démarche de Claude Bernard s'applique à la médecine.

* Claude Bernard, souligne qu'il faut d'abord poser le problème médical tel qu'il est donné par l'observation de la maladie, puis, dans un second temps, analyser expérimentalement les phénomènes pathologiques en cherchant à en donner l'explication physiologique. Mais dans cette analyse, l'observation médicale ne doit jamais disparaître ni être perdue de vue. Et il ajoute, sans doute la science consiste à ramener le particulier au général et à comprendre toutes les variétés dans une unité. Mais si l'on peut dire que la vérité est dans le type, la réalité est toujours en dehors de ce type et elle en diffère constamment. or pour le médecin, c'est là une chose très importante. C'est à l'individu qu'il a toujours à faire. Il n'est point le médecin du type humain, de l'espèce humaine, il est le médecin d'un individu, et d'un individu même qui est placé dans des conditions particulières.

4) La science jette des ponts entre l'âme et le corps : "de la dépression à l'immunodépression ou émotivité et immunité".

C'est le titre d'un article écrit par des médecins du C.H.U de Besançon se fondant sur une trentaine de publications américaines (25). Il montre avec toutes les précautions nécessaires, le rôle déterminant du stress dans les maladies infectieuses, les allergies, les

maladies auto-immunes et comment un stress important comme le deuil peut provoquer une baisse significative du système immunitaire.

* Les effets immunodépresseurs du stress ont été mis en évidence dans de nombreuses circonstances de la vie considérées comme les plus éprouvantes sur le plan émotionnel (décès du conjoint, incarcération, passage d'examens universitaires, vols spatiaux). La difficulté de ce genre d'études tient au fait que les malades n'ont pas toujours subi le stress catalogué par les chercheurs. Autrement dit, ce qui dans certains cas est un stress pour l'un, ne l'est pas nécessairement pour l'autre. C'est là qu'intervient l'histoire personnelle de l'individu;

* Nous soulignerons dans cette étude l'exemple du veuvage qui est associé à une morbidité et à une mortalité accrue en particulier chez les hommes. Il a été observé une diminution de la réponse des lymphocytes aux mitogènes chez 29 sujets dont les épouses étaient décédées six semaines plus tôt. Or aucun des malades n'a rapporté de changement significatif dans son mode de vie, comportement alimentaire, utilisation de médicaments, d'alcool ou de tabac.

D - LES DEMARCHES SYMBOLIQUES EN MEDECINE GENERALE.

1) Une condition de base : ne pas expliquer ni chercher la cause mais rechercher la signification.

Nous insistons sur ce point capital qui a déjà été évoqué car il est à la base de la démarche symbolique. Trop souvent en effet nous voulons donner une explication à la maladie, c'est à dire que nous trouvons soit une cause matérielle ou physiologique soit une cause psychologique : "Depuis que mon mari m'a quitté, j'ai des insomnies". Cette tentative d'explication d'une somatisation est un leurre. Nous rejoignons ici la méthode des sciences humaines qui ne recherche pas la cause, ne cherche pas à expliquer, mais recherche une signification. Il s'agit de concevoir la maladie comme un langage. Ainsi, les insomnies de cette femme (72) peuvent avoir comme sens une autoprivation, une punition qu'elle s'inflige pour avoir désobéi à son père qui lui avait dit : "tu ne devrais pas te marier avec un type comme ça. Tu me déçois beaucoup". Cherche-t-elle à renouer avec son père ? A lui marquer son allégeance ? "Tu avais raison papa, regarde comme je suis punie". Nous ne pouvons donner la réponse, mais en travaillant sur la recherche du sens plutôt que de la cause, nous obtenons souvent un changement et l'abandon du symptôme.

Ce second exemple de J. Salomé nous amène encore à la signification des symptômes : cette petite fille de 10 ans fut prise en rentrant d'un camp de ski, de violents maux de ventre, de vomissements et de malaises. Cela dura plus de deux mois jusqu'au moment où elle put dire à sa grand mère qu'elle avait embrassé un garçon sur la bouche et qu'elle avait entendu à la radio que le Sida pouvait s'attraper par le baiser.

2) Parfois le malade accède au sens de sa maladie par une simple écoute.

De même que l'enfant invente ses jeux en toute liberté (il fera voler un bout de bois en disant que c'est un avion), de même l'adulte peut inventer les actes qui le libéreront de son angoisse et de sa maladie sans que le médecin intervienne en aucune façon sur cet acte, mais il faut qu'il trouve un terrain d'écoute chaleureux. Etudions plutôt le cas de Marie-Louise relaté par le Docteur Dutot (25). "Agée de 67 ans le jour où elle vient me consulter la première fois, elle souffre d'hypertension artérielle essentielle. Gardienne d'immeuble, elle a été suivie pendant quelques années par un médecin de son quartier qui lui a prescrit, comme il se doit, des antihypertenseurs qu'elle n'a jamais cessé de prendre. Au moment où elle vient me voir (parce que son médecin a déménagé), elle suit son traitement depuis 4 ans. Je vois arriver dans mon cabinet une petite femme habillée de gris, très discrète, presque timide. Elle parle peu, va jusqu'à s'excuser de me déranger et m'explique qu'elle a simplement besoin de ses médicaments et qu'on vérifie sa tension. Pendant près d'un an, je la vois tous les mois. Chaque consultation se passe de la même façon. Elle s'allonge d'elle-même, attend que je vérifie sa tension, puis elle empoche son ordonnance, toujours la même et me remercie. J'essaie de lui poser quelques questions, de faire connaissance. Mais elle répond à peine, puis se lève. Bien, merci Docteur. Je ne vais pas vous déranger plus longtemps. Maintenant il faut que je m'en aille. Et j'ai beau lui dire qu'elle ne me dérange pas, rien n'y fait. Enfin, un jour de printemps exceptionnellement chaud, elle vient à sa consultation habituelle. Mais pour la première fois, à ma question rituelle comment allez vous en ce moment, elle répond : "Oh, pas très bien". Je la sens pour la première fois plus ouverte;

"Ah bon et pourquoi ?"

"Vous savez, je ne supporte pas du tout la chaleur". Bien entendu, j'essaie d'en savoir davantage. Et elle me raconte que dans sa jeunesse elle était lingère chez sa mère, qu'elle faisait le repassage et qu'il faisait toujours dans la boutique une chaleur effrayante. Lorsqu'elle avait eu 20 ans, sa mère avait vendu la blanchisserie et elle avait été engagée dans un restaurant aux cuisines. Et là aussi, il faisait une chaleur intenable. A tel point qu'en fin de mois elle recevait une prime de chaleur. Ce jour là elle n'en dit pas davantage. Mais j'étais heureux tout de même. J'avais l'impression que nous allions commencer à avancer. Pourtant, pendant six mois, nous en sommes restés au même point. Enfin, à l'automne, je constate avec surprise que ses chiffres tensionnels sont nettement plus élevés que d'habitude;

- Vous avez interrompu votre traitement ?

Elle m'assure que non, qu'elle a continué de prendre ses médicaments tous les jours. Puis elle ajoute :

- Mais, c'est vrai qu'en ce moment ça ne va pas très fort. Et spontanément elle fait le lien, non avec des symptômes physiques nouveaux, mais avec la situation qu'elle vit en ce moment. Elle se fait beaucoup de soucis pour la carrière de son fils. Et puis, les gens qui

habitent son immeuble sont extrêmement désagréables avec elle. Parfois même agressifs. On la rend sans cesse responsable de tout et elle en a assez. Cette vie l'ennuie. Elle se demande ce qu'elle fait là et parfois elle a envie de mourir. Quelques larmes coulent le long de ses joues. Soudain, elle se ressaisit. Docteur, pardonnez moi. Je vous ennue avec tout ça. Elle se lève. Je lui recommande de m'appeler si cela ne va pas et lui donne rendez-vous quinze jours plus tard. Lorsqu'elle revient, je constate que les chiffres sont revenus à cette normale supérieure que je lui ai toujours connue. La hausse momentanée de tension était donc probablement due à ces soucis dont elle m'a parlé. Six mois à nouveau s'écoulent. Six mois de consultations ordinaires et de silence. Puis elle revient. C'est au moment du procès Barbie. Je la sens cette fois plus angoissée que d'habitude, plus tendue. Agressive presque. Et dès que je lui demande de ses nouvelles, elle se confie :

- "Oh non, vous savez, ça ne va pas du tout. Parce que ce Barbie, on n'arrête pas d'en parler à la télévision, à la radio, partout. Et moi ça me démolit tout ça. Parce que ce Barbie, c'est un monstre vous savez". Et là pour la première fois, elle se met à pleurer. Des larmes qui viennent de loin. Lorsqu'elle est un peu calmée, elle reprend son récit. J'apprends alors qu'elle avait pendant la guerre trois amies Juives toutes les trois. Et qu'elles sont parties, avec les autres, et qu'elle ne les a jamais revues.

- "Vous comprenez, c'était de vraies amies, mes seules amies ! Et quand je pense... A nouveau elle s'effondre. Tout cela est trop dur. Beaucoup trop dur". Je la laisse pleurer.

- "Il faudrait le tuer vous savez. Ça ne me rendrait pas mes amies mais tout de même, il faudrait le tuer". Elle garde un instant le silence puis soudain lève les yeux sur moi. Déjà, ce n'est plus la petite femme timide habillée de gris des premières consultations. C'est une femme qui vit, qui vibre. Je la sens qui hésite, puis elle se lance.

- "Vous savez, cette semaine, j'ai fait quelque chose d'horrible, d'abominable. Une locataire de l'immeuble m'a demandé d'aller arroser ses plantes en son absence. Et quand j'y suis allé, en m'approchant de la fenêtre, parce que les plantes sont près de la fenêtre, j'ai vu qu'il y avait un petit pigeon coincé dans le volet. Je ne sais pas comment il était arrivé là, mais il ne pouvait plus bouger. Quand j'ai ouvert la fenêtre, il est tombé dans l'appartement. Et là, je ne sais pas pourquoi, je l'ai attrapé, je me suis même précipité sur lui, et je l'ai tué. Et quand j'ai eu fait ça, je me suis assise dans un fauteuil. J'avais les jambes qui tremblaient. Je me disais que j'avais fait quelque chose d'horrible, mais je me sentais beaucoup mieux, j'étais tranquillisée". Elle ne pleure plus, se tait comme si elle revoyait la scène. Puis à nouveau elle se reprend.

- "Vous savez, Docteur, c'est tout à fait idiot ce que je vous raconte, ça n'a aucune importance". Je la rassure. "Si bien sûr, tout cela est important, très important même". Un mois plus tard, lorsqu'elle revient, je lui prends sa tension. Les chiffres sont parfaitement normaux, pour la première fois depuis deux ans. Et pour la première fois également, au lieu d'attendre mes questions, elle s'est mise à me parler, spontanément. De la chaleur à nouveau,

de sa jeunesse, si difficile. De la guerre. Elle repassait dans ses traces, progressivement. Acceptait ce qui pendant des années lui avait paru inacceptable.

- "Il faut faire avec, n'est-ce pas ?" Je la sentais plus calme. Je dirais même plus en phase avec elle même.

- "Vous savez, j'ai beaucoup repensé à cette histoire de pigeon aussi. Et j'ai pensé que l'agressivité des gens de l'immeuble, que je supportais si mal, eh bien, ça devait y être pour quelque chose. J'ai décidé de ne plus m'en occuper". A la suite de cette consultation j'ai pu réduire notablement les médicaments, et elle vit actuellement avec une dose très nettement inférieure à celle qu'elle prenait lorsque je l'ai vue pour la première fois. En outre les chiffres tensionnels restent normaux et ont quitté cette limite supérieure à laquelle ils s'étaient maintenus pendant des années malgré de fortes doses. Ce dont je suis heureux, c'est que cette femme d'un milieu fort modeste et dépourvue de culture livresque a rapidement compris que sa tension dépendait des événements qu'elle vivait. Et maintenant elle collabore. Elle a envie de comprendre. En fait c'est elle même qui petit à petit se guérit avec mon aide. Mais c'est elle qui fait la plus grosse partie du travail. SEUL, JE NE PEUX RIEN.

3) Le langage de l'absurde et de l'humour

Watzlawick, élève de l'école de Palo-Alto (Californie) a développé sa technique de la relation d'aide dans le cadre de la psychothérapie, c'est-à-dire pour guérir des malades qui ont une demande psychologique (89). Ces techniques sont applicables dans le langage quotidien et par le médecin généraliste. Mais dans ce dernier cas, elles nécessiteront toujours :

- Une demande réelle du patient d'accéder au sens de sa maladie.
- Une capacité du médecin à utiliser ces techniques ce qui sous-entend une formation, un entraînement, un engagement personnel et nous allons le voir, de... l'humour.
- Un contrat initial avec le patient :

"Vous venez voir un médecin généraliste. Si vous le désirez, je vous propose d'aller plus loin, mais cela nous entraînera à communiquer d'une façon inhabituelle et qui pourra vous surprendre..."

* Cette orientation de l'école de Palo Alto semble très appropriée à la médecine générale car elle ne se veut ni somatisante ni psychiatisante (20). Elle ne s'attache qu'aux interactions observables entre le comportement et la communication.

* Nous avons choisi de placer ce paragraphe dans la démarche symbolique car toutes les méthodes envisagées ici ont en commun avec le langage symbolique ce langage analogique de l'hémisphère droit, que l'on retrouvera dans les contes de fées, les jeux de mots, mais également chez les sorciers et les guérisseurs. C'est un véritable "langage du changement".(89)

Watzlawick souligne que les sujets qui demandent une aide psychologique souffrent d'une contradiction non résolue entre le monde tel qu'il apparaît et le monde tel qu'il devrait être.

La relation d'aide consiste à adapter son image du monde à la réalité.

Il considère que l'adaptation de l'image du monde à la réalité incombe à l'hémisphère droit du cerveau : il faut savoir ce qui doit changer et comment (le pourquoi importe peu).

* Or, l'hémisphère droit est celui du langage analogique : autrement dit, la relation d'aide risque d'être inefficace si elle utilise le langage digital (celui de l'explication, de l'analyse, de la confrontation, de l'interprétation...).

* trois démarches pourront donc être utilisées :

1° Employer le langage de l'hémisphère droit (analogique)

2° Bloquer le langage de l'hémisphère gauche (digital)

3° Prescrire des comportements spécifiques.

a) Employer le langage analogique de l'hémisphère droit.

* c'est celui des rêves, des contes de fées, des mythes, etc...

* C'est aussi celui des jeux de mots, calembours, etc...

* Les sorciers et guérisseurs utilisent les pouvoirs des images concrètes (langage figuratif) : de même la visualisation consiste à suggérer par exemple à un patient obèse de visualiser son obésité : ainsi il peut se mettre à décrire des cellules jaunes empilées comme des rayons de miel. on lui demande alors de visualiser ses protéines sous la forme de petits animaux qui attaquent de l'intérieur les cellules de graisse et les dévorent.

Dans le même ordre d'idée, Simonton (89b) encourage des patients à se forger des images de leur maladie (leurs propres images) puis il modifie graduellement l'image obtenue par des suggestions de guérison, par exemple en demandant au patient de se représenter les globules blancs comme des ours polaires féroces qui attaquent les cellules cancéreuses.

* Le langage analogique est aussi celui de la poésie.

* Nous avons déjà vu dans le chapitre N° I que ce langage ne connaît pas la négation, d'où l'impact des sous-entendus positifs et l'intérêt immédiatement pratique en médecine générale dans les démarches concernant l'alcool, les cigarettes, la nourriture, etc...(chapitre III).

b) Bloquer l'hémisphère gauche

α) La technique de confusion d'Erickson est très indiquée dans le cas de patients qui ont tendance à tout intellectualiser et à tout analyser dans le moindre détail. Elle emploie des phrases de ce type :

"On pense et pense tout est relatif mes pensées pour les vôtres et les vôtres pour les miennes et ma chaise est ici et pour moi la votre est là parce que mon ici et mon là est là et pour vous mon là est votre ici et votre là est mon ici, etc..."

Watzlawick pense que cette méthode peut être élargie à toute communication thérapeutique (Erickson la limitait à l'hypnose). Avec de telles phrases, le patient devient conscient du fait que son image du monde n'est qu'une image de la réalité et non la réalité elle-

même. C'est un peu le principe du pick-pocket, qui est capable de détourner l'attention au moment décisif.

β) Une autre méthode de "blocage de l'hémisphère gauche" consiste à prescrire le symptôme : c'est ce que faisait le médecin anglais John Hunter au XVIIIème siècle; ainsi pour cet homme qui lui confiait avoir perdu sa puissance sexuelle : "il s'avéra après une heure de consultation que l'incapacité était due à son désir trop fort pour la femme concernée. Je lui dis par conséquent qu'il guérirait s'il lui était possible de s'allonger près d'elle en s'abstenant de tout rapport pendant 6 nuits. Il revint me voir en disant que l'angoisse n'était plus celle de son impuissance mais au contraire de se trouver possédé d'un désir si violent qu'il risquait de s'en trouver incommodé". C'est donc la solution mise en oeuvre, l'effort volontaire mais destiné à avorter, qui engendre le problème. C'est cette pseudo-solution qui doit devenir la cible de l'intervention thérapeutique (et non pas la réaction non désirée qui s'ensuit, ni le manque de solution de l'action désirée).

Il est très probable, souligne Watzlawick que cette "solution" génératrice de problèmes, cette application de la volonté consciente qui porte en elle son échec, appartient à l'hémisphère gauche. En prescrivant le symptôme, on empêche la solution, et donc le symptôme qui en résulte, de se manifester.

γ) L'alternative illusoire

Quand il semble opportun dans une relation d'aide, à un stade donné, d'insister sur un changement prévisible et imminent, on peut poser cette question d'apparence absurde :

"Désirez vous parvenir à maîtriser votre problème dès cette semaine ou dès la semaine prochaine ? Peut-être préférez vous une pause supplémentaire disons de trois semaines ?"

Cette phrase suggère que quelque soit l'alternative choisie, le patient est capable de maîtriser son problème. Cette méthode consiste à faire apparaître un cadre spécifique qui exclue toute issue indésirable. A l'intérieur du cadre est proposé une alternative illusoire entre deux solutions qui correspondent toutes deux aux objectifs du traitement.

δ) Le recadrage

Beaucoup de communications ont pour caractéristiques de se "jouer" à l'intérieur du même cadre. C'est un peu comme si le patient qui expose un problème ne voyait pas d'autres limites que ce cadre souvent étroit, et cela avec souvent beaucoup d'obstination.

Alors que le nombre d'interprétations virtuellement possible est très élevé, notre image du monde ne nous autorise d'habitude à en percevoir qu'une seule et celle-ci nous paraît par conséquent la seule interprétation possible, sensée et permise; bien plus cette interprétation particulière suggère à son tour une et une seule solution possible sensée et permise, si bien que si nous ne réussissons pas du premier coup, nous recommençons encore et encore. C'est ici qu'intervient le recadrage.

* Nous en donnerons un exemple à propos d'un enfant qui suce son pouce; l'enfant manifeste en général une préférence pour un pouce, il ne passe à l'autre pouce que si sucer

celui-ci devient pour une raison ou une autre impossible ou désagréable mais de toute façon il persévère quelque puissent être les efforts de ses parents pour l'en dissuader; on peut intervenir efficacement en combinant des éléments de recadrage et de prescription du symptôme de la manière suivante :

On fait remarquer à l'enfant devant sa mère en termes clairs et compréhensibles que nous vivons dans une société démocratique où tout le monde a les mêmes droits et qu'il est donc injuste de sucer un seul doigt et de négliger les neuf autres; on lui intime alors l'ordre de sucer ses autres doigts un par un en leur consacrant exactement le même temps qu'à son pouce favori; la mère reçoit pour consigne de s'assurer s'il le faut à l'aide d'un réveil, que conformément à la démocratie, tous les doigts soient traités avec les mêmes privilèges.

Ce qui jusque là était une activité agréable qui avait de surcroît l'avantage d'exaspérer les parents et de les réduire à l'impuissance se transforme à présent en un devoir qui devient très vite une corvée ennuyeuse d'autant plus qu'il fait l'objet de la supervision des parents, mais ce recadrage présente également l'avantage d'offrir un moyen de sortir du dilemme tout en sauvant la face : il permet à l'enfant de sucer moins ses doigts ou de cesser complètement de le faire; bien mieux, il interdit aux parents l'usage des solutions classiques qui tendent à perpétuer le problème tel que de faire honte à l'enfant, de le menacer, de le punir...

* Un second exemple nous montre que le recadrage peut se faire de façon très indirecte de manière apparemment fortuite.

Erickson reçut un jour la visite d'une femme qui lui explique que sa fille âgée de 14 ans s'était fermement mise en tête qu'elle avait des pieds gigantesques et grotesques; elle en arrivait peu à peu à se sentir à l'écart de ses amis, à fréquenter de moins en moins l'école et à cesser presque toute activité extérieure; bien entendu, tout le monde avait essayé de la convaincre qu'elle avait des pieds parfaitement normaux et qu'il était parfaitement ridicule de s'imaginer tout cela, mais plus on essayait de la ramener à la raison, plus elle insistait sur la taille gigantesque de ses pieds.

Erickson s'arrangea pour venir à la maison sous le prétexte d'examiner la mère; au cours de l'examen, il pria la fille d'aller lui chercher une serviette et lui demanda de se tenir derrière lui pour lui passer la serviette si nécessaire; tout à coup, il recula brusquement et lui marcha sur le pied "par inadvertance"; elle poussa un cri de douleur, il se retourna et lui dit l'air furieux : "débrouillez vous pour que ces engins là deviennent assez grands pour qu'un homme puisse les voir et cela ne risquera plus de m'arriver". Erickson précise que grâce à cette seule intervention, l'image corporelle de la fille subit le changement espéré.

c) Prescrire des comportements spécifiques

α) Si l'on impose une action à quelqu'un, si on lui ordonne un comportement, on peut lui faire expérimenter et lui faire saisir certains aspects de la réalité qu'on n'aurait pas pu lui communiquer si l'on s'était contenté de descriptions ou d'explications verbales, analytiques.

β) Jaynes, psychologue à l'université de Princeton émis récemment l'hypothèse que le mode impératif est en fait la forme la plus archaïque du langage chez l'homme.

γ) Les prescriptions de comportement constituent une troisième voie pour accéder directement à l'hémisphère droit et par la même à l'image du monde de quelqu'un.

Ce terme "prescription de comportement" comprend tout aussi bien les ordres directs et très simples que les combinaisons hautement complexes de doubles contraintes thérapeutiques, de recadrage et d'alternative illusoire; il est évident qu'on ne pourra pas appliquer de façon stéréotypée ce genre d'intervention à des cas similaires, mais que chaque cas exige une prise en compte aussi large que possible de tous les éléments de la situation surtout de ceux qui ont trait aux relations inter-personnelles; cela exige de la souplesse et de l'esprit d'invention de la part du médecin; nous citerons un exemple d'Erickson concernant l'approche des couples; nous remarquons souvent en médecine générale qu'en présence d'un couple, l'un des deux époux monopolise largement la parole et va parfois jusqu'à répondre aux questions adressées à son partenaire sans lui laisser le temps de réagir; en général, il agit ainsi dans l'intention prétendue d'être utile.

Erickson procédait de la façon suivante : "quand je demande l'avis du mari et que sa femme lui coupe la parole, même si je lui ai demandé de ne rien faire, je m'arrange d'habitude pour lui trouver une occupation quelconque qui la réduise au silence : je lui dis alors par exemple : "encore une fois je veux l'opinion de votre mari et vous n'arrêtez pas de me parler; je sais bien que c'est parce que vous êtes empressée de m'aider à comprendre, mais auriez vous un tube de rouge à lèvres sur vous par hasard ? Bien entendu, généralement elle en a un que je lui demande de sortir de son sac puis j'ajoute : "à présent, vous allez trouver ça ridicule je sais, mais mettons que vous teniez ce tube comme cela et je lui montre comment je veux qu'elle le tienne, l'extrémité affleurant juste le bout des lèvres; maintenant, restez exactement dans cette position en gardant simplement le contact avec le bâtonnet, je vais poser quelques questions à votre mari et je voudrais que vous observiez comme vos lèvres veulent bouger; je pense que ça va beaucoup vous intéresser; en général elle est vite fascinée par le tremblement de ses lèvres sur le bâton de rouge; ce faisant, je lui ai fourni une occupation légitime pour ses lèvres.

* Nous venons donc d'envisager trois démarches techniques permettant d'accéder au langage analogique :

- 1 - employer directement le langage analogique
- 2 - bloquer le langage digital de l'explication et de l'analyse
- 3 - prescrire des comportements spécifiques.

Watzlawick souligne qu'un patient qui se soumet à une thérapie est prêt à tout pour alléger sa souffrance sauf une chose et une seule, faire justement cela qui allègerait

effectivement sa souffrance, "c'est l'attitude du : tout sauf ça"; Nous pensons que l'on peut appliquer cette remarque à tout malade "psychosomatique qui veut guérir" et nous voyons encore ici que les interventions du médecin généraliste si elles sont plus restreintes peuvent rejoindre toutefois certaines démarches particulières de psychothérapie; nous citerons encore ici un certain nombre d'interventions possibles.

d) Parler le "langage" du patient

Pour tout médecin il va de soi qu'il faut employer un langage différent avec un adulte et avec un enfant, avec un savant et quelqu'un qui n'a pas reçu d'éducation, mais au delà de ces différences souligne Watzlawick, la sémantique d'un individu révèle ses modes sensoriels privilégiés de perception du monde; nous ne voyons pas pourquoi un médecin n'y serait pas sensible; ainsi on sait que certains individus sont des visuels alors que d'autres vivent leur vie sur un mode principalement proprioceptif*; ce que l'on sait moins par contre, c'est que le langage de tous les jours trahit ces modalités; les expressions : "je ne vois pas pourquoi, cela m'a ouvert les yeux, il a vraiment des oeillères" sont manifestement liées à une expérience surtout visuelle de la réalité. Par contre les expressions suivantes : "j'ai comme des grenouilles dans le ventre, il me donne la chair de poule, ça lui reste en travers de la gorge", prouvent qu'on a affaire à une image du monde de nature principalement proprioceptive; ainsi le médecin au lieu de se considérer comme un "roc inébranlable au milieu d'un océan de troubles" doit devenir "caméléon" en s'adaptant à la vision du monde de son patient.

e) Utiliser la résistance du patient

Dans toute situation de conflit, on dispose de deux procédés de défense pour parer aux coups de l'adversaire; soit on réagit par une contre-attaque de force au moins égale, soit on cède en laissant l'attaque de l'autre frapper dans le vide ce qui lui fait perdre l'équilibre : c'est le principe de l'Aïkido; c'est ce qu'Erickson avait montré à propos de l'exemple d'une mère anxieuse qui avait contré avec succès toutes les personnes qui l'invitaient à se dominer et à laisser son fils faire ses preuves; le thérapeute utilisa sa résistance non seulement en ne tentant pas de lui faire renoncer à sa protection, mais en exigeant d'elle qu'elle fasse "plus de la même chose" c'est-à-dire qu'elle le protège davantage; Or, il s'agissait là d'une demande pour elle inacceptable qu'elle ne pouvait que rejeter en finissant par "en faire moins."

f) La technique de préemption.

Aristote définissait cette technique comme la méthode qui nous sert à contrer l'animosité d'autrui à notre égard et qui consiste à anticiper les critiques de nos auditeurs et les arguments que vont développer nos adversaires :

"Vous trouverez probablement que c'est idiot, mais j'ai l'impression que..."

"Evidemment, ça à l'air ridicule mais on pourrait dire que..."

"Il existe une solution relativement simple mais je suis presque sûr qu'elle ne vous plaira pas".

Ainsi cette technique revient à exiger l'assentiment en impliquant que manifester son désaccord serait faire preuve d'une compréhension limitée, d'un manque d'imagination ou de courage ou d'un esprit d'une façon ou d'une autre médiocre; un proche dérivé de cette technique consiste à employer certaines formulations pour dire quelque chose en prétendant ne pas le dire; en voici quelques exemples :

"si votre femme n'était pas présente, je dirai que..."

"Si je n'étais pas votre médecin je ferais simplement remarquer que..."

"A quelqu'un de moins désespéré que vous je dirais sans doute très franchement que le problème me semble assez bénin".

g) Conclusion

Nous remarquons que toutes ces techniques sont loin d'être inabordables pour un médecin généraliste pour peu qu'il ose les appliquer; elles nécessitent évidemment un contrat préalable avec le malade. Nous soulignerons que toute injonction thérapeutique, toute prescription de comportement ou de tâche personnelle à effectuer doit être acceptable, c'est-à-dire compatible avec l'image du monde de son patient, sans aucun danger et suffisamment facile à exécuter, peu coûteuse, apparemment très éloignée du "problème réel" et surtout non dégradante; cela n'exclut pas néanmoins les situations qui font appel au sens de l'absurde du patient. Les prescriptions simples et apparemment insignifiantes ont d'habitude de meilleurs résultats que les directives complexes qui laissent trop place à la méprise et à l'erreur. Les prescriptions qui demandent au patient d'agir sont bien plus sûres que celles qui se bornent à lui faire dire quelque chose : "je veux qu'en rentrant chez vous, vous disiez à votre mari...".

Beaucoup de ces prescriptions utilisent le langage de l'absurde : le dessin humoristique de la page suivante en est une caricature.

En outre, il faut se souvenir que le patient a toujours raison sauf peut-être sur un point : qu'il pourrait bien avoir encore plus raison qu'il ne croit et que le médecin ne doit jamais entrer en conflit ouvert avec lui; quand le patient se refuse à suivre une directive ou accepte une prescription de comportement mais ne la met pas ensuite à exécution, il est bon de prendre l'entière responsabilité de cet échec et de s'excuser de s'être laissé emporter par un enthousiasme thérapeutique et d'avoir exigé du patient plus que celui-ci ne veut ou ne peut accepter; il est alors souvent possible de formuler en termes différents une prescription fondamentalement identique, bien que quelque peu déguisée.

Trouver l'intervention la plus appropriée et la plus efficace n'est pas une tâche facile. "Le médecin agit comme un serrurier qui essaie tantôt une clé, tantôt l'autre sans forcer".

L'erreur la plus fréquente est de vouloir faire en sorte qu'une prescription de comportement s'exprime en une seule phrase puis de se décourager quand le patient se méprend complètement sur la directive ou n'en tient pas compte; il est donc important de formuler lentement en langage clair et à l'aide de multiples répétitions. Dans un discours ordinaire nous sommes tous gênés d'avoir à répéter trop souvent un point particulier car cela semble jeter le

discrédit sur l'intelligence de notre partenaire; cependant dans le domaine de la communication thérapeutique nous ne sommes que trop souvent surpris de constater qu'après être revenus sans cesse sur le même point pour finir par le répéter encore une fois avec un certain agacement, il arrive que le patient nous dise soudain : "C'est très vrai, pourquoi ne me l'avoir jamais dit auparavant ?".

[Illustration sous droit retirée de la version de diffusion de la thèse]



E - Analyse de quelques démarches symboliques accessibles aux médecins généralistes

Nous avons déjà vu dans le chapitre II comment l'écoute attentive d'un patient peut lui permettre d'établir des liens avec sa maladie, son traitement, son entourage, lui-même et son soignant; nous venons de voir avec cette grand-mère hypertendue, que l'écoute active peut permettre au patient de créer lui-même ses propres démarches symboliques; toutefois, dans beaucoup de cas, seule l'intervention symbolique du médecin pourra faire accéder le patient au sens profond de sa maladie; mais il faut répétons le encore que le patient le désire et que le médecin se sente capable de cet accompagnement; les démarches symboliques peuvent passer par des jeux, des dessins, des contes de fée et toutes les inventions possibles, imaginées par le médecin et son malade.

1) Ecoute "opportuniste", jeux de mots et boutades.

Nous citerons l'exemple d'un médecin généraliste qui pratique une écoute deux niveaux, l'un médical classique destiné bien sûr à préciser la pathologie, l'autre de nature symbolique. Il prend ainsi l'exemple d'une angine : la demande paraît simple, le malade veut voir sa douleur et sa fièvre disparaître le plus vite possible; l'antibiothérapie éteint le symptôme créant en quelque sorte un court-circuit. Si le symptôme persiste ou récidive, ou si la pathologie se modifie, en revoyant le patient, en le connaissant mieux, il devine progressivement les failles de son problème et il note : "Je pars du principe que sa tendance inconsciente est la quête d'une unité absolue, c'est-à-dire la disparition de cette faille". "Je fais alors une hypothèse que je vérifie par un jeu de mots ou une boutade qui symboliserait pour le patient son rêve enfin réalisé ou bien qui condenserait dans une phrase le noeud du problème; je ne tarde pas à savoir si j'ai vu juste : inmanquablement un éclat de rire le confirme et souvent la pathologie s'estompe ou disparaît; mais prenons l'exemple de cette jeune fille de 16 ans à qui il prescrit la pilule qu'elle va prendre pour la première fois; dans les jours qui suivent, écrit-il , je la vois pour une entorse du genou, puis pour des douleurs abdominales, puis pour une angine, puis pour des troubles des règles à propos desquels je suis étonné de l'entendre dire : " Papa m'a dit que c'était normal", en fait j'avais déjà pressenti que son père que je connais jouait un grand rôle dans le conflit qui se faisait jour, à l'occasion de cette prescription lourde de sens; j'ai alors l'idée de dire à ma jeune patiente après avoir énuméré tous ses malheurs : "Ça fait beaucoup pour un seul homme". (Ce médecin n'a malheureusement pas donné de renseignement sur ce qui s'est passé ensuite entre lui et sa patiente...).

2) Le conte de fée

Dans le champ d'application de la médecine générale, le conte de fée peut être inventé pour des enfants ou des adultes à partir de l'histoire qu'ils présentent au médecin; la trame du conte est une traduction symbolique construite à partir du discours spontané du patient; le patient recevra cette proposition symbolique plus ou moins profondément dans sa conscience selon qu'elle touchera plus ou moins juste le fonctionnement de sa personne; la vertu

thérapeutique du conte de fée a été comme nous l'avons vu illustrée par F. Dolto dans la médecine traditionnelle hindoue.

3) Les objets symboliques

a) "La bonbonne d'air de papa"

J. Salomé cite l'exemple d'une prescription symbolique chez un petit garçon de 6 ans (74). Le petit Thomas, souffre d'asthme depuis deux ans, son père a quitté sa mère quand il avait trois ans, c'est l'élément déclencheur. IL joue seul, refuse d'intégrer frère ou soeur dans ses jeux, refuse la vie sociale proposée par sa mère, se coupe de tout.

"J'aime pas l'air de cette maison, je préfère l'air de papa". Nous proposons à la mère d'utiliser une grande bouteille sur laquelle elle collera une étiquette affichant "bonbonne d'air de papa" avec un petit tuyau pour aspirer; le jour même où la mère apporte la bouteille d'air, Thomas joue dans la baignoire, appelle sa mère et lui dit : " Regarde, je fais le poisson, je respire sous l'eau". La mère nous dira : "il n'a plus fait de crise d'asthme depuis ce jour".

b) Les opérations symboliques

Elles peuvent se faire à un niveau collectif et... préventif. C'est ce que prouve le Docteur Rufo, pédopsychiatre à l'Hôpital Nord de Marseille (71). Le but est, note le Docteur Rufo d'acclimater l'enfant qui doit être opéré à son intervention; pour cela il effectue lui-même un acte chirurgical sur un ours en peluche; certains chirurgiens ont acceptés d'opérer les ours avant les enfants; le médecin s'habillait, pénétrait au bloc et pratiquait son intervention sur l'animal en peluche aidé de son petit assistant; le jouet accompagnait ensuite le jeune patient jusqu'à la salle de réveil; le Docteur Rufo remarque que tous les parents soignent les jouets à la maison, ainsi tout le monde a réparé une "poupée Barbie" ou mis un pansement à un nounours mais à l'hôpital la maladie c'est sérieux et la famille ne transgresse pas cette habitude; il est actuellement question de confectionner un nounours plus élaboré doté de veines afin d'appliquer une perfusion.

Les enfants vont aider les médecins à créer l'anatomie de leur nounours et ceci d'après la façon dont ils se figurent les veines, dont ils se représentent une perfusion, un sondage, une intervention sur le rein, sur les yeux, etc...

Les médecins se basent à la fois sur leurs dessins et sur leurs rêves tels que les enfants les confient au cours des entretiens après la première nuit en post-opératoire; et le Docteur Rufo ajoute : "je vous assure que ce qu'ils imaginent est très différent des explications que les chirurgiens même les mieux intentionnés ont essayé de leur donner".

Ainsi, ces peluches qui sont les doubles symboliques des enfants auraient permis de diminuer d'environ 30 % la posologie des prémédications; différentes initiatives dans le même sens se développent actuellement : la vidéo à l'hôpital Trousseau à Paris, les marionnettes à Nancy ou la musique à Rennes.

c) Personnaliser l'organe

Certains jeux ou prescriptions symboliques portent sur un aspect du discours ou du symptôme entendu comme ayant une forte charge symbolique; ainsi note J. Salomé (74) il nous est arrivé de prescrire à une personne, de faire écouter du Mozart à ses reins ou à son foie, d'imaginer sa nuque comme une éponge desséchée qui se gonfle d'eau lentement en descendant dans la mer; trop souvent nous parlons de notre corps, nous parlons sur lui au lieu de lui laisser la parole. Nous pouvons aussi parler à notre corps avec les multiples langages symboliques qui sont à notre disposition; Il a besoin d'être entendu plus que d'être contrôlé.

d) Le jeu de rôle

Ce jeu est accessible au médecin généraliste dans la mesure où deux acteurs sont suffisants. Un rôle peut être donné au malade et l'autre au médecin. Ainsi dans l'examen du jeune drogué, il m'aurait été possible, mais sous réserve d'une bonne maîtrise de la situation, de lui proposer de jouer au jeu du "père drogué" et de "l'enfant désiré" (Cf. Obs. N°24)

Un exemple achevé de jeu de rôle nous est donné par J. Salomé (74).

Il s'agit d'un enfant qui avait 12 ans lorsque son père s'est suicidé par pendaison. Le silence autour de cet événement tant dans la famille que dans sa vie, fait que souvent il a "mal au larynx" (étouffements, étranglements); pendant trente ans de sa vie, il subira de multiples opérations : amygdales, kystes, ganglions à la gorge, etc... Dans un jeu symbolique il parlera à son père et lui dira sa colère et son amour, sa fidélité à travers toutes ses cicatrices, autant de preuves de l'existence de ce père qui s'est dérobé trop tôt et à qui il a été impossible de dire : "Je t'aime et je t'en veux".

e) Symboliser la relation par un lien

Il s'agit dans tous les cas de montrer à son patient qu'il n'est responsable que de son bout de la relation, c'est à dire de lui permettre de se différencier de l'autre grâce à un jeu de rôle de type particulier (73). C'est ce qu'a proposé F. Rodary (66) à une patiente qui ne parlait que de son mari (extrait d'observation) :

"Madame, c'est vous qui êtes en consultation. Si vous le voulez bien, je n'accepterai plus que vous me parliez de votre mari : je n'entrerai plus dans votre discours sur lui; je n'accepterai d'entrer en dialogue avec vous que lorsque vous direz : "quand mon mari dit ceci ou fait cela, voilà ce que je ressens moi".

Il a fallu le redire, faire des dessins, utiliser une symbolisation pour faire discerner à Madame T. sa responsabilité personnelle à son extrémité de la relation. Chacune sur notre chaise, reliées par le mètre de couturière, je jouais le rôle de son mari, j'injectais dans le centimètre des propos condescendants :

"Attends, je vais t'aider, tu n'es pas capable"

"je contrôle tout, toi tu ne sais rien faire"

"tu n'as pas d'instruction, tu n'as qu'à te taire"

et je veillais à sa réaction :

"regardez, je n'ai de pouvoir que sur mon bout de centimètre et vous, vous gardez tout votre pouvoir sur votre extrémité, sur ce que vous allez faire de mon message. Qu'est-ce qu'il touche, **chez vous**".

f) Enlever un plâtre peut devenir un jeu corporel, symbole d'une réalité plus profonde
(66)

C'est ce que nous prouve cette observation du Docteur F. Rodary (extrait) :

Nathalie s'est cassé le bras. Aujourd'hui, c'est le moment d'enlever le plâtre. Comme tous les enfants, (et beaucoup d'adultes), elle a peur de la scie à plâtre. J'écoute et j'entends sa peur; et je lui montre que ça chatouille et ne coupe pas; je mets mon doigt sur la roulette, son frère aussi; puis elle franchit sa peur malgré le bruit épouvantable de la scie, et pose son doigt dessus : OK, ça chatouille, ça ne fait pas mal.

Je m'apprête à scier le plâtre, mais elle se retire et s'écrie : "je ne veux pas qu'on m'enlève mon plâtre".

La maman s'énerve un peu et tente une attitude ferme et autoritaire.

Mais je reprends l'initiative de l'écoute : je pose la scie et je la regarde tranquillement pour confirmer son message : "Oui, si j'entends bien, tu ne veux pas qu'on enlève ton plâtre".

"Non, je ne veux pas"

"tu ne veux pas qu'on l'enlève... j'ai l'impression que tu te trouves bien dans ton plâtre... est-ce que je me trompe ?"

"Oui, c'est mon plâtre, je veux pas qu'on l'enlève"

Me vient alors une idée (venue de F. Dolto), celle du crustacé dans sa carapace :

"Est-ce que tu connais les homards ?"

"Non"

"est-ce que tu connais les huîtres ?"

"non"

"Est-ce que tu connais les moules ?"

"Oui, je sais ce que c'est les moules ! j'en ai mangé" (j'aurais été mieux inspirée d'évoquer d'emblée les crustacés ou les mollusques bas de gamme !)

"Ah ! tu sais ce que c'est les moules : eh bien tu sais, elle est bien contente la petite moule, elle est bien au chaud, bien protégée dans sa coquille, il ne peut rien lui arriver, ça lui fait comme une petite maison; elle n'a pas du tout envie d'en sortir; d'ailleurs, les moules ça ne sort pas de la coquille : elles sont trop fragiles; mais... elles ne voient pas grand chose de la vie, les moules, elles sont bien à l'étroit dans leur coquille, elles ne peuvent pas bouger beaucoup !..."

Nathalie ne pleure plus : elle écoute l'histoire de la moule;.. peut-être y-a-t'il des résonnances ? Je continue :

"Mais nous, nous ne sommes pas des moules : il faut toujours sortir de quelque part pour vivre, pour grandir !... Toi, Nathalie, tu es sortie du ventre de ta maman, et puis tu es sortie de

la crèche, et puis de la classe des petits et de la classe des moyens et puis tu es sortie de ton lit ce matin pour vivre aujourd'hui...

Nathalie cherche ses "sorties"... Et aujourd'hui, une petite partie de toi, ton bras va sortir du plâtre ! Nathalie écoute... Elle me regarde, puis... elle me demande si elle pourra emporter son plâtre ! : "Je vais le donner en cadeau à mon papa !".

Et le plâtre est enlevé avec une infinie douceur.

g) Proposer Le stéthoscope à un bébé

Nous citerons ici l'observation d'un pédiatre (63) : sur le bord du bureau, facilement accessibles, se trouvent toujours quelques jouets, mais aussi les instruments habituels "du docteur" : le stéthoscope et le marteau à reflexe; une fois le bébé installé sur les genoux de sa mère, en sécurité, il ne manque pas d'être attiré par ces nouveautés : Non, ne touche pas, intervient souvent la maman, c'est au docteur !

"Ça ne fait rien, Madame. Vous avez raison de lui apprendre à respecter ce qui n'est pas à lui. Mais ici, c'est moi qui commande, et moi je l'autorise. Je sais que c'est important pour lui de toucher à tout".

Ce qui se joue autour du stéthoscope, à dix mois, lorsque je m'apprête, selon le scénario décrit, à ausculter, est toujours intéressant. S'il est accepté, pas de problème. Mais parfois, il est refusé, ou bien il est pris pour être rejeté violemment. Enfin, il provoque parfois une terreur incontrôlée. Je demande alors à la maman de présenter elle-même le stéthoscope, mais sans le mettre de force dans les mains de son enfant. Il est vraiment curieux de voir, dans ces conditions, comment, avec ou sans mouvement d'hésitation, l'enfant se saisit du stéthoscope!

"Vous voyez, dis-je alors à la maman, ce n'est pas pareil quand c'est moi qui propose et quand c'est vous, la maman..."

Il joue un moment avec. Ensuite, pour moi, cela devient un "jeu d'enfant" d'écouter les bruits du coeur et des poumons dans le plus grand confort.

Il arrive que le stéthoscope ne soit pas accepté, même proposé par la maman.

"Ça en fait rien, dis-je, tu n'es pas obligé. Je le mets là. Quand toi tu voudras, tu pourras le prendre." Un peu plus tard, avec une fréquence significative, pendant que je parle aux parents, que fait le bébé ? Il prend possession du stéthoscope !

Ces petites scènes médicales de tous les jours sont très instructives. Comment Claude peut-il mieux nous expliquer qu'il a besoin de sa maman (ou d'une personne avec qui il est en confiance) pour l'aider à découvrir le monde dont il est si curieux ? Comment peut-il mieux nous dire qu'il se développera mieux et plus vite si les adultes respectent le rythme de sa curiosité ? Il continue à la perfection à exercer son rôle de professeur !

4) Le Rituel (89)

De toutes les interventions et techniques proposées par Watzlawick (cf. paragraphe précédent), le rituel représente la synthèse la plus exhaustive et la plus élégante (89). Herman Hess écrit à propos du rituel : "si l'humanité devait s'éteindre à l'exception d'un seul enfant

honnêtement doué n'ayant reçu absolument aucune éducation, cet enfant redécouvrirait tout le cours des événements, il recréerait les dieux, les démons, le paradis, les commandements et les interdits, l'ancien et le nouveau testament, bref, tout".

A notre époque dominée par la logique, donc par le cerveau gauche, nous avons banni le rituel de notre vie; cela contribue à créer en nous une impression de vide; il existe encore des rituels, mais la plupart ont été vidés de tout contenu comme la cérémonie moderne du mariage.

Jung analysa mieux que quiconque l'importance psychothérapique du rituel, mais souligne Watzlawick il se contenta de chercher à analyser les rituels, ce qui revient à dire qu'il se borna à les traduire dans le langage de l'hémisphère gauche.

C'est à la psychiatre Mara Selvini de Milan que nous devons l'introduction dans la psychothérapie inter-actionnelle de la technique qui consiste à utiliser des rituels délibérément conçus et bien adaptés. Un médecin généraliste n'engagera de telles démarches que s'il y est formé et si l'aide d'un psychothérapeute est refusée ou bien...a échoué (Cf. ci-dessous); le Docteur Selvini qui s'occupe de thérapie familiale note :

Un rituel familial est une action ou une séquence d'actions qui s'accompagne de formules verbales et qui implique la famille toute entière en un temps et en un lieu précis.

Cela exige donc un grand effort de création adaptable à chaque famille, car chaque famille joue à ses propres jeux; le rituel est une sorte de contre jeu qui une fois mis en place détruit le jeu initial; il s'agit en d'autres termes de remplacer par un rite sain un rite malsain; Mara Selvini cite l'exemple d'un enfant suivi en thérapie familiale et qui semblait totalemt imperméable à l'approche psychanalytique, manifestant de surcroit une hostilité intolérable; les neurologues l'avaient étiqueté en temps que malade et l'avaient drogué avec des doses massives de tranquillisants; chez lui il passait donc pour un fou et on l'autorisait à se conduire d'une manière que nul n'aurait jamais accepté d'un enfant normal; il lançait des coups de pieds vicieux au visage de sa mère quand elle se penchait pour lui attacher ses lacets; par contre dès qu'il se comportait comme un enfant normal de son âge, il lui fallait invariablement subir de longs sermons et essuyer des reproches pour sa conduite passée. Les thérapeutes comprirent rapidement qu'il fallait tout d'abord faire disparaître cette situation de double contrainte et pour cela démolir la conviction des parents que leur fils était aliéné, mais ils réalisèrent également que des explications verbales ne suffiraient pas pour ce faire, car elles seraient vite contredites par les faits; ils décidèrent donc de prescrire à la place le rituel familial suivant :

Le soir même, après le souper, la famille au complet : le père, la mère, le patient, sa petite soeur, la grand mère maternelle iraient en procession à la salle de bain; le père porterait tous les médicaments de l'enfant et s'adresserait à son fils solennellement en ces termes :

"Aujourd'hui, les médecins nous ont dit qu'il fallait jeter tous ces médicaments parce que tu vas très bien; tu n'es qu'un enfant méchant, c'est tout; c'est bien simple, désormais nous ne tolérerons plus aucune de tes sottises"; sur ce, il viderait avec beaucoup de cérémonie tous les flacons dans le lavabo, un par un, en répétant à chaque fois : tu vas très bien; le rituel se montra

très efficace; le fils en vint à perdre complètement son agressivité et peu après le conflit secret entre les parents s'en trouva dénoué à l'amiable".

5) Les médicaments source de symboles (55)

Il est possible de faire jouer aux médicaments le rôle de personnages, par exemple, le rôle paternel tenu par des fortifiants, le rôle guerrier tenu par des antibiotiques, la posologie pourra être modifiée selon l'évolution du patient qui pourra effectivement faire ainsi un travail de symbolisation; nous pensons même qu'il y a un double travail symbolique à ce niveau :

- Au niveau de l'histoire en elle-même et de ses personnages mythiques
- Au niveau des médicaments qui représentent les personnages.

6) Le dessin

Nous avons déjà envisagé l'intérêt du dessin dans le chapitre des symbolisations chez l'enfant (exemple du service de chirurgie cardiaque). Nous ajouterons que le dessin n'est pas un moyen d'appréciation en soi; ce qui est important, c'est autant et plus ce que l'enfant dit à propos de son dessin, les associations qu'il donne et la situation des dessins dans l'ensemble de l'expression et du comportement. Le dessin libre apparaît dans une relation enfant/médecin comme un langage (figuratif ou symbolique où se dessine le désir caché comme dans une élaboration de rêves et possible comme elle d'interprétation) mais nous pensons qu'il faut beaucoup de prudence et de savoir faire dans le maniement de ces interprétations et que le rôle du médecin généraliste est de laisser avant tout l'enfant utiliser tous les moyens d'expression. (16).

7) Le respect de l'autonomie symbolique

Le professeur Bernard Hoerni (32) cite le cas d'un malade en train de mourir, qui "s'agitait comme un diable", pour autant que son affaiblissement lui en laissait la possibilité; une de ses infirmières réussit à entendre la cause principale de son inconfort : "je m'étais juré de mourir debout"; L'infirmière lui tint ce langage : "je vous comprends mais il ne faut pas s'arrêter aux apparences; être debout ne tient pas à la position du corps mais à la disposition de l'esprit, je m'occupe de vous depuis plusieurs jours, je n'ai jamais eu l'impression que vous étiez couché; votre corps est peut-être allongé, mais on sent bien que vous êtes debout face à la mort, vous n'êtes pas infidèle à votre serment, vous êtes même peut-être en ce moment plus debout dans votre tête qu'à d'autres moments de votre existence où votre corps était pourtant redressé"; le malade s'apaisa, un sourire éclaira son regard, il avait retrouvé la dignité qu'il avait cru perdue, parce qu'on l'avait aidé à la reconnaître, parce qu'on l'avait regardé avec respect comme un homme debout.

8) La symbolique de la blouse blanche

Le Docteur Dutot (25) généraliste énonce de la façon suivante Sa symbolique de la blouse blanche : "Lorsque j'entre dans mon cabinet, que je passe ma blouse blanche, je ne pense plus du tout à moi, toute ma vie personnelle, je la laisse à la porte et c'est indispensable, sans quoi

elle interviendrait dans les entretiens que j'aurai avec mes patients et ferait écran. Or je dois être pour l'autre un interlocuteur absolument neutre, blanc".

9) Le rêve

Nous arrivons ici aux frontières de la psychanalyse; toutefois il nous est apparu important de ne pas occulter une des formes les plus fondamentales du langage symbolique. Le médecin généraliste non formé à la psychanalyse se gardera bien de se lancer dans des interprétations abusives d'autant plus que le décryptage d'un rêve ressemble à la résolution d'une équation à plusieurs inconnues (1).

Mais la connaissance de quelques points de repères fondamentaux sera très importante pour son patient et pour lui; les éléments apportés ici ne sont qu'une introduction partielle au décryptage des rêves, pouvant aider son patient dans la prise en charge de ses propres rêves.

Hippocrate en examinant chaque malade demandait qu'il parle de ses rêves avant d'arriver à son diagnostic (65h).

Les sociétés traditionnelles utilisent également le rêve dans le diagnostic et le traitement des maladies.

a) Rêve et symbole. La notion d'archétype

Selon Jung, les rêves sont la source principale où nous puisons notre connaissance du symbolisme; il introduit par ailleurs la notion d'archétype* : Ce sont des éléments du rêve qui ne sont pas individuels et ne peuvent être tirés de l'expérience personnelle du rêveur. Ils semblent être innés et constituer un héritage de l'esprit humain. Ces images afflueront lorsque seront en cause des problèmes humains fondamentaux; "les archétypes se manifestent comme des structure psychiques quasi universelles, une sorte de conscience collective" (1).

b) L'interprétation des rêves, un art difficile

Le rôle du médecin généraliste est ici de permettre à son patient, s'il en éprouve le besoin d'accéder (s'il le peut) à l'auto-interprétation de ses rêves.

C'est ce que montre ce témoignage d'une patiente suivie par un médecin généraliste pratiquant l'écoute active (25) (observation partielle).

"La nuit suivante, j'ai fait un rêve absolument extraordinaire : je me trouvais dans une cage de verre, dans laquelle il y avait des toilettes à la turque. seulement, l'endroit où mettre ses pieds se trouvait très loin du trou. Si je mettais mes pieds dessus, personne ne me voyait, mais je ne pouvais pas faire. En revanche, si je me plaçais au dessus du trou, tout le monde pouvait me voir. Et moi, j'avais envie d'aller aux toilettes. Alors j'ai mis mes pieds à l'endroit prévu. Mais j'étais trop loin du trou. J'ai donc reculé, et quand je suis arrivée au dessus du trou, je me suis rendu compte que tout le monde me regardait. Et quand je me suis mise à faire, il m'est passé entre les jambes un flot de paroles...

"Je me suis réveillée en sursaut et immédiatement j'ai pensé : il faut que j'aie le voir. C'est pour ça que je suis revenue. Parce que ce rêve m'a fait comprendre qu'il fallait que je me

mette à nu, que je vous parle d'un certain nombre de choses que j'ai toujours gardées pour moi, et qui sont probablement la cause de mes troubles actuels."

10) La démarche d'archéologie familiale (78).

Il est intéressant lorsque survient une maladie ou un accident de s'interroger sur ce qui s'est passé pour notre père ou notre mère lorsqu'ils avaient l'âge que nous avons au moment de tels événements; c'est une recherche difficile car elle peut concerner deux ou trois générations. J. Salomé nous donne l'exemple d'une femme qui a eu à 44 ans un cancer du sein; vers 50 ans, elle raconte comment elle a vécu cette aventure :

"J'ai caché tout cela à mon entourage, personne n'a su ce que j'avais. J'ai profité de mes vacances pour me faire opérer. Même ma famille n'était pas au courant..."

Nous l'avons invitée à relier l'âge qu'elle avait au moment de l'apparition de son cancer avec ce qui avait pu arriver à sa mère lorsqu'elle avait le même âge. Après un premier temps de négation ("il ne s'est rien passé de particulier..."), elle nous dira : "Oh oui ! je me souviens ! Ma mère a eu ma petite soeur; au début de sa grossesse, elle était honteuse et elle avait laissé croire qu'elle souffrait d'un fibrome. Comme je faisais des études pour devenir puéricultrice, c'est moi qui me suis occupée du bébé".

Un peu plus tard, elle reconnaîtra combien cette naissance avait "empoisonné sa vie".

11) Introduction à la notion de soin relationnel

Cette notion (72) définit l'ensemble des attitudes, des comportements et des paroles de l'accompagnant qui devraient permettre à une personne malade de :

- * tenter de comprendre le sens de sa maladie dans son histoire personnelle et familiale.
- * se relier à son entourage
- * clarifier sa relation au traitement et aux "personnages clés" qui le prescrivent (médecins généralistes et spécialistes).
- * "se réapproprier ses choix de vie" de la meilleure façon possible.

Il est évident que tous ces soins viennent en appui, en complément des actions thérapeutiques classiques

A partir du moment où le patient a contracté le sens de son symptôme rien n'est plus comme avant. "Le pas essentiel a été fait mais le travail n'est pas terminé; il s'agit maintenant de soigner la relation blessée de son patient en le responsabilisant, en lui permettant d'accéder au jeu", nous emprunterons ici quelques extraits d'observations au Docteur F. Rodary (66). Les démarches symboliques vont se concrétiser par des gestes symboliques et par des ordonnances relationnelles; tout cela permettra de "SOIGNER LA RELATION BLESSEE" : c'est le soin relationnel.

a) Un ancrage par des gestes symboliques

Ce qui a été découvert, mis en mots par le patient parfois "dans un flot de larmes" a besoin d'être "rejoué sur d'autres modes" : c'est encore fragile. "Les résistances veillent" pour empêcher le changement.

Les gestes symboliques confirment au patient qu'il est engagé sur un nouveau chemin.

α) Fatima et le papier dans les WC (66)

"Fatima doit bientôt accoucher. Elle a peur. J'écoute sa peur : elle me raconte alors la dure parole d'une infirmière de gastroentérologie. Fatima avait mal supporté une fibroscopie, s'était affolée et avait arraché son tube. L'infirmière lui a décoché cette flèche empoisonnée : "Vous allez voir quand vous allez accoucher!".

Alors aujourd'hui, Fatima a peur à l'approche de son accouchement.

J'écris cette parole mauvaise sur un papier. Je la place entre guillemets, j'ajoute une entête : "cette parole est celle d'une infirmière" et un PS : elle ne m'appartient pas.

Je fais lire le papier à Fatima. Elle rit, elle dit : "oui, ce n'est pas à moi".

Je lui demande de signer : elle le fait. Je mets le papier dans une enveloppe et je lui propose de le jeter dans les cabinets et de tirer la chasse d'eau.

Fatima respire et rit : "Oui, je vais le faire !". Elle va pouvoir maintenant aller suivre les séances de préparation à l'accouchement avec un coeur plus léger, plus ouvert.

β) Halima et le caillou enterré (66) (extrait)

Halima avait perdu sa petite soeur de un an pendant la guerre d'Algérie(...) Actuellement, elle travaille à l'hôpital et s'angoisse devant la maladie et la mort au point de devoir arrêter son travail après avoir été plusieurs fois changée de service (...) "Je lui propose d'écrire à cette petite soeur qu'elle avait pratiquement élevée pendant sa seule et unique année de vie, de lui dire tout ce qu'elle avait espéré de sa présence, tout ce qu'elle avait imaginé pouvoir vivre avec elle, sa détresse de la voir partir, de lui dire au revoir".

Quelques temps plus tard, Halima me dit :

"Vous savez, je ne lui ai pas écrit, à ma petite soeur : je n'arrivais pas à le faire; mais j'ai pris un caillou et je l'ai enterré dans le parc, là où il y a des roses. Ça m'a fait du bien" (...)

γ) Hakim et le flacon à colères (66)

Hakim était un petit garçon plein de colères et désespérait sa maman (...) "J'ai pris un flacon en plastique et je lui donne ce flacon : "c'est un flacon à colères : quand tu te sens plein de colère, tu peux mettre dans le flacon un caillou : un gros, un petit, un tout rond ou un coupant, comme tu veux. Comme ça, tu pourras la regarder de loin, ta colère. Et puis peut-être qu'à un moment, tu pourras remettre le caillou dehors, quand il n'y aura plus de colère".

δ) Et bien d'autres démarches à inventer dans un registre sans limites (66).

* Parfois il s'agit d'enterrer symboliquement... les reproches, les injonctions reçues dans l'enfance, les peurs, etc..., peut-être après les avoir écrites sur un bout de papier.

* Parfois il suffira de dessiner un sac pour y déposer quelque chose à sortir de soi.

* LE REGISTRE SYMBOLIQUE EST SANS FIN NI LIMITE et je suis toujours étonnée note F. Rodary de la facilité avec laquelle les personnes entrent de plain-pied dans ces propositions, enfants comme adultes. Bien sûr, il nécessite de ma part d'avoir l'imaginaire en éveil ! Mais il parle, il ouvre, il relie.

b) L'ordonnance relationnelle (66 - 72)

Elle est un point de repère écrit, qui va tenir compte de la vie du patient. Elle sera précise, comme une prescription de médicament, avec une dose, une durée. En fin de "traitement", la personne reviendra faire le point.

* "Bernard vient d'être papa d'une petite fille. Il est tout à sa joie et à son émerveillement. mais il n'en peut plus. Depuis la naissance de sa fille qui a trois semaines aujourd'hui, il ne parvient plus à dormir. Le bébé réclame à manger chaque trois heures et le manque de sommeil l'épuise. Son travail est fatigant, mais il n'envisage pas de prendre un peu de repos. Il finit par s'inquiéter de sa santé : tout cela est-il normal ?

L'entretien fait apparaître une relation triangulaire semble-t'il bien harmonieuse. La difficulté semble circonscrite au manque de sommeil.

L'ordonnance relationnelle avait pour finalité de lui permettre d'écouter en lui ses besoins sans se culpabiliser.

1 - je reconnais à ma fille de trois semaines le droit d'avoir faim toutes les trois heures.

2 - je sais que j'ai besoin de 8 heures de sommeil par nuit

3 - cette période de sa vie est importante pour elle et ne durera pas longtemps. Je tiens à vivre cette période avec elle détendu et disponible.

4 - en conséquence, je choisis de m'arrêter 10 jours.

Il est parti détendu, m'affirmant en riant : "je vais la garder, cette ordonnance : je lui donnerai le jour de ses 20 ans !".

c) La proposition symbolique n'est pas une psychanalyse (60)

α) la psychothérapie psychanalytique : elle a pour base l'analyse du transfert représentant l'actualisation des désirs infantiles refoulés, qui se reproduisent dans le conflit intra-psychique. Cela suppose l'installation d'une névrose* artificielle appelée névrose de transfert.

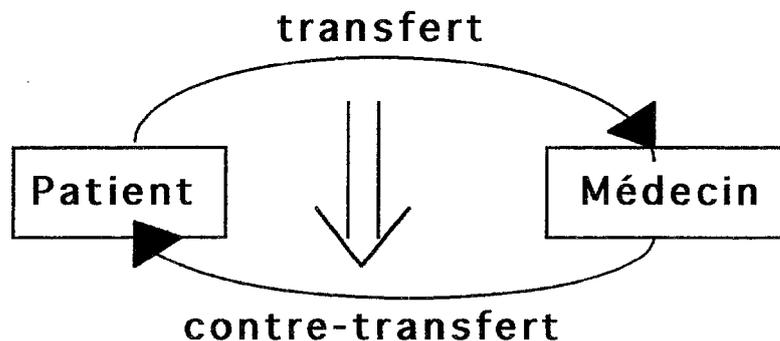
Un simple transfert comme il en existe pratiquement dans toute relation humaine, ne saurait suffire. Cette névrose de transfert est facilitée par la psychanalyse.

β) L'entretien clinique

Dans cet entretien tel que nous l'avons décrit jusqu'à présent, et qui nous a amené aux démarches symboliques, il existe certes un transfert et un contre-transfert qui doivent être repérés dans les phénomènes de résonance que nous avons décrits (60a).

Nous rappelons que le transfert est "le processus par lequel les désirs inconscients du patient s'actualisent sur certains objets (par exemple le médecin) dans certains types de relation (par exemple la relation d'écoute active).

Le contre-transfert est "l'ensemble des réactions inconscientes du médecin à la personne du patient" et plus particulièrement la réaction au transfert du patient"



Dans l'entretien clinique, transfert et contre-transfert ne conduiront pas à une analyse de la névrose de transfert, contrairement à une psychanalyse.

Cela n'empêche pas l'apparition des fantasmes* mais réalité et fantasme ont chacun leur place.

Ainsi une série d'entretiens cliniques bien conduits peut avoir un effet thérapeutique sans prétendre pour autant au statut de psychothérapie.

Le médecin qui mène un entretien clinique à visée thérapeutique fait un travail différent de celui du psychanalyste : il doit observer attentivement l'ensemble des interactions dans lesquelles il est pris et pouvoir décider à tout moment s'il ne vaut pas mieux interrompre la relation.

γ) La résistance

Dans le sens psychanalytique, elle désigne tous les procédés qui s'opposent à la progression de la cure (fuite dans la maladie, mécanismes de défense, etc...)

Dans l'entretien clinique d'une relation d'aide, elle évoque deux manifestations :

γ1) La première tient à un héritage historique du XIXème siècle qui fait croire que pour guérir parler est ~~insuffisant~~ : la notion de soins est associée à l'appareillage technique, d'autant plus efficace qu'il semble plus complexe (scanner, etc...). Parallèlement, on croit aux théories fantaisistes qui n'ont aucune assise scientifique.

En fait les deux croyances reflètent la même pensée magique. Entre ces deux extrêmes, celui qui soigne avec des mots est peu crédible actuellement.

γ2) La seconde manifestation de la résistance vient au jour pendant l'entretien : "le patient a soudain le sentiment qu'il en dit trop, qu'il va se livrer à la toute-puissance qu'il imagine chez son médecin". Il peut alors se taire ou "nous noyer dans un flot de paroles", et l'on retrouve alors les pièges tendus par le patient.

Cette deuxième forme de résistance pourra céder parfois sur la simple affirmation du médecin qu'on ne cherche pas à le manipuler. Mais parfois, ce sera plus profond : un peu comme un secret, une énigme "dont il serait vital de préserver la clef".

d) Conclusion : soigner la relation blessée : le chemin vers l'autonomie (72).

La blessure une fois reconnue devra être soignée, pour qu'il ne soit plus nécessaire "de crier la souffrance dans une maladie-langage". Ces soins, c'est l'ensemble des démarches symboliques que nous venons de voir. Parfois une démarche suffira, parfois il en faudra une autre, puis une autre... Chacun avance à son rythme et à sa façon. Mais ce qui importe, c'est la confrontation à la réalité.

Nous insisterons encore sur la notion d'autonomie en soulignant que la médecine relationnelle appelle la **RESPONSABILISATION DU PATIENT**. C'est le malade qui SE guérit; nous soignons, mais nous ne sommes que "des accompagnateurs, des révélateurs du désir qui était caché, enfoui, des "libérateurs d'entraves qui permettent l'éclatement d'une vie qui ne nous appartient pas". "Nous avons la liberté de proposer nos hypothèses de compréhension avec toutes nos clefs d'écoute; nous pouvons entendre dans le registre médical, dans le registre psychologique, dans le registre symbolique et ce n'est pas contradictoire (66).

VIII - ETUDE ETHNOLOGIQUE DES REPRESENTATIONS DE LA MALADIE ET DU RAPPORT MEDECIN/MALADE DANS LES SOCIETES OCCIDENTALE ET TRADITIONNELLES.

Nous allons tenter ici de comparer l'étiologie et la perception de la maladie dans plusieurs ethnies et dans le système occidental; comme le note André Leroi Gourhan (47), la langue "peut être considérée comme un moyen d'appréhender le vrai; elle fait partie de la démonstration et c'est un outil qui pénètre d'autant plus profondément dans la pensée qu'il est plus équilibré et plus harmonieux". Nous pouvons en déduire les très grandes difficultés de la relation médecin/malade d'une culture à l'autre; par ailleurs, nous allons découvrir à quel point le symbole est omniprésent dans les différentes cultures et en particulier dans l'interprétation de la maladie.

A - Constantes et variables dans la relation médecin/malade à travers les différentes cultures.

1) La perception de la maladie selon les cultures

a) La médecine populaire en occident :

Des ethnologues se sont demandés si le patient faisait réellement n'importe quoi pour guérir, si ses conduites n'étaient gouvernées que par le seul intérêt de la souffrance et de l'angoisse. Pour cela, nous allons étudier cette observation d'un ingénieur commercial en tissus d'habillement, dont les deux mains étaient couvertes de verrues (65i) :

"C'était une calamité, j'osais plus les montrer et pourtant dans mon métier, elles sont plus utiles que vous pourriez le croire, parce que les tissus il faut les montrer à leur avantage, il faut les faire bouger comme s'ils étaient déjà des chemises ou des pantalons (...) Eh bien, c'était une catastrophe, ils regardaient tous mes mains parce que, je ne vous mens pas, elles étaient déformées, j'en avais honte (...) mes ventes avaient même baissé et mon patron s'en était aperçu, il voulait se débarrasser de moi. J'ai tout essayé, croyez moi, j'ai avalé des kilos de cachets (des verrulyses)[®], j'ai usé aussi je ne sais combien de crayons d'argent, je les ai faites brûler par le pharmacien, je suis même allé à l'hôpital, oui ils m'ont opéré, mais ça n'a rien fait, elles revenaient toujours, des fois plus grosses ou plus nombreuses, ou encore elles revenaient pas à la même place, enfin vous voyez ! (...) ça m'énervait tellement que j'en dormais plus. Ah! oui je me voyais déjà au chômage parce que le bureau je n'en voulais pas, vous pensez mon salaire aurait diminué de moitié et ça je ne pouvais pas me le permettre parce que, à l'époque, on avait acheté une maison (...) Un vendeur de la boîte m'avait donné une adresse d'un magnétiseur à Lyon, j'y suis allé aussitôt mais ça n'a pas marché, je sais pas pourquoi mais ça me faisait rien, alors j'ai arrêté parce que ça commençait à faire cher et c'est pas remboursé par la Sécurité Sociale, ces histoires là. On était désespérés, oui c'était ça ! Vous

allez même trouver ça absurde mais un dimanche avec ma femme, on est allés à Ars, mais ça pouvait pas marcher, parce que l'Eglise et moi ça fait deux (...) Et puis un jour, un de mes clients m'a donné l'adresse de M. que vous connaissez, je crois ! J'y suis allé mais j'y croyais plus, c'est ce que j'ai dit à ma femme. Enfin bref, c'est lui avec ses pommes qui m'en a débarrassé (...) c'est parti en trois ou quatre semaines mais pas plus".

L'intérêt du corps existe, mais le malade n'est pas prêt à tout pour le satisfaire. Quand on souffre, on croit aller n'importe où, mais on va toujours sur des chemins déjà tracés. Ainsi notre interlocuteur, qui semble emprunter toutes les voies thérapeutiques existantes, renonce pourtant par deux fois, à deux d'entre elles : au magnétiseur de Lyon d'abord, au pèlerinage au Saint curé d'Ars ensuite. Les raisons morale et religieuse sont plus fortes que la souffrance, même si, dans notre exemple, elle n'est que sociale.

pour ce patient comme pour les autres, il n'y a pas d'avis autorisé et obligatoire parce que la spécialisation, les références universitaires ou le don de guérisseur ne sont pas des garanties suffisantes. "L'efficacité des institutions médicales, c'est d'abord et surtout ce champ de combinaisons des techniques où la progression est laissée au libre arbitre du malade". Tous les patients ne font pas un tel parcours, mais tous procèdent à un choix comme l'évoque J.P. Heliaz : "Pour les membres cassés... on préfère aller voir les rebouteurs... Mais il ne viendrait à personne l'idée d'aller voir un médecin de papier". Ce "champ de combinaisons possibles" de techniques curatives forme, n'en doutons pas, la médecine populaire.

Il est important de remarquer que le patient opère un choix de conduites thérapeutiques en fonction de celles qui lui sont recommandées par le groupe d'usager, ici sa famille, le pharmacien (verrulyse), le médecin (opération chirurgicale), sa femme (pèlerinage), les collègues de travail (le magnétiseur). Ainsi le patient sélectionne ses conduites de malade en rapportant son cas à celui d'autrui; la gravité de la maladie est estimée en fonction de sa localisation et de la gêne qu'elle procure dans le travail.

Dans l'exemple que nous avons pris, si les verrues contaminaient une région cachée, le patient souffrirait beaucoup moins, le mal serait jugé peu puissant puisqu'il n'attaquerait pas une zone exposée si importante pour un vendeur; enfin, nous pouvons noter que le patient ne tient aucune conduite curative comme résolue et un résultat n'est jamais acquis s'il ne l'a pas décidé.

b) La représentation de la maladie dans la Société algérienne.(65r)

Dans cette société on considère comme traditionnel ce qui est lié aux coutumes ancestrales, où le culturel et le religieux se trouvent étroitement mêlés (manière de faire, de dire et de penser transmises au sein de la famille). On considère comme moderne tout ce qui se réfère au système occidental (savoir scientifique, technologie, etc...) et aux formes socio-culturelles en rupture avec la dynamique interne du groupe; les deux systèmes ne s'excluent pas et les innovations sont acceptées à condition qu'elles assurent le bien être "social" et qu'elles ne soient pas imposées, comme à l'époque de la colonisation. Malgré une fréquentation massive

des hôpitaux, le recours aux thérapies traditionnelles est un phénomène courant : consultation de chef religieux, consultation de guérisseur, etc... Souvent associée à la fatigue, la maladie est perçue comme une altération de l'état physique, psychologique ou mental engendrée par des soucis matériels, les difficultés de la vie quotidienne, mais aussi par des conflits avec l'entourage "parents, amis, voisins"; ici les thérapies traditionnelles trouvent toutes leur justification. Par ailleurs, les malades demandent de plus en plus d'explications précises, scientifiques, de leur état, d'où une grande demande d'ablation des organes supposés défectueux. Mais les causes surnaturelles sont loin d'être abandonnées dans les tentatives d'explications de la maladie. Quand une personne est malade, dans un premier temps, la famille va essayer avec le concours éventuel des parents, voisins ou amis d'établir un diagnostic; si l'on juge la maladie bénigne, on essaye de rassurer et on procure les soins nécessaires, "infusions d'herbes, etc...", mais surtout le malade est très entouré et devient le centre d'intérêt de la famille qui lui procure soutien et réconfort. Si son état s'aggrave on le conduit à l'hôpital ou chez un médecin, on utilise alors le savoir scientifique occidental, mais on cherche en même temps à le contrôler lorsque son efficacité n'est pas perçue immédiatement.

Enfin, lorsque la maladie devient chronique, on adresse le malade à des thérapeutes traditionnels chez qui le rôle des forces surnaturelles ne fait plus de doute; la référence au système traditionnel ne signifie pas uniquement un désir de perpétuation des croyances ancestrales, le rattachement à une histoire sociale, à des traditions et des coutumes, le respect de l'autorité des anciens, mais traduit aussi la réaction d'un groupe menacé dans son intégrité face à l'échec du système thérapeutique occidental. En conclusion, on peut dire que le problème de la maladie dépasse largement le cadre individuel et institutionnel et concerne la famille et tous les membres de son réseau relationnel, on se trouve en présence d'un système non encore stabilisé qui se développe par le passage continu d'un ensemble de références symboliques à un autre en fonction de l'efficacité de l'un ou de l'autre;

c) On souffre selon sa culture (65e)

Ainsi au Laos, la colique hépatique n'est pas pathétique, la colique néphrétique n'est pas frénétique; le langage lao de la douleur est très riche :

Il utilise en effet des termes qui ont un sens médical strict ou des termes plus rares, simplement descriptifs. Quelques exemples en témoignent :

- Shep Siep : douleur aiguë en coup de poignard, douleur qui irradie s'oppose à :
- Chep pouat : Douleur à type de crampes lancinantes
- " hit : douleur comme une piqûre d'insecte (moustique)
- " houm : douleur modérée interne
- " moup : douleur par pression (céphalée temporale)
- " sep : douleur avec sensation de brûlure
- " nene : douleur à type de pesanteur épigastrique solide

- " chouck : douleur qui bloque la respiration comme si on recevait un coup de poing dans le ventre.

- " Sahat : douleur traumatique grave

- " bit : douleur à type de torsion

- " kheuang : hyperesthésie modérée

Ce langage de la douleur est ainsi un langage précis, très descriptif, médical. Comme si le malade n'éprouvait pas le besoin d'exprimer sa subjectivité au niveau du langage. La douleur est mise à distance comme si le malade était son propre médecin. Il n'y a d'ailleurs pas de distance entre le langage du médecin et du malade dans la culture populaire. Il n'y a donc pas besoin de métaphores, au contraire de la langue française, pauvre en termes proprement descriptifs, qui utilisera des métaphores.

Il est d'ailleurs frappant de noter les similitudes de langage du malade français du XVIIIème ou XIXème siècle et celui du malade laotien avant la confrontation à la culture médicale moderne.

d) Le migrant confronté à la maladie ou "parler dans deux registres".(65s)

Confronté à ses symptômes, le migrant va chercher des modèles d'explications à sa maladie qu'il pourra puiser soit dans la société traditionnelle ("on m'a jeté un sort") soit dans la société moderne ("j'ai fait une dépression parce que mon père m'empêche de sortir").

En psychiatrie, il sera très important de différencier ce qui relève de la croyance et ce qui relève du délire; nous retiendrons trois critères du délire :

1° Il est vécu dans la réalité par le sujet

2° La croyance traditionnelle est déformée dans les propos du sujet

3° L'émotion est disproportionnée par rapport à l'évènement d'ordre magique.

Cela est bien repérable par l'entourage et se traduit en troubles du comportement.

En conclusion, face au migrant qui exprime sa souffrance à partir d'un modèle magique, le psychiatre occidental et le médecin généraliste devront avoir une connaissance relative de la culture du pays d'origine tout en restant à leur place. IL s'agit d'éviter comme nous l'avons vu dans le chapitre VI le double écueil de l'ethnocentrisme* et du relativisme culturel.

2) Les multiples fonctions du "médecin guérisseur", sa place dans la société traditionnelle.

a) Au Brésil, le "Paje" : juge, confesseur et médecin (65n)

Dans le nord-est brésilien, le "pajé" jouait un rôle très important puisqu'il était à la fois juge, confesseur et médecin. Les malades y trouvaient une réponse globale à leur souffrance; il donnait un sens à ces évènements en rapport avec la dynamique de la vie quotidienne de chacun; il faisait usage de médicaments à base de racines et infusions des plantes locales dans un contexte rituel et sacré. Etre soigné était à la fois prendre soin de son corps, repenser sa relation avec soi-même, avec les autres et avec les divinité. La culture du colonisateur a séparé les fonctions jadis attribuées à une seule personne; aussi les couches populaires restées fidèles

aux anciens modèles culturels sont déçues lorsqu'elles ont accès à la médecine officielle : elles attendaient plus du médecin, d'où les diverses pratiques médicales populaires partant à la recherche de cette unité perdue.

b) Au Niger, on cherche un thérapeute de sa catégorie sociale et religieuse.(65f)

Dans le pays Hausa, au Niger, la santé et la maladie sont perçues non pas en elles-mêmes et seulement en tant que telles, mais en relation avec des facteurs sociaux et religieux qui leur donnent tout leur sens.

Ainsi le terme "Ciwo" représente le mal être, l'inverse de la santé.

La "Fiya" se traduit par le bien être, non seulement physique et moral mais également social : l'homme en bonne santé a la prospérité, la force, la chance, il est à l'aise dans son corps et son esprit comme dans ses relations sociales. La maladie devient un message au même titre que la sécheresse, elle met en cause l'individu ou son groupe dans ses actions et ses pensées. Un thérapeute doit en quelque sorte répondre à plusieurs types d'interrogations.

1° Qui est à l'origine du mal ? Ce qui signifie qu'une même manifestation peut avoir des causes différentes.

2° Pourquoi, quel est le sens du message ? Cela signifie qu'une maladie peut ne pas avoir la même valeur chez tous les individus et que le remède n'est pas forcément uniforme.

3° Comment remédier à ce déséquilibre ? C'est-à-dire comment transformer cette perturbation en un nouvel équilibre ? Ce qui n'implique pas obligatoirement que la cure se termine par la guérison telle que nous l'entendons.

Ainsi la maladie est analysée en liaison avec des facteurs symboliques et sociaux, et pour établir le diagnostic, le malade s'adresse à un thérapeute de sa catégorie sociale et religieuse. Ainsi les "Hausa" islamisés consultent des prêtres musulmans, les adeptes de la religion "Asna" préfèrent l'avis d'un guérisseur devin, "Boka" non religieux, et les uns et les autres peuvent en outre s'adresser aux femmes initiées au culte de possession "Bori".

c) Avoir l'air sûr de soi ou "l'art de la sorcellerie".

Nous retournons ici en occident dans les cabinets de voyance.

Après les travaux de J. Favret Saada sur la sorcellerie dans le bocage normand, celle-ci apparaît (entre autre) comme un langage, une grammaire, une grille de lecture du réel. Ce que l'on fait avec le devin c'est une redite des événements de notre existence, mais une redite recentrée, injectée de surcroît de sens et qui s'avère nécessaire lorsque le sens usuel que nous trouvons dans le cours des choses se déchire à la suite d'une épreuve (maladie, décès, échec...). Les sorciers échangent avec leurs clients deux grandes catégories de produits dont ils se partagent le marché."

* L'un de ces produits correspond à l'image classique de la cartomancienne avec son châle sur les épaules, le chat ronronnant dans un coin. Ce qu'elle nous vend pour répondre à nos incertitudes ce sont les bonnes certitudes de la nature mystérieuse et de ses vertus : ainsi

tout est supposé avec le temps s'arranger, les maladies guérir, les épouses volages revenir, etc... Les critères du vrai sont ici les mêmes que chez les rebouteux.

* A l'autre pôle on trouve le désenvoûteur qui médicalise au maximum son image et sa relation avec son client. Ici tout se passe au dessus d'un bureau où tarots, pendule, table géométrique sont autant d'instruments destinés à préciser un diagnostic rigoureusement positiviste : les faits sont là (ennuis intestinaux + mésaventures avec le voisin + accident de voiture...) objectivant la réalité d'un envoûtement contre lequel on va mobiliser l'arsenal lourd d'une réponse volontaire, immédiate, délibérée.

La prescription clôt la séance tout en appelant à d'autres examens (on retrouve le modèle médical allopathique).

Dans la pratique relationnelle sorcellaire, ce qui est recherché c'est l'assentiment de l'autre, "qui me dédouanera de mes propres doutes"; la relation peut être vue comme une stratégie de déni à deux qu'il y ait une telle stratégie.

"Si moi, sorcier, mon client me croit, ce que je lui avance n'en est que possiblement encore plus vrai". Et vice versa.

d) Au Cameroun, le thérapeute est aussi le forgeron.(65o)

Tout savant devrait avoir un métier de cordonnier. (Albert Einstein)

En dehors de l'inhumation et du travail de la forge, le "forgeron" mafa (et sa famille) assure également la fabrication de multiples poteries (à usage religieux et alimentaire); il lui reste encore assez de temps pour s'occuper par surcroît des accouchements et des "médicaments", et être ainsi dans ces dernières fonctions le précurseur ancestral des différents corps médicaux.

3) La relation médecin/malade dans les sociétés traditionnelles.

a) La relation malade lao/médecin occidentalisé modifie l'expression de la douleur.(65e)

Nous avons vu la richesse de ce langage de la douleur au Laos : l'angoisse déclenchée par une relation inhabituelle tantôt pervertit le symptôme (par rapport aux conceptions traditionnelles) tantôt conduit le malade à minimiser ou à dramatiser sa maladie ou bien à ne pas s'exprimer : il reste bloqué. Ou bien encore le symptôme est perçu de façon erronée, car ce n'est plus la maladie qui angosse mais sa signification sociale, traditionnelle ou non. La somatisation des symptômes qui fait l'économie de l'angoisse explique que les bonzes par exemple confrontés à une double censure individuelle et sociale expriment plus souvent que les autres les symptômes digestifs.

Cependant, il ne nous est pas apparu que l'existence d'un tel écart sémantique fût de nature à fausser le diagnostic. Le travail du médecin en est certes rendu plus complexe, mais le risque d'erreur est pour lui plus minime car la relation thérapeutique est en réalité davantage un "interrogatoire qu'un véritable dialogue".

b) Au Nord-Pakistan, la guérison ne s'achète pas. (65l)

Le thérapeute ne demande jamais de rémunération en espèces : il apporte une aide, réconcilie le malade avec les puissances protectrices de la société et peut recevoir un contre don en nature : nourriture partagée, aliments, tabac... On retrouve une pratique de certains médecins ruraux occidentaux de la première moitié du siècle. Actuellement, si cette pratique subsiste, elle vient en plus d'une rémunération... (cf. obs. n°17)

c) Le motif déguisé de la consultation en Côte d'Ivoire chez les femmes Gouro.(65i)

Les demandes les plus insistantes envers le médecin occidental concernent chez ces femmes le problème de l'aménorrhée : la fatigue, les douleurs migrantes servent d'introduction et petit à petit se fait jour le véritable motif de la visite : "cela fait deux ans que je ne suis plus femme et c'est à cause de cela que je viens chez vous".

B - La relation au remède**1) Remèdes et légendes en Indochine.(65c)**

Un directeur de recherches au CNRS a vécu 9 ans chez les Sré (autoasiatiques). Il a observé le danger de l'octroi de comprimés en doses fractionnées : Le patient ne les prend pas, ou bien il laisse de petits enfants les avaler (il y eut des morts), ou bien il les prend tous d'un coup (et en meurt parfois) pour que ce soit plus efficace. Pour comprendre ce dernier comportement, il faut connaître une légende :

"Un vieux couple n'avait pas d'enfant et s'en désolait. Après une prière à Seigneur Ciel, la vieille reçut sept tubercules, à manger l'un après l'autre. Pour être plus sûre de réussir, elle les prit tous d'un coup et accoucha de septuplés, cause de désastre dans la famille, qui ne pouvait les nourrir..."

On ne soigne pas n'importe qui n'importe comment. Si le médecin est étranger au pays, à la culture, ou simplement au langage propre du patient, il risque de faire plus de mal que de bien.

2) Au Niger, le rite est toujours associé au remède (65f).

La cure associe rituel et remède proprement dit. Le premier a pour fonction principale de rééquilibrer les relations avec le surnaturel en le conciliant, en l'apaisant, voire en le contrant. Son importance est très variable, le guérisseur-devin et l'infirmier du dispensaire n'associent pas, à ce niveau, de sacrifice ni de prière tandis que le prêtre musulman limite son intervention, dans beaucoup de cas, à écrire des versets du coran sur sa planchette, à laver l'encre ainsi déposée et à la faire boire au malade.

Le remède proprement dit doit guérir le trouble; il est composé d'éléments végétaux, animaux, minéraux ou autres, employés seuls ou en mélange. Sa préparation et son administration sont, dans tous les cas, très ritualisées, selon des normes qui font partie des

secrets des thérapeutes et qui sont considérées comme déterminant l'efficacité des substances actives.

3) Au Cameroun.

a) Un rituel de préparation des remèdes par les forgerons Mafa (65o).

Après avoir pris un peu d'eau avec unealebasse dans une citerne voisine, la "forgeronne" est partie cueillir dans la brousse avoisinante une plante nommée *nguirvidal*. "Après avoir trempé cette plante, elle a passé le branchage humide sur le buste et les bras de la patiente en le frottant légèrement. Cette aspersion était accompagnée de paroles dites à voix basse demandant à Dieu de bien vouloir délivrer cette femme stérile. Insensiblement, des milliers de petites cellules solides et translucides, d'aspect un peu glauque et d'un millimètre de diamètre, renfermant un minuscule noyau noir, ont "suinté" hors de l'épiderme de la femme".

b) Le respect du remède (69)

Au Cameroun, on est loin du conditionnement industriel des "pilules" : le nganga (médecin traditionnel) extrait l'écorce d'un arbre (le ngopange) et il prie l'arbre d'accéder à ses désirs par les paroles suivantes :

"C'est moi, je suis venu vous demander une grâce. Je ne tue personne. Je fais simplement mon travail. Ouvrez moi les yeux une nouvelle fois. Jadis c'est vous qui me les avez ouverts. Vous, ngopange".

L'auteur qui relate ces paroles déclare à son tour : "Devant Din et le ngopange, mes intuitions d'enfant qui vénérât prondément les arbres me reviennent en mémoire : ce n'est pas le singe qui est l'ancêtre de l'homme, c'est l'arbre. On retrouve ce même respect de la nature chez les amérindiens.

4) Le symbolisme de la pierre noire (65n).

La pierre noire est un parallépipède de petite taille, fabriquée initialement à Anvers par les pères blancs. Il s'agit d'une thérapeutique populaire reprise en Afrique par des ordres missionnaires catholiques. Elle est considérée par tous ses utilisateurs comme un moyen efficace de lutte contre les effets des morsures de serpents. Son efficacité repose sur un mécanisme alliant le processus de succion et une manipulation symbolique. La pierre noire, souillée par le poison extrait du corps est nettoyée et purifiée à l'eau chaude et au lait blanc et peut alors servir indéfiniment. Sur le plan symbolique, on constate l'opposition "noir-blanc", "pureté-souillure", "intérieur-extérieur". Ces oppositions simples sont universelles dans leur fonctionnement mais sont à rapporter au système de représentation du corps, de la santé, du monde, tant des manipulateurs que des usagers de la pierre noire.

Elle n'a pas d'autre propriété physico-chimique décelable qu'un pouvoir d'absorption des humeurs superficielles et ne serait qu'un adjuvant thérapeutique mineur sans la manipulation symbolique.

C - Symboles et reliances dans la relation malade/médecin des médecines traditionnelles. (et occidentale).

1) La démarche de reliance dans différentes ethnies.

a) Reliance à soi-même, aux autres et aux divinités dans le Nord-Est brésilien (65n)

Nous avons vu que le pajé, juge, confesseur et médecin donnait une réponse globale à la souffrance des gens : Etre soigné étant à la fois prendre soin de son corps, repenser SA RELATION A SOI-MEME, AVEC LES AUTRES ET AVEC LES DIVINITES, le tout dans un contexte rituel et sacré.

b) Reliance aux "divinités du monde souterrain chez les Ladackhi bouddhistes (65g)

On remarque chez ce peuple une articulation entre les différentes parties du corps et les étages de l'univers.

c) La communication avec le sacré

α) Chez les Kalash du Nord Pakistan (65l).

La santé est considérée comme un état de pureté, une communication non rompue avec le sacré. La maladie est interprétée comme un conflit avec les puissances protectrices ou comme la perte de pureté par une faute, un interdit enfreint, un mauvais sort.

β) Les Bons Saints et la guérison dans les ostensions limousines (65j).

Le recours aux "Bons Saints" est encore de nos jours fréquemment utilisé afin d'obtenir aide et guérison. Les ostensions sont des manifestations septennales remontant aux XVe, XVIe siècles et consistant en l'exposition publique des reliques des saints évoqués, cela durant plusieurs mois marqués de cérémonies diverses. Selon les légendes, les saints sont fréquemment fondateurs de cités, un Lien de FILIATION se nouant entre les habitants et le saint patron, équivalent d'un père idéalisé.

Les saints sont les intercesseurs entre Dieu et les hommes. Les personnes interrogées en parlent comme s'ils étaient présents dans la procession.

La prière aux Bons Saints serait un moyen d'échange, un commerce entre le monde profane et le sacré, un pacte entre les vivants et les morts idéalisés.

2) Imaginaire et langage symbolique

a) Le non-dit et le "dit autre" dans les populations traditionnelles d'Indochine (65c).

Dans ces populations, le simple vocabulaire de la conversation n'est pas tout : il y a aussi l'implicite, le sous-entendu, l'allusion cachée, le "dit autre" (métaphores, symboles, ... le "parler forêt") et le non-dit.

La connaissance de ces langages suppose un grand degré de connivence entre l'ethnologue et les hommes "étudiés". Il en est de même dans notre société occidentale entre le

médecin et le malade : mais ici surgit une difficulté supplémentaire : le langage symbolique est enfoui dans la mémoire des hommes (le médecin comme le malade), difficilement accessible dans les relations "de tous les jours".

b) Divination et voyage symbolique du chamane en Indochine (65c)

Pour comprendre le traitement du chamane, nous devons aborder la conception que se fait le peuple jörai de l'être humain :

Durant le sommeil, si nous rêvons, c'est que böngat est sorti, alors que pô est toujours visible sur sa couche. Böngat sort se promener, curiosité, désir d'un ailleurs ? Ce que böngat voit et fait est la matière du rêve. Normalement böngat rentre vite dans son pô; au réveil l'homme entier se souvient et peut raconter. Il arrive que böngat tarde à rentrer, et c'est la maladie ; il a été pris, retenu par une puissance, une divinité de la forêt par exemple, et c'est pô qui en souffre. Le diagnostic consiste à reconnaître quelle est la puissance qui tient böngat captif; le traitement est l'opération de délivrance de böngat; la guérison, c'est le retour de böngat dans son pô. Si böngat ne revient pas, c'est la mort; böngat va aux "enfers", pô, qui n'a alors plus de jua, est enterré. De toute façon, la cure est toujours une action sur la cause de la maladie.

L'auteur qui relate ces faits insiste sur le dernier acte COLLECTIF de la cure. Il faut distinguer à ce sujet un "simple mal" et la maladie :

* La guérison du "mal" ne pose guère de problème : elle fait appel aux guérisseuses, rebouteuses, sages-femmes : elles se servent de moyens mécaniques et de plantes. La guérison est alors individuelle.

* La guérison de la maladie est collective car ici c'est la société qui est atteinte : le fait que celle-ci se déclare guérie joue pour beaucoup dans la guérison du patient.

L'auteur bien que n'ayant pas établi de statistiques, constate que les résultats sont souvent satisfaisants.

La cure chamannique peut rassembler une cinquantaine de personnes, qui ne font pas qu'assister passivement; tous participent et c'est l'essentiel. Nous sommes ici à l'opposé de la cure psychanalytique, rigoureusement individuelle, sans compter que le chamane, lui, ne se fait pas payer. Au "retour" du chamane, les personnes présentes battent des mains pour signaler qu'elles sont bien en état de veille, leur böngat ne devant surtout pas sortir en ce moment critique. Le chamane rassure tout le monde, et tout un chacun se trouve guéri de quelque mal qui lui serait propre, en plus du patient principal.

Diagnostic et traitement peuvent s'opérer de deux façons :

* Par divination : un sacrifice est offert par un devin*. Si la guérison ne s'ensuit pas, on recommence.

* Par chamanisme : le chamane exécute un voyage symbolique par dédoublement (transe ou rêve provoqué). Il raconte en chantonnant ce qu'il voit au cours de ce voyage, le retour avec le böngat libéré. A ce moment, comme se réveillant, le chamane réintroduit ce böngat dans le pô

du malade sous la forme d'un insecte (réel ou imaginaire) il demande alors : "guéri ?", l'assistance répond : "Guéri !".

c) Un geste symbolique chez les femmes gouro (Côte d'Ivoire) (65d)

Jadis, certaines femmes gouro renonçaient à leur pouvoir de fécondité dès que l'une de leurs filles avait accouché et cherchaient une jeune épouse à leur mari : il leur suffisait de jeter spirituellement un objet symbolisant ce pouvoir par dessus le toit de la maison familiale.

d) Blessures réelles et symboliques chez les Ladakhi (65g)

Le seul moyen d'éviter d'être frappé par "un lhu" est un entretien scrupuleux des lieux fréquentés par ces divinités du monde souterrain. On évite soigneusement de souiller les cours et les points d'eau (tout particulièrement les sources) et tout lieu consacré à un lhu (lhusa). On entretient avec minutie les lhubang, petites habitations de pierre qui leur sont consacrées.

L'intégrité du corps des lhu renvoie donc à l'intégrité du corps humain. Il ne s'agit pas de propreté ou d'hygiène au sens où on pourrait l'entendre en Occident, mais de pureté versus souillure. Les blessures réelles et les souillures symboliques ne forment qu'une seule et même catégorie pour les Ladakhi.

3) La puissance des rites

a) Définition et universalité du rite. (10)

Un rite peut se définir comme une suite de gestes, répondant à des besoins essentiels, gestes qui doivent être exécutés suivant une certaine eurythmie. D'après son étymologie sanscrite, ce mot désigne ce qui est conforme à l'ordre (rita). Son origine se perd dans la nuit des temps et reste inconnue même de ceux qui le pratiquent, bien qu'ils en aient gardé une mémoire héréditaire. Les rites du bain, du repas, de l'amour, de la mort sanctifient les moments majeurs de l'existence.

Tous les métiers ont leur rituel. L'agriculture antique obéissait à des règles religieuses comme l'architecture.

Dans une civilisation traditionnelle, toute fonction était sacerdotale : Rien n'était exclu du sacré; toute occupation quotidienne était rituelle.

Quand aujourd'hui nous enlevons notre chapeau par respect, nous répétons un rite anciennement sacré devenu profane, un symbole devenu simple usage.

b) Les rites d'initiation ou "rites de passage" (35)

Le rituel dans les sociétés modernes ou traditionnelles insiste toujours sur le rite de la mort et de la renaissance, c'est-à-dire, un "rite de passage" d'un stade de la vie à l'autre, que ce soit des premières aux dernières années de l'enfance ou encore du début à la fin de l'adolescence.

*Le mariage peut être considéré comme un rite d'initiation au cours duquel l'homme et la femme doivent se soumettre l'un à l'autre. Mais dans certaines sociétés, l'homme compense sa soumission par l'enlèvement rituel de la mariée (comme les Dayales de Malaisie et de Bornéo).

Un souvenir de cette pratique subsiste dans la coutume qui consiste à franchir le seuil en portant la mariée dans ses bras.

* Les rites d'initiation, selon Jung, peuvent permettre aux individus de concilier leurs conflits entre les éléments opposés de sa personnalité, entre le mal et le bien, entre la liberté et la sécurité... Mais ils ne possèdent ce pouvoir privilégié qu'à certains moments, à certaines phases de la vie de l'individu, et s'ils ne sont alors pas compris et exprimés par un nouveau mode d'existence, le moment propice risque de passer.

L'initiation est un processus qui commence par une soumission, se poursuit par une période de retenue et se termine enfin par un rite de libération.

c) Rites curatifs et rites préventifs chez les Kalash du Nord-Pakistan (65l)

* Rites individuels :

Parmi les offrandes on remarque la thérapie par transfert du mal sur un animal sacrifié, ou encore la consommation de genevrier.

* Rites collectifs :

Ils ont généralement un rôle prophylactique : on distingue le sacrifice annuel d'un animal, des offrandes de nourriture aux âmes des morts, des paroles obscènes ou des grivoiseries...

4) Les objets, contes et démarches symboliques

a) Divination instrumentale chez les Kalash (65l)

La communication avec le sacré est faite à l'aide d'un arc ou d'un bracelet.

Les consultations ont lieu à domicile et la divination se fait par interrogation mentale : avec qui le malade est-il entré en conflit ? (dieux, esprits, ancêtres, vivants).

Nous retrouvons encore ici cette notion de recherche d'une RELATION avec le sacré, la famille, la société.

b) Contes et alimentation infantile au Tchad (65p)

Ce conte des Moussey montre que parfois les conceptions traditionnelles et la réalité nutritionnelle coïncident.

"Un homme avait deux femmes, chacune d'entre elles lui donna deux fils ayant à peu près le même âge. La plus âgée des deux mourut et confia à la seconde ses deux orphelins avant de disparaître. La famine s'abattit sur le pays et il n'y avait plus de mil à manger. La femme se rendait en brousse afin de cueillir des fruits sauvages pour nourrir les enfants. Pour les siens, elle rapportait des fruits karité, pour ceux de sa co-épouse du néré dont elle mettait les gousses à macérer. Les orphelins allaient normalement à la selle, pas ses fils. Au bout de plusieurs années, ses propres enfants avaient un ventre gros comme celui de Kada, le glouton de la mythologie et des jambes aussi maigres que celles d'un héron. Les orphelins, eux, possédaient un corps bien proportionné avec un ventre plat; devenus adolescents, ils se rendirent à une fête funéraire et participèrent aux danses mortuaires afin de se faire admirer. Lorsque les deux enfants de la mère s'avancèrent pour danser, tout le monde se mit à rire et à les insulter pour leur gros ventre et leurs pattes maigres. Quand les deux orphelins commencèrent à danser, tout

le monde admira leur beauté et se mit à chanter leurs louanges. La femme eut honte et dit aux gens de l'assistance que les orphelins si beaux étaient ses propres enfants, pas ceux qui avaient un corps aussi laid. Le corps de ses propres enfants s'était "gaspillé" à cause des fruits de karité qu'elle leur donnait parce qu'ils sont sucrés, mais qui ne sont pas aussi utiles à manger que ceux du néré. Elle ne savait pas non plus qu'il faut casser les noix de karité pour en extraire l'amande, la faire griller et la piler afin de fabriquer une huile qui, elle, est très bonne".

Ce genre de conte est peu fréquent. Il est rare que la littérature orale ou la mythologie traditionnelle abordent le thème de l'alimentation infantile. Il est encore moins courant que les enseignements qu'elle en tire soient basés sur des connaissances empiriques fondées sur le plan nutritionnel, ce qui est le cas ici.

D - Existe-t'il un modèle étiologique et thérapeutique universel?

1) Les modèles retenus en Occident ne sont pas universels (42).

Pour rechercher des modèles de base universels, la plus mauvaise méthode consisterait à projeter à l'extérieur de notre culture nos traditions médicales savantes. Or l'histoire de la médecine en Occident a tendance à opposer de façon simpliste les grands courants de pensée selon ce tableau :

1	représentations magico-religieuses de la maladie	représentations naturalistes de la maladie
2	thérapies rituelles (fondées sur la foi, la confiance)	thérapies médicinales (fondées sur l'efficacité exclusivement naturelle du traitement)
3	personnalisme médical	objectivisme
4	vitalisme	matérialisme
5	systématisme	empirisme
6	pensée clinique	pensée expérimentale
7	hôpital (ou "lit du malade")	laboratoire

Mais reprenons un à un les termes de cette opposition :

(1) Cette opposition nous évoque généralement l'avènement de la pensée médicale comme science et non plus comme art, avec une émancipation progressive de cette science au profit des concepts magiques et religieux.

Or cette opposition empirique a en fait pour but d'occulter la relation de la maladie au social et d'entretenir l'illusion d'une médecine qui pourrait être définitivement affranchie des représentations de la société dans laquelle elle s'inscrit;

(2) La seconde antithèse est la conséquence de la première. Un texte attribué à Zoroastre nous dit : "il y a trois sortes de guérisseurs : celui qui guérit par les plantes, celui qui guérit par le

couteau et celui qui guérit par la parole". Mais "les plantes" et le "couteau", ou, s'il l'on préfère, la chimiothérapie et la chirurgie, auxquelles il faudrait ajouter les rayons, d'un côté, "la parole" de l'autre, déterminent deux modalités pratiques de l'intervention médicale plus qu'ils ne définissent deux modèles théoriques.

3) La troisième opposition personnalisme médical contre objectivisme naturaliste, ne peut davantage servir de trame directrice dans la constitution d'une anthropologie générale de la santé. La première tendance, attentive à la personne du malade dans son individualité propre, relève d'une conception humaniste relative à la pensée occidentale ou plus restrictivement encore à un courant de cette pensée. Quant à la seconde, elle est tout entière liée à notre histoire et, en particulier, à l'histoire de nos découvertes techniques.

4) + 5) Les quatrième et cinquième couples antithétiques, vitalisme contre matérialisme, systématisme contre empirisme, appartiennent également à notre horizon socioculturel et à lui seul. Le naturalisme médical, issu du mécanisme de Descartes, et l'empirisme, à la manière de Claude Bernard, ne relèvent que d'une anthropologie spécialisée ne pouvant concerner que notre société et pas une autre.

6) + 7). Il en va de même pour les sixième et septième couples d'oppositions (cliniciens/expérimentalistes; hôpital/laboratoire), les premiers signifient une orientation vers la recherche sémiologique "au lit du malade" et les seconds indiquant tout ce que la pratique, davantage centrée sur la maladie que sur le malade lui-même, doit à la médiation instrumentale.

ces différents groupes de représentations sont nés de l'opposition entre Cos, médecin de l'antiquité qui appréhendait le malade dans son ensemble et de Cnide qui aurait été naturaliste, mécaniste et hyperinterventionniste. Transposer ces affrontements d'écoles à d'autres sociétés consisterait à faire de l'ETHNOCENTRISME*.

2) Une trentaine de termes suffisent à établir 8 groupes de modèles universels (42).

Chaque société, chaque groupe social, chaque individu ne retient qu'un petit nombre de solutions parmi toutes celles qui sont possibles. Dans chaque culture on privilégie à un moment donné un certain nombre de représentations (qui peuvent être dites dominantes) au détriment d'autres représentations qui n'en sont pas pour autant absentes mais marginalisées par rapport aux précédentes et, pour certaines d'entre elles, refoulées (définitivement ou momentanément), c'est-à-dire éliminées du champ social actuel. Chaque société, chaque époque est obsédée par ce qu'elle considère comme la cause par excellence de la maladie : c'est, chez les Baoulé de Côte d'Ivoire, la double série interprétative des asyé ousou (génies de la terre) et des bayéfoué (sorcellerie); ce fut en Occident l'alcool, l'insalubrité et la malnutrition, les mariages consanguins et aujourd'hui (entre autres) le tabac, la consommation de graisse, la sédentarité, le rythme de la vie urbaine et, à un degré moindre, le patrimoine génétique. Pourtant si les causes évoquées et les réponses thérapeutiques mises en oeuvre sont innombrables l'interprétation de la maladie et de la guérison n'a à sa disposition qu'un nombre limité de termes : une trentaine à

peine, qui sont les mots-clés, les idées-forces qui organisent tous les discours qui ont été recueillis, tous les textes qui ont été lus. Or chaque modèle consiste précisément dans l'organisation particulière d'un certain nombre de rapports entre ces termes,

la chose/ la société	l'individuel / le social
la substance / la relation	l'additif / le soustractif
l'intérieur / l'extérieur	le dualisme/ le monisme
la nature / la culture	l'altérité / l'altération
le sens / le non sens	la quantité / la qualité
le bon / le mauvais	le semblable / le contraire
l'homogène / l'hétérogène	l'inhibition / la stimulation

Ce sont les combinaisons réalisées entre ces termes, qui sont toujours constants, qui nous permettent de repérer quatre groupes de modèles étiologiques et quatre groupes de modèles thérapeutiques s'organisant par paires contrastées :

Modèle étiologique	Modèle thérapeutique
ontologique* / relationnel	allopathique / homéopathique
exogène / endogène	exorcistique / adorcastique
soustractif / additif	additif / soustractif
bénéfique / maléfique	sédatif / excitatif

La perception de la maladie que l'on dit "spontanée", et qui en fait est toujours apprise, est sélective. Elle ne se fonde pas sur la connaissance objective et, en particulier, sur la pensée scientifique, même si celle-ci l'influence. Quant à cette dernière, elle subit, elle aussi, la tentation de l'explication univoque. Rares sont les médecins que nous avons rencontrés, rares sont les textes que nous avons étudiés qui, dans la détermination des causes de la maladie accordent autant d'attention au terrain et au milieu.

On envisage rarement, même chez les médecins, une origine plurifactorielle de la maladie et le plus souvent on évoque un modèle dominant qui ne retient que les solutions extrêmes. Si par exemple, on confère la primauté à l'exogène (le virus...) on conclut que l'organisme n'y est pas pour grand chose. Si en revanche on accorde la priorité à la constitution du sujet, le milieu dans lequel il vit est alors tenu pour accessoire. Ainsi chaque élaboration (tant savante que populaire) d'une représentation résulte d'un choix à la fois culturel et individuel, logique et affectif.

3) La comparaison des modèles, les modèles entre eux (42).

* Les sociétés traditionnelles peuvent être utilisées comme de véritables REVELATEURS de nos propres comportements et de notre propre sensibilité : Elles permettent de "déterrer"

beaucoup de significations enfouies et en particulier nous mettent au contact du sens de la maladie que nous avons perdu.

* De même, l'existence tenace des guérisseurs non diplômés et des médecines non officielles (dites "parallèles") en plein coeur de la modernité médicale de cette fin de 20ème siècle, nous incite à nous pencher sur des modes de représentation qui ne sont pas les nôtres, mais sont très proches de nous.

E - Conclusion.

* La pensée scientifique comme la pensée "populaire" et la pensée "sauvage" écrivent au fil de l'histoire le récit de variations infinies. Mais elles le font toujours à partir de quelques formes élémentaires (42).

* Nous pouvons considérer en regardant le peuple Kalash au Nord-Pakistan (651) que l'adaptabilité globale aux autres médecines est preuve de vitalité et de force de la société; ainsi pour les soins primaires, les Kalash ont recours à leurs guérisseurs traditionnels le plus souvent; en cas d'échec et pour les cas d'urgence ou de chirurgie, on reconnaît l'efficacité de la médecine moderne et l'on revendique une médecine non inféodée à l'Islam; le dynamisme Kalash tient à sa grande faculté d'adaptation qui a permis à cette minorité ethnique menacée de résister jusqu'à présent.

* Si nous les replaçons dans leur contexte universel et ethnologique, les démarches symboliques envisagées dans le chapitre précédant prennent un sens encore plus profond, malgré leur simplicité d'exécution.

* Enfin, l'étude des sociétés traditionnelles montre l'importance du LIEN établi entre les guérisseurs, le malade, la société, la famille et le sacré lors des démarches thérapeutiques. C'est de ces mêmes liens dont nous avons parlé dans l'écoute active du malade : ils sont simplement à replacer *ici dans un autre contexte.*

3ÈME PARTIE : LA FORMATION

IX - LA FORMATION PSYCHOLOGIQUE DU MEDECIN

Il sera toujours plus difficile de déformer d'abord et de reformer ensuite que de former de premier abord. (M. Sapir).

Nous allons aborder ici les problèmes et les modalités liés à la formation psychologique du médecin pendant et après les études de médecine.

4 questions se posent d'emblée :

- 1° D'OU en vient le désir ?
- 2° QUAND la formation doit-elle se faire ?
- 3° PAR QUI doit-elle être faite ?
- 4° Quel doit en être le contenu ?

Une autre question apparaît en toile de fond : Quel type de médecin faut-il créer et pour quoi faire ? (77).

Nous avons en fait répondu implicitement à cette question tout au long de cette thèse : Nous avons en effet insisté sur l'importance pour un médecin de se relier à son malade, à la maladie, à la culture et à la société où ils vivent tous les deux, sans perdre de vue que l'autonomie du patient est impossible sans l'autonomie du médecin. Nous avons vu que la relation médecin/malade comporte comme toute relation deux extrémités et qu'à ces deux extrémités chacun doit se définir.

Selon l'expression de J. Salomé, le médecin ne peut être un SOI-NIANT s'il veut réellement soigner...et guérir. Sa personnalité profonde est en jeu. Or les difficultés psychologiques rencontrées dans l'exercice quotidien sont telles qu'une formation à la relation paraît souhaitable, d'autant plus que les règles de la communication ne sont pas enseignées dans les écoles (et cela est regrettable).

Le médecin comme son patient apparaîtront donc souvent comme des "infirmes de la relation" dans une société de plus en plus technicisée, où l'accès à l'information paraît illimité grâce à l'informatique.

Mais informer ne veut pas dire communiquer.

Pour sortir de cette infirmité, la première tâche de la faculté est d'enseigner aux médecins qu'ils ne sont pas tout puissants (contrairement à ce qui se fait à l'Ecole Polytechnique et dans les Universités américaines) (32).

Il faut au contraire qu'ils apprennent à reconnaître leurs propres limites et les limites de la médecine.

L'anthropologue F. Saillant (32e) pose la question suivante :

"L'humanisation des soins se créera-t-elle dans la sollicitude trop souvent intéressée des professionnels ou s'enracinera-t-elle au coeur même de la réalité de l'expérience du patient ?".

Les soignants ne sont pas des techniciens et leurs malades ne sont pas des machines : ils ont des convictions qu'il s'agit de respecter. "Il faut reconnaître la présence de l'autre, sa différence et son équivalence" (32f).

A - D'où vient le désir de formation ?

1) Les enseignants de la faculté de médecine et les intervenants sociaux

Pendant de longues années les enseignants autre que les psychiatres étaient à quelques exceptions près hostiles, méfiants ou neutres envers une formation psychologique (77).

Leur propre formation, les difficultés qu'ils rencontrèrent avant d'accéder à leur poste ou celles qu'entraînaient leur haute qualification dans la spécialité choisie, en étaient les causes. Mais dans certaines facultés, un espoir de changement s'est amorcé, comme en témoignent les exemples que nous envisageons.

En ce qui concerne les psychiatres, la démarche est venue principalement des psychanalystes mais certains considèrent la formation avec méfiance par peur de voir vulgariser et dévaluer l'acquis scientifique de leur profession. Il existe enfin un désir de quelques intervenants sociaux qui vivent au quotidien la souffrance de la relation (éducateurs, instituteurs, Assistantes sociales).

2) Les étudiants

La formation psychologique était l'une des revendications en mai 1968 (77). Il s'agissait d'une demande intense, parfois confuse, qui reçut une réponse dans la loi d'orientation, réponse mal appliquée en raison de "la rigidité défensive propre à toute administration".

Actuellement beaucoup d'étudiants sont désarmés face aux malades, dont les réactions sont parfois vécues comme gênantes, cadrant mal avec la sémiologie apprise à la faculté.

Comme le montre une enquête de 1989 la majorité des étudiants souhaite toujours une formation psychologique, qu'ils situent de préférence pendant le deuxième cycle mais également pendant le troisième cycle. Les étudiants insistent sur la nécessité d'associer l'apport d'un enseignement théorique (surtout avant les stages) à la formation pratique. Plusieurs ont trouvé nécessaire "d'intégrer dans les différents certificats un chapitre sur les relations humaines". Soulignant l'importance de ce qui s'acquiert au lit du malade, ils attendent beaucoup de leur stage, notamment une stimulation à la réflexion à partir de problèmes de communication rencontrés quotidiennement. Ils souhaitent un travail d'équipe entre soignants, des conseils des médecins et surtout leur exemple. Des expressions ont traduit l'amertume de certains étudiants : "le problème primordial est la non motivation des enseignants", "actuellement, on ne peut compter que sur soi-même, sur son expérience personnelle.

3) Les médecins généralistes

C'est peut-être d'eux que provient la demande la plus pressante : ils sont en effet confrontés chaque jour à une demande psychologique parfois très pesante. Or ils ont peu d'armes pour y répondre en dehors de leur imagination et ils essaient de se former tant bien que

mal, "sur le tas". Leurs patients et eux-mêmes paient parfois très cher le prix d'une non formation à la relation. La conjugaison d'une "survivance économique" difficile et de difficultés relationnelles amène certains praticiens à se détourner de la médecine générale.

4) Les patients

Ils n'expriment pas directement une demande de formation de leurs médecins mais sont désireux de pouvoir rencontrer une oreille attentive. Beaucoup expriment des critiques très acerbes envers le corps médical. L'augmentation non contrôlée du nombre des médecins en France aboutit à un nombre substantiel de médecins sous-occupés. On observe simultanément un besoin de la société qui recourt à "des pratiques inéprouvées de toutes sortes". Cette contradiction suggère que les services offerts par les médecins ne répondent plus convenablement aux besoins exprimés par les patients (32).

B - Quand la formation doit-elle être faite ?

Nous pensons qu'elle doit se faire à tous les niveaux de l'enseignement, débiter par une sélection réfléchie et se poursuivre au cours de la pratique professionnelle.

Il n'y a pas à notre avis de formation définitive et figée mais une remise en cause permanente.

1) Une sélection plus... humaniste

La sélection des futurs médecins est actuellement basée d'une façon quasi exclusive sur les disciplines scientifiques. Il n'est donc pas étonnant que certains médecins considèrent avant tout le patient comme un objet d'étude et parfois... d'expérience (32g).

Une sélection mériterait d'être faite à partir des critères humanistes AUTANT que scientifiques même si les premiers sont souvent plus difficiles à utiliser que les seconds (32).

2) La formation au cours du premier cycle.

* Au cours des années pré-cliniques, au moment où se fait le passage de l'adolescence à l'âge adulte, de la dépendance scolaire à un nouveau choix, l'angoisse, l'émotion sont remplacées par le savoir, par la peur de l'examen, par l'irritation de ne traiter que de matières qui semblent mortes ou qui le sont, par l'impression que ce que l'on apprend ne s'intègre pas encore dans la future fonction à exercer. On a parlé, du rôle de l'enseignement de l'anatomie et surtout de la dissection en tant que facteur à la fois défensif et frustrant. "Quand aurons-nous enfin affaire aux vivants ? On est initié, on est blindé, on n'est plus comme les autres". Les mécanismes de défense professionnelle indispensables, naissent à ce moment là, se fortifient lors de l'entrée à l'hôpital et dépassent le but assigné, en créant une cuirasse qui masque trop la véritable personnalité du médecin (77). Comme le dit Tosquelles : "A mon avis, ce n'est pas pas hasard si au début de la médecine, on tue le malade : on nous donne le cadavre, mais ce qu'il faut faire mourir, c'est le fantasme infantile du médecin."

* Des expériences de formation au cours du premier cycle ont été faites à Bruxelles (77) : Dès la deuxième année, trente heures sont consacrées à la psychologie sociale et aux relations humaines.

3) La formation au cours des deuxième et troisième cycles

Au cours du deuxième cycle l'étudiant prend contact avec l'hôpital et acquiert certaines responsabilités. Le Docteur Sapir (77) rend compte d'un séminaire d'étudiants à "l'University College Hospital" de Londres : On demande aux étudiants (volontaires) de parfaire l'examen clinique du patient, de s'informer sur sa situation existentielle, d'envisager ses sentiments, de noter ses attitudes et les relations qu'il établit avec l'entourage.

On remarque qu'à ce tout premier stade de la relation avec le patient, l'étudiant a du mal à considérer celui-ci comme une personne globale, au point que "l'on peut se demander s'il s'agit déjà de l'influence d'un enseignement ou de restes infantiles défensifs".

C - Pourquoi la formation doit-elle être faite ?

L'avenir de la psychologie médicale dépend de celui de la médecine en général : En 1974 le Professeur Schneider (78) émettait un doute alarmant sur l'avenir de la médecine : "nous ne savons pas si la médecine va devenir une discipline purement technique et laisser à d'autres, qui sont prêts à le prendre, l'aspect personnalisé, relationnel et psychologique de notre domaine". "Il y aurait ainsi une médecine technique manipulée par des "médecins" et un domaine de la relation humaine confié aux spécialistes des "sciences humaines" : psychologues, sociologues, ecclésiastiques, anthropologues..." Et il cite l'exemple d'un médecin généraliste parisien qui a confié à un psychologue la prise en charge des problèmes relationnels de ses patients !...

Pour éviter ce clivage dramatique nous pensons que la formation psychologique du médecin doit naître d'une rencontre, d'un partage entre tous les participants impliqués dans le processus de guérison.

1) **Les soignants** : il s'agit du médecin généraliste, des médecins hospitaliers, des kinésithérapeutes, des infirmières, des aide-soignantes. Les soignants et en particulier les médecins hospitaliers ont un rôle considérable dans l'apprentissage de l'étudiant à la relation.

"La relation de compagnonnage" est le moyen le plus simple (apparemment), le plus répandu, le plus puissant, pour permettre aux étudiants d'élaborer leurs qualités relationnelles. Le rôle irremplaçable de l'exemple ne sera jamais assez souligné. Les étudiants sont extrêmement réceptifs aux attitudes et aux valeurs exprimées par leurs aînés face aux malades. les moindres paroles ou réactions (y compris les propres réactions émotionnelles du médecin) sont observées et ressenties par l'étudiant et exercent sur lui une influence forte.

2) **Les patients** : Il ne s'agit pas d'imposer à un patient en cours de traitement des dissertations théoriques sur la maladie psychosomatique, ni d'appréhender "son cas" en public. Par contre, des témoignages de malades peuvent aider beaucoup à faire progresser de nouvelles stratégies dans la relation médecin/malade. C'est ce qu'il nous est apparu à la suite d'un

séminaire animé par J. Salomé (75) et au cours duquel beaucoup de soignants et de soignés ont pu s'exprimer dans une ambiance très chaleureuse d'écoute active.

Le Professeur Hoerni (32) considère que la rencontre des futurs soignants avec un ancien malade, volontaire pour témoigner de son expérience est une démarche particulièrement productive : elle a l'avantage de les confronter à une personne qui n'est pas en situation de relative infériorité comme au moment de la maladie et il ajoute : "de tels témoignages ont un excellent impact pédagogique".

Les associations d'anciens malades peuvent aussi apporter leur témoignage mais il ne faut pas que les malades soustraits au pouvoir des médecins, tombent sous la coupe d'associations également susceptibles de limiter leur autonomie. La majorité de ces groupes, cependant, apporte une aide bénéfique au malade. ce qui importe en définitive, c'est une confrontation, une réflexion commune avec les soignants (32).

3) Les psychologues :

* Leur présence est à notre avis indispensable dans la formation, sous réserve d'apporter une écoute active, de coordonner, rapprocher, amplifier, et de ne pas imposer un système de compréhension de façon arbitraire.

* L'interprétation sauvage et l'anticipation des demandes sont les pièges à éviter :

C'est ce que nous montre l'exemple suivant dans une séance "Balint" : "Alors, qui est-ce qui commence ? Est-ce qu'il y a des problèmes urgents ? annonce l'animateur.

Un médecin propose deux histoires de mères l'ayant consulté chacune pour leur enfant. Dans un cas il s'est fâché et a mis la mère à la porte; dans l'autre, il s'est intéressé à la demande.

"Alors racontez nous cela, propose l'animateur. Il y a combien d'enfants dans cette famille ? Est-ce qu'ils sont bien soignés ? etc... Pendant ce temps, le médecin se fait "asticoter" par le groupe qui lui demande des comptes : pourquoi a-t'il rejeté la première mère et son enfant ?

ses réponses ne satisfont pas le groupe, qui accentue la charge à tel point que l'animateur quitte son rôle "d'accoucheur de la réalité" pour le couvrir de son aile : "Mais nous sommes à côté de la plaque. On est en train d'essayer de culpabiliser le Docteur A. comme on peut, mais j'ai l'impression qu'il y a là un problème extrêmement intéressant et extrêmement important pour nous tous. Il y a là quelque chose à mon avis". Longue intervention, très insistante, poussant le groupe à travailler dans la bonne direction. A quoi le groupe répond par un intérêt centré sur les enfants décrits pendant l'observation, pour obéir à la consigne certes, mais aussi sans doute parce que le ton de la consigne et sa nature même induisent une relation parent/enfant, et que, s'ils parlent alors des enfants, c'est peut-être qu'ils se sentent, à l'instant même, des enfants dans le groupe.

"Mais dites moi, interrompt l'animateur, vous avez été quand même un peu agacé par cette mère qui répondait à la place de l'enfant ?

- Oui, confirme simplement le médecin."

Qu'est-ce qui a poussé l'animateur à intervenir ? Aurait-il senti que cette mère qui répond à la place de l'enfant évoquerait à certains égards son propre personnage et son rôle dans le groupe ?

* Ainsi que le note J. Salomé, un groupe de formation s'autorégule et ne permet pas, semble-t-il, plus qu'il ne peut supporter avant d'avoir acquis et créé un climat de tolérance et d'écoute (73).

Chaque groupe, s'il n'est pas manipulé ou influencé par le "terrorisme" d'un participant (ou de l'animateur) trouvera une orientation favorisant une expression de plus en plus libre. "la situation de formation va donc se créer par la qualité du climat, la tolérance et l'ouverture".

Le chapitre suivant nous permettra d'envisager plusieurs méthodes déjà expérimentées dans les facultés de médecine.

4) Le rôle indirect des psychiatres et des psychanalystes

* Nous pensons qu'ils doivent participer aux échanges mais ne pas les coordonner car souligne le Professeur Schneider, la psychologie médicale, bien qu'issue de la psychiatrie et de la psychanalyse n'est pas une branche de ces disciplines (78).

Elle doit non pas les abandonner mais s'en séparer pour devenir AUTONOME. "L'enseignement doit donc être donné par des médecins somaticiens, internistes et généralistes." Il est donc souhaitable que des départements de psychologie médicale voient le jour dans chaque faculté. Le psychiatre peut très bien prendre en charge une partie de l'enseignement des médecins "somaticiens" mais c'est à ces derniers qu'incombe le rôle d'enseigner aux étudiants, puisque'ils partagent avec eux la même réalité quotidienne.

D - Quel pourrait être le contenu de la formation ?

Nous envisagerons les formations universitaire et post-universitaire :

1) La formation psychologique de l'étudiant en médecine

a) Introduire une formation aux sciences humaines dès le premier cycle

* L'insertion des sciences humaines dans le cursus médical, est d'autant plus nécessaire que la sélection aux études de médecine se fonde sur les résultats d'un concours où mathématiques et biologie ont les coefficients prépondérants (32). Elle implique sans doute une réduction des "objectifs biomédicaux" qui pour certains ne répondent pas aux besoins du futur généraliste.

* On peut d'ailleurs se poser la question de l'introduction des sciences humaines dès la première année, c'est-à-dire au niveau du concours. Notons à ce sujet que le concours d'entrée à l'Ecole Vétérinaire comporte une épreuve de français et de philosophie !...

α) Les expériences en cours

* La médecine qui reste un art tout en étant devenue une science, justifie, à côté d'une formation scientifique, une formation "artistique" faisant largement appel aux sciences humaines : anthropologie, sociologie, psychologie, ethnologie, éthologie, linguistique (32h).

En Ecosse (32i) certains auteurs ont proposé des entretiens libres et facultatifs autour de chefs-d'oeuvre de la littérature universelle (la Bible, les oeuvres d'Homère, le Plutarque, Marc Aurèle, de Montaigne, le théâtre de Shakespeare ou de Pirandello, les oeuvres de Cervantes, de Dostoïevski ou Tchekov, etc...) avec un bilan jugé positif aussi bien pour les étudiants que pour les soignants/enseignants. D'autres réalisations sont en cours, en particulier au Canada et aux Pays-Bas.

* Introduction à l'ethnologie.

A la demande des médecins de l'université de Paris VI, au sein de l'institut santé et développement, il a été mis sur pied un nouveau module intitulé : "santé et culture" à l'intérieur du diplôme d'université de médecine tropicale dirigé par Marc Gentilini. "Beaucoup considèrent qu'il s'agit de temps perdu"; c'est peut-être pourtant la première démarche pour lutter contre l'ethnocentrisme* qui caractérise nos sociétés (65b).

β) La nécessité d'une recherche pluridisciplinaire. (78)

* Cette recherche qui est toujours liée à une formation, comme nous l'a aussi montré Balint, est indispensable et certainement ardue, mais aussi très attirante, car elle demandera beaucoup d'imagination pour mettre sur pied une méthodologie qui devra s'adresser à l'ensemble des sciences dites humaines, y compris la linguistique, la science des communications, etc... "En effet, que savons-nous actuellement écrit P.B. Schneider sur le premier contact du médecin avec son malade si ce n'est des stéréotypes qui sont probablement davantage du domaine du fantasme que de celui de la réalité".

* Certaines théories comme la théorie générale des systèmes de Von Bertalanffy ont tenté de comprendre l'homme malade dans son contexte biologique et culturel. Cette théorie avait tenté d'élaborer un modèle englobant l'ensemble de la science, de la biologie, de l'économie, de la psychologie et de la sociologie. Mais elle s'est arrêtée à mi-chemin. A son tour, elle est devenue réductionniste, excluant finalement de ses schémas tout ce qui n'est pas strictement rationnel et logique, donc "toute la partie immergée de l'iceberg humain. Peut-être, cependant, existe-t'il un espoir dans cette direction ?" note P.B. Schneider.

b) L'apprentissage de l'examen clinique

Respecter le corps de l'autre est sans doute la première chose à apprendre pour un étudiant en médecine. Nous citerons l'exemple des touchers pelviens (32) qui permettent au médecin d'explorer le petit bassin en introduisant un ou deux doigts dans le rectum et le vagin. Cette introduction n'est pas agréable, elle nécessite un apprentissage. Beaucoup d'étudiants en médecine apprennent à pratiquer ces gestes au cours de leurs stages hospitaliers mais quelques uns n'en ont pas l'occasion. Cet apprentissage peut être amélioré par des mannequins qui aident les enseignants à montrer les positions à prendre pour bien faire l'examen. Ces méthodes ont des limites qui ont conduit certaines facultés, en Amérique du Nord et aux Pays-Bas, à faire appel à des instructeurs en bonne santé, qui se font examiner par les étudiants et les guident dans leur examen. L'expérience hollandaise des instructrices a été encouragée par les

mouvements d'émancipation des femmes (32j). Elle insiste sur le comportement de l'examineur vis à vis de l'examinée, sur le respect dû à la patiente, la délicatesse du geste qu'on lui propose, la nécessité de tenir compte de son point de vue au lieu d'exécuter le toucher froidement ou pratiquement de l'imposer. La pratique éventuelle de ces examens sensibles entre étudiants, sous contrôle d'un moniteur, les aide à rester conscients qu'ils examinent bien une personne et que l'examen n'explore pas seulement une maladie.

c) L'apprentissage de la rencontre avec les malades

Nous citerons ici quelques remarques du Professeur Hoerni (32). "Quand nous accueillons de nouveaux étudiants, dans l'hôpital, nous leur rappelons d'abord le respect qu'ils doivent aux personnes malades, qu'ils sont là pour les aider et qu'elles ne sont pas là pour les instruire. Cela s'apprend autant qu'ausculter un coeur ou rechercher un réflexe : Il faut se mettre en bonne position pour observer, savoir déclencher une réaction, la recueillir et l'interpréter. Un de mes collègues pense qu'il n'est pas inutile de rappeler aux étudiants en médecine que, lorsqu'ils rencontrent un malade, il doivent le saluer".

d) La mise en scène des situations : jeux de rôle et glaces sans tain.

"J'en suis arrivé à croire que les seules connaissances qui puissent influencer le comportement d'un individu sont celles qu'il découvre lui-même et qu'il s'approprie".
(C. Rogers).

α) L'exploration de la relation d'accompagnement dans les stages de J. Salomé (73).

* J'ai choisi de parler un peu plus longuement de cette formation pour l'avoir vécue personnellement. Je pense que le support utilisé peut être appliqué pour les étudiants en médecine puisqu'il s'agit de rejouer des situations réelles ou imaginaires (jeux de rôle).

* Se former à l'entretien c'est avant tout se former à l'écoute active, c'est-à-dire avoir une écoute qui "permette à l'autre de se dire et de s'entendre". Ce sera aussi tenter de répondre à la question : "qui suis-je en entretien ?"

* Nous pensons avec J. Salomé qu'il est vain d'apprendre des techniques sans s'être interrogé au préalable sur ses propres capacités à entrer en relation.

* "L'entretien est une situation provisoire d'interactions et d'influences essentiellement verbales entre deux personnes en contact direct avec un objectif préalablement posé". En stage la relation se fait à trois puisqu'il existe en plus le groupe des participants comme témoin.

Par ailleurs, les interactions sont surtout mais non exclusivement verbales (postures, mimiques, gestes...).

* Il apparaît au cours des stages que beaucoup de participants viennent chercher des recettes en voulant faire l'économie d'une interrogation sur eux-mêmes. En fait, il nous paraît

difficile "d'avancer" dans la compréhension des relations humaines sans engagement personnel. cette découverte peut amener chez certains des blocages ou des résistances.

Il s'agit donc en définitive de VIVRE des situations d'entretien et non de faire un discours sur la communication.

* Cinq propositions relationnelles sont faites au groupe (73) :

- Tenter d'utiliser les prénoms.
- Assister à toutes les séances, pendant toute leur durée.
- Etre discret sur le contenu des échanges dans le groupe.
- Invitation à redonner au groupe, les échanges, les réflexions suscitées à l'extérieur des séances. "Se former, en effet, ce sera partager les découvertes et les agrandir par une mise en commun".
- Invitation à s'impliquer soit comme demandant soit comme écoutant pour créer des "situations d'entretien".

* Les deux supports méthodologiques :

- Le jeu de rôle permet de revivre des entretiens passés, en prenant les acteurs parmi les participants.
- Les situations de réalité se jouent dans l'ici et maintenant du stage. Elles sont fondées sur le fait qu'il y a 12 à 14 personnes présentes et que chacune a la possibilité "d'entrer en entretien" avec les autres à l'occasion d'une interrogation ou d'une demande.

* Nous remarquerons dans ce stage le rôle donné à des participants pour représenter un objet ou un sentiment, par exemple une peur.

c'est ce que j'ai décrit dans l'observation de Laura : j'ai pu choisir un participant jouant le rôle de Laura et un autre jouant le rôle de son cancer. Cette utilisation symbolique des acteurs aide beaucoup à la compréhension des relations humaines.

* Une expérience similaire de jeux de rôles a été tentée à la faculté de Lausanne (77). Il s'agit d'étudiants volontaires groupés avec deux ou trois enseignants qui "jouent" après une discussion, les thèmes qui ont eu chez eux beaucoup de résonance, en choisissant le médecin et son patient parmi les membres du groupe.

β) L'utilisation des glaces sans tain (78).

* P.B. Schneider relate aussi cet apprentissage : " Ce sont des groupes de 10 à 12 étudiants au maximum. A tour de rôle, nous (les étudiants et les enseignants) prenons la pièce qui a un miroir sans tain où l'étudiant peut vraiment être seul avec le malade. Ils sont toujours prévenus que de l'autre côté, dans la pièce voisine, il y a le reste du groupe qui voit ce qui se passe et qui entend. Les étudiants peuvent poser des questions à la fin de l'interrogatoire.

γ) L'enregistrement vidéo à l'Hôpital Cantonal de Genève

L'approche de la relation est basée sur :

γ1) L'auto-observation : Chaque participant enregistre un entretien avec un patient, en vidéo, entretien qui fait l'objet, dans sa totalité d'une supervision individuelle (avec l'auteur);

γ2) La modélisation positive et négative : Choies par l'auteur, des séquences de l'interview sont ensuite visionnées en séminaire avec les autres assistants. Chacun observe ainsi avec "une implication émotionnelle due au jugement d'autrui" les comportements facilitants, ou contre-productifs de l'intervieweur qui est sur la sellette. Les comportements "positifs" sont constamment soulignés et valorisés par l'animateur (psychiatre), tandis que les... autres sont redéfinis comme autant d'occasions de réfléchir aux solutions alternatives possibles, pour le problème examiné.

e) Les groupes Balint à l'hôpital

α) Présentation du groupe Balint : "la trajectoire du balintisé".

Un groupe Balint réunit un psychanalyste et une dizaine de soignants (médecins généralistes, médecins hospitaliers, infirmières, kinésithérapeutes, dentistes,...). Chaque soignant expose l'observation d'un de ses malades. Au début le médecin a tendance à s'adresser au psychanalyste comme à un spécialiste. Comme il obtient peu de réponses, il se recentre sur le malade pour finalement accéder au désir de "comprendre la nature des échanges circulant entre lui et le malade".

β) Un travail centré sur le "contre-transfert" des participants (44)

Par contre-transfert, Balint entend "les moyens par lesquels le médecin utilise sa personnalité".

Tandis que dans la formation psychanalytique, l'intérêt est centré sur la relation "ici et maintenant" entre le candidat et son analyste, dans le groupe Balint, l'intérêt se concentre sur la relation médecin/malade mais également sur la relation du patient avec la maladie et enfin sur la relation du médecin avec le groupe et son animateur. L'étude simultanée de ces trois relations constitue le travail essentiel du système Balint.

β1) La relation médecin/malade

"A partir du moment où le médecin a acquis suffisamment de liberté pour observer, éprouver et finalement pour écouter les discussions dans le groupe, au lieu d'essayer anxieusement de comprendre les dynamismes psychologiques de ses patients, il peut commencer à être attentif dans sa propre pratique aux phénomènes de transfert et de contre-transfert qui se produisent entre son patient et lui-même".

β2) La relation médecin/animateur

"Nous utilisons précise Balint la relation médecin/animateur très parcimonieusement... Autrement dit, nous évitons que le groupe ne se transforme en une entreprise ouvertement thérapeutique. Le leader du groupe est inévitablement singularisé, eut égard à la place et à la fonction qu'il occupe; "une grande quantité d'énergie émotionnelle" se trouve investie sur sa personne".

β3) La relation médecin/groupe

La manière dont un membre s'isole de même que la manière dont le groupe traite cet isolement doivent être mises à jour. Elles représentent un matériel de grande valeur pour l'étude des relations inter-personnelles.

γ) L'intérêt d'une formation Balint à l'hôpital

* Le paradoxe de l'hôpital (7).

D'une part on crée des besoins affectifs profonds par la surprotection, de l'autre on n'est pas prêt à répondre aux tendances régressives provoquées par cette attitude.

* On observe souvent une tendance à la résignation due au manque de communication (7)

La formation Balint à l'hôpital, pourrait interférer avec de vieilles coutumes hospitalières qui, au fond, sont devenues des rites. Nous pensons par exemple à la visite du médecin chef suivi de tous ses collaborateurs. Lors de cette visite, il n'est pas envisageable qu'un des médecins puisse entrer en relation intense avec un malade. L'apparition des médecins crée chez le malade des espoirs souvent déçus.

f) La stimulation par la littérature

* La littérature est utilisée dans certaines universités américaines (32k). On y étudie entre autre : la Mort d'Ivan Ilitch de Tolstoï, la Montagne magique de T. Mann, la Peste d'A. Camus, le Pavillon des cancéreux d'A. Soljenitsyne, Mars de F. Zorn, etc...

* D'autres ouvrages moins littéraires sont souvent proposés comme cet ouvrage à deux voix coproduit par une malade et un médecin : La malade apporte principalement des dessins et le médecin ajoute des commentaires très sensibles. Il suffit d'avoir vu et compris une illustration maladroitement où la patiente est toute petite, recroquevillée au fond d'un lit bancal, entourée de soignants géants et impressionnants pour comprendre toute la détresse de l'allongée.

* Nous citerons ici le livre de Norman Cousins : "La volonté de guérir" (19) autobiographie d'un malade atteint de spondylarthrite ankylosante et qui a guéri par la quête active d'une autonomie, en découvrant entre autre les vertus thérapeutiques du rire...

g) Un objectif d'enseignement : rapprocher la formation psychologique du vécu de l'étudiant (c'est-à-dire de l'enseignement de la sémiologie).

* Des expériences ont été tentées dans ce sens à l'hôpital Rothschild à Paris : ainsi les cas présentés aux étudiants étaient dans la mesure du possible, en rapport avec une maladie de l'appareil étudié. C'est un externe, qui se chargeait de la présentation du cas discuté ensuite par tout le groupe : le psychologue n'intervenait que sur le rôle joué par l'exposant dans sa relation avec le patient.

* Le Docteur Sapir note qu'il faut éviter les deux écueils d'une mise en question trop brutale et d'un étouffement par trop d'explications et il ajoute : "Notre rôle consiste donc tout d'abord à le reconnaître et à l'admettre tel quel, à lui permettre l'expression de son ambivalence

souvent compréhensible. En le reconnaissant comme interlocuteur, nous sommes reconnus. A partir de là, il n'est plus question d'interdire ou de tout admettre, mais de dialoguer".

2) La formation post-universitaire

a) La formation Balint

*Nous ne reviendrons pas sur les groupes Balint que nous avons étudiés dans le chapitre précédent et au travers de deux observations personnelles (Obs. N°18 Obs. N°24).

Nous proposerons par contre une réflexion sur une évaluation statistique belge d'un changement de comportement de 80 médecins ayant participé à des groupes Balint (53).

Questions	réponses de 80 médecins généralistes		
	dont : 40 non formés		40 formés
	29 non motivés	11 motivés	
Niveau diagnostique			
S'agit-il d'une maladie psychiatrique ou psychosomatique ?	9 %	14 %	15 %
S'agit-il d'une affection à prédominance psychologique ?	17 %	23 %	25 %
Demandez vous un ou plusieurs examens techniques ?	20 %	17 %	15 %
Avez-vous perçu un problème psychologique à l'occasion de cette prestation ?	25 %	33 %	38 %
	La différence dépend de la motivation		
Niveau thérapeutique			
Prescription de 3 médicaments et plus ?	29 %	34 %	24 %
Prescription durant 15 jours et plus ?	59 %	58 %	48 %
Avez-vous abordé le problème psychologique perçu ?	29 %	34 %	41 %
S'agit-il d'une maladie chronique ?	55 %	55 %	50 %
	La différence dépend de la formation		

Ainsi dans les réponses données au questionnaire d'autoévaluation, un changement d'attitude apparaît nettement : attitude plus compréhensive, moins jugeante, assez tolérante aux frustrations imposées par le transfert du patient. Vérifier si le médecin a réellement changé est beaucoup plus difficile : il faudrait en effet vérifier de façon expérimentale que les malades

guérissent mieux, ou interviewer les patients de ces médecins mais cette recherche n'a pas été faite en raison de son ampleur.

Par contre, il a été recherché les éléments quantifiables dans les réponses des médecins ayant eu une formation : Baisse des urgences, des appels de nuit, du nombre des médicaments prescrits et des examens techniques, baisse du nombre d'avis demandés aux spécialistes.

Ces médecins perçoivent mieux les problèmes psychologiques et se sentent plus à l'aise pour les aborder.

b) Le groupe Repères : un groupe de formation-recherche sur les aspects relationnels et humains de la pratique du médecin généraliste (92).

Ce groupe travaille tous les 15 jours à Paris sous la forme de réunions entre médecins généralistes.

Le contenu va de la discussion ouverte aux réunions à thème avec un exposé présenté par un des membres du groupe.

Nous citerons ici quelques idées développées et inspirées de la pratique quotidienne et qui rejoignent les idées développées dans cette thèse :

"...Médecins ou psychothérapeutes ? Sans hésiter nous sommes d'abord des médecins traitants, soignant notre patient dans son environnement, prenant en compte son histoire dont nous sommes souvent les dépositaires, avec les outils d'un savoir scientifique dispensé à l'université...

...Pourtant, au long cours, peut-être pouvons nous devenir en plus, non pas psychothérapeutes, mais thérapeutes de l'être humain tout entier, soignant un patient malade de sa vie, de son histoire, du contexte dans lequel il évolue, semant en lui, au fil des consultations, une graine de santé qui germera peut-être demain ou dans les générations suivantes...

...la médecine de famille est une médecine centrée aussi sur le patient, s'intéressant autant au microcosme (approche biomédicale) qu'au macrosome (approche systémique* ou humaniste), réintroduisant notre patient dans sa trajectoire existentielle...

...Une graine de santé semée dans le cadre d'une rencontre humaine privilégiée pour réduire d'abord sa souffrance puis au long cours, révéler peut-être son potentiel humain et l'épanouir..."

c) La formation autogérée des médecins de "L'association de médecine relationnelle" (91).

Il s'agit d'une expérience née en septembre 1991 élaborée par des médecins ayant suivi une formation avec J. Salomé.

* Nous citerons ici quelques uns des thèmes de recherche présentés lors de la première réunion et recueillis par le Docteur Rodary.

" Comment adapter l'enseignement reçu aux situations réelles que nous rencontrons : les consultants ne sont pas des stagiaires !

- Réfléchir à la méthode : recueil des observations, ordonnances relationnelles...

- Relations aussi avec les collègues, avec les spécialistes.
- Nécessité de trouver le langage et d'oser dire ce que nous vivons, de ne pas rester isolés, d'entrer en relation avec les autres médecins.
- Tenter de vivre entre nous l'écoute, comme au cours des stages.
- Tenter de vivre cela sans l'aide d'un psychanalyste comme cela se fait dans les groupes Balint.

* De multiples questions et attentes on surgit de ces premières rencontres :

"Nécessité de confronter nos pratiques, et peut-être surtout nos échecs et nos limites importance du cadre (urgence ou rendez-vous..), comment "intervenir", choisir le moment adéquat pour passer de la phase d'écoute à la proposition thérapeutique. La notion "d'ordre" ou de conseil dans les ordonnances relationnelles, sa subtile différence avec nos propres désirs ou nos projets sur le patient : Attentes différentes des patients...y compris celles de ne pas être entendus et de ne s'occuper "que" de leur corps. Empathie... ou résonance ?" (Dr. F. Rodary).

* Ces rencontres, en définitive, abordent tous les problèmes que nous avons évoqués dans cette thèse et cela non sur un mode théorique, mais sur un mode... relationnel, en profitant de l'écoute et de l'expérience de chacun.

E - Conclusion : Une expérience d'initiation occidentale ?

* Les entreprises de publicité ont bien compris l'intérêt de développer la communication pour augmenter... la productivité. (stages d'analyse transactionnelle, etc...)

Nous pensons qu'il est urgent que toutes les facultés de médecine introduisent elles aussi une formation psychologique : il ne s'agit plus ici d'augmenter un rendement mais une qualité d'écoute. Cela n'est pas quantifiable mais l'impact peut en être considérable, comme nous le laisse entrevoir cette diminution des prescriptions par des médecins ayant reçu une formation psychologique".

* L'évolution des sciences et des structures de santé privilégie les technologies de pointe, avec comme conséquence une augmentation considérable des connaissances à acquérir par les futurs médecins, étouffant leurs possibilités d'autoapprentissage et de prise de responsabilités, leur sensibilisation à l'écoute et à la prise en compte des problèmes existentiels de leurs patients (86).

* Pour palier à cette carence, nous formons le voeu que la médecine générale de l'avenir, considérée encore parfois comme utopique aujourd'hui, soit un mélange harmonieux de connaissances techniques et de compréhension affective de la relation médecin/malade. Mais cette médecine ne pourra voir vraiment le jour que si le temps consacré aux malades est rémunéré autant que les actes techniques, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui (79). Cela amène à un débat politique : il s'agit de savoir si l'accès à l'autonomie des patients sera acceptée à sa

juste valeur par un pouvoir, quel qu'il soit, ou si ce même pouvoir jugera qu'il est moins risqué de collaborer à un "rafistolage" des corps et des esprits, même si cela coûte cher à la Sécurité Sociale. Le médecin spécialiste ressemblerait alors plutôt à un mécanicien qui "change les pièces usées" et le médecin généraliste à une "plaque tournante", qui se contenterait d'orienter les malades vers des confrères techniciens.

* Nous terminerons en évoquant une expérience d'initiation au Cameroun et en posant cette question : La formation psychologique des médecins n'est-elle pas une forme moderne d'initiation, en ce sens qu'elle débouche elle aussi sur une vision plus claire de l'environnement social ? :

- Dans le cas de l'initiation il s'agit, nous allons le voir, d'une découverte de la violence que tout concourt à cacher dans une société traditionnelle. Cette découverte est longue et douloureuse...

- Dans le cas de la formation psychologique du médecin il s'agit d'éclairer la relation avec son patient mais aussi toutes les relations que celui-ci entretient avec la société (avec sa famille, avec Dieu ou la Nature, avec les autres...) et où il existe également beaucoup de violence cachée, une sorte de violence/silence.

Par ailleurs, ce cheminement du médecin peut être également long et douloureux comme celui de l'initié¹. Nous allons relater ici l'expérience d'Eric de Rosny au Cameroun (69) : "contre le risque de la violence les sociétés traditionnelles excellent à secréter des institutions, des coutumes, des habitudes données dès l'enfance pour cacher à leurs membres le pouvoir de la violence. Parmi ces systèmes de détournement, le plus éprouvé et le plus raffiné est peut-être celui de la "sorcellerie"; aussi la sorcellerie qui passe pour déchaîner les pires fureurs pourrait être le complice de l'ordre établi et de la paix sociale; les initiés ont une perception décuplée et étonnamment précise des conflits oppressants de leurs malades grâce à l'art d'exploiter l'imaginaire.

Eric de Rosny souligne : "Mon initiation ne peut se comparer à une psychanalyse. La prise de conscience de nombreux souvenirs d'enfance oubliés, ne forment pas une analyse et DIN (le médecin guérisseur) n'a jamais tenté de me mettre face à moi-même comme le ferait un analyste : la violence qu'il me révélait était toujours celle des autres, non pas la mienne"; mais il ajoute : "Quel que soit le type d'expérience vécue, je me contente de son résultat irremplaçable; j'y ai gagné la vue, à savoir l'aptitude à regarder les choses de la vie à la manière des hommes du pays Douala avec leur extrême perceptibilité des conflits de groupe; il ne me venait pas à l'esprit qu'il faille une initiation pour oser regarder la violence en face; j'en ai été empêché par un vice de culture, par L'INCROYABLE PEINE QUE L'ON SE TROUVE A ENTRER DANS LES VUES DES AUTRES; L'ETRANGER DOIT COMPENSER PAR UNE DEMARCHE INTELLECTUELLE SA CECITE, son inaptitude à sentir et à réagir au diapason de ses hôtes; il lui faut reconstruire ce que les autres possèdent en héritage;" Le livre d'Eric de Rosny, raconte avec précision l'itinéraire de l'auteur confronté au Cameroun à des problèmes très

actuels que les ngangas (médecins traditionnels) s'efforcent de résoudre; tension et haine familiale, chômage, maladie, folie et mort; son expérience personnelle a donc été poussée à la limite du permis et du possible; ni le ngangas ni l'auteur ne sortent indemnes de cette épreuve. L'engagement religieux d'Eric de Rosny et la vision spirituelle du ngangas leur permettent tous deux de se comprendre; le sacré est leur lieu commun.

Il est très intéressant de remarquer combien cette initiation du pasteur s'est faite pas à pas; ainsi en témoigne cette réponse du ngangas alors qu'il lui demandait : "quel est le nom de ces herbes ?"

"Je vous dirai leur nom le moment venu, vous avez encore le temps".

L'auteur ajoute à propos de son initiation : "l'expérience m'avait rendu rétractile, un peu à la manière des sensitives, ces plantes qui se replient sur elle-mêmes à la moindre alerte; c'est qu'en effet Din m'avait mis en ETAT D'ALERTE PERMANENT".

Le pasteur et le médecin traditionnel n'ont pas la même interprétation de "leurs visions" : pour Din, la vision est d'abord un pouvoir. Il a besoin pour réussir dans une tâche dangereuse et même pour survivre de connaître quels êtres malfaisants rôdent autour d'eux et de leurs malades; pour le pasteur qui n'est pas engagé dans les mêmes combats thérapeutiques, la vision est d'ordre intellectuel : la violence est un savoir, une sagesse; l'un est investi dans son travail de "ngangas", l'autre dans son travail de chercheur.

CONCLUSION

Thèse soutenue par Lionel Buffard

COMMENT L'ECOUTE ACTIVE DES PATIENTS FAVORISE LEUR AUTONOMIE

Etude sur la relation médecin-malade, centrée sur l'écoute active et l'accès au sens de la maladie

Conclusions

Nous avons étudié la relation qui s'établit entre un malade et son médecin, à partir du cadre de la médecine générale, en nous centrant sur l'écoute du patient et en utilisant au maximum les modes de communication à notre disposition, communication verbale permettant le LANGAGE DES MOTS, ou communication non verbale permettant le LANGAGE DU CORPS.

Notre enquête est la synthèse :

- d'une expérience clinique personnelle élaborée à partir de remplacements en médecine générale,
- de l'expérience clinique des médecins généralistes et spécialistes plaçant la relation malade-médecin au coeur de leur pratique, et en particulier de celle du Docteur Françoise Rodary,
- de stages de communication animés par Jacques Salomé, psychosociologue et fondateur d'un centre de formation en relations humaines ,
- des animations de groupes "Balint" réalisées par le Docteur Michel Sapir, psychanalyste et psycho-somatique,
- d'une étude pluridisciplinaire de la relation basée sur les apports de la psychologie, de la psychanalyse, de la sociologie, de l'ethnologie et de l'histoire.

Nous avons ainsi confirmé les conditions et les techniques permettant à un médecin d'écouter son patient à plusieurs niveaux :

- celui des faits, des événements objectifs,
- celui du ressenti, de l'émotion,
- celui du retentissement dans son histoire personnelle (résonance),
- celui de l'intellect enfin.

Nous avons vu que cette écoute multiple permet au patient d'établir des LIENS avec sa maladie, son traitement et son entourage ainsi qu'avec lui-même et son soignant.

Pour ce qui concerne les conditions d'écoute, nous avons mis l'accent sur la disponibilité du médecin et le retentissement que peut provoquer chez lui le discours de son patient.

Pour ce qui concerne les techniques d'écoute, nous avons proposé 4 étapes dans le discours du médecin :

1. STIMULER le discours du patient
2. le REFORMULER
3. le CLARIFIER par un retour du message permettant au malade de saisir ce que le médecin a entendu
4. permettre au patient d'APPROFONDIR le point qui paraît central.

Parallèlement aux conditions d'écoute, nous avons mis en évidence des obstacles à la relation, liés au médecin, au malade et au contexte institutionnel et socio-professionnel.

Nous avons par ailleurs vérifié qu'une écoute attentive peut permettre au patient, s'il le désire, d'accéder au langage de sa maladie, c'est-à-dire à ce qu'elle signifie pour lui.

Nous avons vu que cette approche ne constitue pas une psychanalyse, et demeure très accessible au médecin généraliste, avec l'aide éventuelle d'une démarche symbolique : par exemple, pour un enfant, dire un conte qui représente l'histoire de sa maladie ou de ses symptômes.

Mais dans tous les cas, il sera fondamental pour le médecin d'accompagner chaque patient A SON PROPRE RYTHME, sans jamais se risquer à une interprétation sauvage, sans jamais "psychologiser" la relation à outrance.

Il n'est donc pas question d'anticiper le désir de clarté à la place de son malade, mais de lui permettre d'y accéder par lui-même, grâce à une démarche d'accompagnement attentive et chaleureuse : il s'agit finalement de le rendre AUTONOME.

L'histoire ainsi que l'étude ethnologique de la maladie nous ont permis de redécouvrir que cette démarche d'écoute active et d'accès aux multiples langages (dont le langage symbolique) puise ses origines dans le passé comme le montrent les écrits d'HIPPOCRATE et qu'elle est universelle comme en témoigne l'étude comparée des médecines traditionnelles que nous avons esquissée.

Actuellement les médecines dites "parallèles" reprennent le flambeau de la relation. Cela explique peut-être en partie le succès grandissant qu'elles ont auprès de nombreux malades.

Nous pensons que la médecine générale et hospitalière pourraient perdre de leur crédit si elles négligent cette approche relationnelle.

Pour ne citer qu'un exemple, nous souhaitons que l'opération "nounours", menée à l'hôpital de La Timone à Marseille, ne reste pas seulement expérimentale : dans un service de chirurgie, on opère des ours en peluche devant les enfants, puis on opère . . . les enfants en diminuant la prémédication . . . et l'angoisse.

Ainsi, face aux pièges de la technologie moderne et de l'institution, le médecin peut répondre par l'écoute et la créativité.

Mais encore faut-il qu'il soit formé à cette écoute, la bonne volonté ayant ses limites.

Or, il existe une nette discordance entre l'enseignement reçu à la faculté de médecine, orienté essentiellement vers le "somatique" et la réalité du cabinet du praticien où l'essentiel des patients consulte pour des symptômes dont l'origine est souvent d'ordre psychologique.

Aussi nous formons le vœu que l'enseignement de la médecine intègre à son programme l'approche relationnelle du patient, au même titre que d'autres disciplines.

Il reste à en définir les modalités : par exemple, la création d'un module de médecine relationnelle intégré à l'enseignement du second cycle et auquel participeraient des psychologues, des médecins généralistes, des médecins hospitaliers et . . . des patients peut-être.

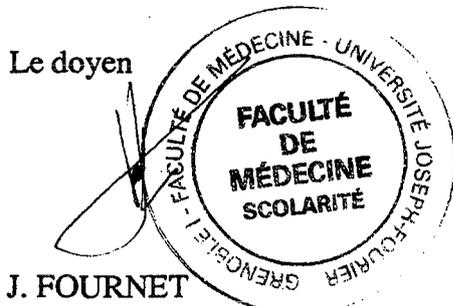
Des rencontres, des exposés sur les approches de la maladie et de la mort, étayés par des notions fondamentales de psychologie et d'anthropologie pourraient en constituer la trame.

On peut aussi concevoir la création de groupes "Balint", réunissant médecins et étudiants en médecine.

C'est peut-être à ce prix que le malade pourra être accepté dans toutes ses dimensions humaines et non plus morcelé dans son corps et dans son esprit par une médecine devenue très technique.

Vu et permis d'imprimer
Grenoble, le : 13 octobre 1992.

Le doyen



J. FOURNET

Le Président de thèse

Professeur S. HALIMI

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1- AEPPLI E.

Les rêves et leur interprétation (traduit de l'allemand)

Ed. Payot. Paris. 1986.

2 - ALLEMAND H., CHARONDIERE P., MONNET E.

Formation humaine en médecine : besoins et réponses

Rev.Ed. Medicale, 12, N° 4, 43 - 59

3 - ARCHINARD M.

L'entretien clinique. Quel enseignement en 1991 ?

Rev. Médecine et hygiène. Mai 1991, 49, 1224-1226.

4 - ATLAN P.

Les besoins de formation du médecin généraliste en psychiatrie et en psychologie médicale.

Mémoire de psychiatrie (CES), Hôpital St- Antoine, 1986.

5 - BALINT E.

Le psychanalyste et la médecine.

Rev. De Med. Psychosom.. 1976, 18, N° 4, 323-334.

6 - BALINT M.

Le médecin, son malade, et la maladie.

Ed. Payot. Paris. 1960. (Edition originale : Londres 1957).

7 - BATTEGAY R.

L'influence à l'hôpital de la relation médecin-malade par le groupe Balint.

Rev. de Med. Psychosom. 1974, 16, N°4, 431-435.

8 - BAUDET JH.

L'information en gynécologie-obstétrique.

Bordeaux Médical. 1982, 15, 109-112.

9 -BAUDRY M, BRELET G, CHICHE-AUVIGNE MC, FRANDEBOEUF J.

Les sortilèges de l'enfance ou faut-il supprimer le chat ?

Ouest Médical. 1978, 7, 411-416.

10 - BENOIST L.

Signes, symboles et mythes.

PUF, coll. Que Sais-je. 1975.

11 - BENSASSON M.

De la bouche du malade à l'oreille du médecin.

Ed. J. Bertoin. 1991.

11a - LEVI STRAUSS C.

La pensée sauvage.

Plon, Paris. 1962.

11b - BRISSAUD E.

Histoire des expressions populaires relatives à l'anatomie, à la physiologie, à la médecine.

Georges Chamerot, Paris. 1888.

12 - BERGER M, PELLET J.

Difficultés psychologiques à traiter la douleur.

Psychologie Médicale. 1979, 11, N° 5, 965-970.

12 bis - BETTELHEIM B.

Psychanalyse des contes de fées. **Ed. R. Laffont**

13 - BOURGEOIS M, TIGNOL J, DAUBECH JF, GRAFEILLE N.

Le médecin et la sexualité des malades.

Rev. de Med. Psychosom. 1977, 20, N° 2, 175-178.

14 - BOURNE S, LEWIS E.

Projets d'étude dans un groupe Balint.

Rev. de Med. Psychosom. 1976, 18, N°4, 335-340.

15 - BURY JA.

Problématique de la prise en charge du patient fonctionnel ou comment passer de "vous n'avez rien...(qui m'intéresse)" à : "ce qui m'intéresse, c'est que n'avez rien".

Psychologie Médicale. 1977, 9, N° 12, 2353-2358.

16 - CHAZAUD J.

Précis de psychologie de l'enfant.

Ed. Privat. 1971 (Réed. en 1990). Toulouse.

Bibliographie

17 - CHEVALIER J, GHEERBRANT A.

Le dictionnaire des symboles.

Ed. Lafond. 1982.

18 - CORBEAU JP.

Pour le public : "toubib, professeur ou guérisseur ?"

Revue Autrement. 1977, N°9, Paris.

19 - COUSINS N.

La volonté de guérir.

Ed. Du Seuil. 1980. trad. de l'anglais.

20 - DELESPAUX J.C.

Voies pédagogiques permettant d'intégrer "la relation d'aide et la communication en médecine générale" dans l'enseignement.

Document de l'UCL, Juin 1989. *Staff de médecine générale - CUMG - Québec, p 1-8*

20 bis - DEJOURS C.

Aspects psychologiques du conseil diététique au diabétique.

La vie Médicale. Avril 1979, 10.

21 - DEMILLY JL.

L'approche psychosomatique vue par un médecin généraliste.

Rev. "Psychiatries". 1989, 2, N° 87/88, 27-32.

22 - DOLTO F.

Tout est langage.

Ed. Vertiges du Nord. Carrere. 1987.

23 - DOLTO F.

L'enfant du miroir.

Ed. Rivages. 1987, Paris.

24 - DOLTO F.

Paroles pour adolescents.

Ed. Hatiers. 1989, Paris.

25 - DUTOT F, LAMBRICHS L.

Les fractures de l'âme.

1988.

25a - BERNARD C.

Introduction à la médecine expérimentale

26 - FROMM E.

Le langage oublié.

Ed. Payot. 1980, Paris. trad. de l'anglais.

27 - GAHAM D.

Plaidoyer pour une psychothérapie du praticien.

Le généraliste. FMC. 1989 (Nov), 1125, 18-19.

28 - GELLY R.

L'art de Michael Balint ou la psychanalyse au service de la médecine.

Rev. Du Med. Psychosom. 1982, 24, N°2, 149-155.

29 - GIBRAN K.

Le prophète.

Ed. Casterman. 1985.

29 bis - GRODDECK.

Maladie, art et symbole.

Gallimard

30 - GUEX P.

22ème colloque international de psychologie médicale de langue française.

Rev. Medecine et Hygiène. 1982, 40, 913-917.

31 - HANTZBERG P, DESCAMPS C.

La prise en charge initiale de l'alcoolique.

La revue de médecine. 1982, 17, 899-900.

32 - HOERNI B.

L'autonomie en médecine. Nouvelles relations entre les personnes malades et les personnes soignantes.

Ed. Payot. 1991, Paris.

32a - PEABODY E.W.

"The care of the patient".

JAMA. 1927, 88, 877-882.

32b - KARINTHY F.

Voyage autour de mon crâne.

V. HAMY. 1990.

32c - SARTRE J.P.

Huit Clos.

Gallimard. Paris. 1947.

32d - MARTEAU T.M.

"Psychological costs of screening".

Br. Med. J. 1989, 299, 527.

32e - SAILLANT F.

Cancer et culture, produire le sens de la maladie.

Montréal, St Martin. 1988.

32f- MALHERBE J.F.

Pour une éthique de la médecine.

Larousse, Paris. 1987.

32g - NELSON A.R.

"Humanism and the art of medicine. Our commitment to care".

JAMA. 1989, 262, 1228-1230.

32h - DUFRESNE J., DUMONT E., MARTIN Y.

Traité d'anthropologie médicale.

L'institution de la santé et de la maladie. Quebec- Lyon, Presses Univ. Quebec. 1985.

32i - CALMAN K.C.

"Literature and medicine : a short course of medical students".

Med. Educ. 1988, 22, 265-269.

32j - TILBURG M.W.A van.

"Teaching interpersonal skills : changed objectives in the pelvic examination training".
Groningue, BOeckwerk. 1990, 169-172.

32k - WARREN K.S.

"The humanities in medical education".
Ann. Intern. Med. 1984, 104, 697-701.

32l - KATZ J.

The silent world of Doctor and patient.
New York, Free Press, 1984.

33 - IANDOLO C.

Parler avec le malade. Techniques, art et erreurs de la communication.
Ed. Du médecin généraliste. 1986, Paris.

33a - COOK M.

La percezione interpersonale.
Il Mulino, Bologna. 1971.

34 - JOLIVET B, PAINI P.

Le médicament au quotidien.
1988, 490-493.

35 - JUNG CG.

L'homme et ses symboles.
Ed. R. Laffont. 1964, Paris.

36 - KERNEIS O.

De l'influence de la personnalité dans la relation médecin-malade.
La Revue du Praticien. 1985, 35, N° 59/60, 3489-3492.

37 - KUBLER ROSS E.

Questions et réponses sur les "derniers instants de la vie".
Ed. Labor et Fides. 1977, Genève.

38 - KUBLER ROSS E.

La mort de l'enfant.

Ed. Du Tricorne. 1986, Genève.

39 - LAHALLE MO.

La relation médecin-malade à la consultation hospitalière. La situation médecin traitant-malade-
psychiatre à la consultation hospitalière de spécialité.

Rev. Epidem. Med Soc. et Santé Publique. 1975, 23, N° 2, 93-110.

40 - LAING R.

La politique de l'expérience.

Ed. Stock. 1967, trad. de l'anglais.

41 - LAMBERT E.

La cicatrice intérieure

Revue Autrement. 1980, 26, Paris.

42 - LAPLANTINE F.

Anthropologie de la maladie.

Ed. Payot. 1986, Paris.

43 - LEBOYER F.

L'art du souffle.

Ed. Albin Michel. 1984, Paris.

44 - LEGOUES G.

Le groupe Balint ou l'avatar d'une résistance.

Perspectives psychiatriques. 1978, Tome 3, 16, 270-281.

45 - LEIB B.

Diabète, un itinéraire affectif.

Revue Autrement. 1980. 26, 42-52, Paris.

46 - LEMAN J, GAILLY A.

Thérapies interculturelles. L'interaction soignant-soigné dans un contexte multiculturel et
interdisciplinaire.

Ed. Universitaires de Boeck-Wesmael. 1991, Bruxelles.

47 - LEROI-GOURHAN A.

Les racines du monde.

Ed. Belfond. 1982.

48 - LEVY-LEBOYER C, MOSER G, PINEAU C.

Etude psychologique du comportement de prescription médicale.

48 bis - MANNONI M.

L'enfant, sa maladie et les autres.

Petite Bibliothèque, Payot.

49 - MARTY P.

La psychosomatique de l'adulte.

PUF. Que sais-je. 1990.

50 - MARTIN-DUPONT C.

L'information des malades en néphrologie.

Bordeaux Médical. 1982, 15, 99-101.

50 bis - MEGGLE D.

Les thérapies brèves.

Ed. Retz. Paris, 1990.

51 - MEHL D, DAGNAUD M.

La maladie, une façon de parler.

Revue Autrement. 1985, N° 68.

52 - MICHAUD PA.

Patiente et longueur de temps... Le médecin praticien face à l'adolescent faisant usage de drogue.

Med. et Hygiène. 1988, 46, 2045-2047.

53 - MOREAU A.

Formation Balint : Evaluation d'un changement.

Revue. de Med. Psychosom. 1974, 16, N°2, 155-161.

54 - MONCHICOURT D.

Parlez moi d'amour... j'ai l'appendicite.

Revue Autrement. 1985, 68, 18-26.

55 - MORHANGE-BEGUE C.

L'enfant malade : objet/sujet.

Revue de Med. Psychosom. 1977, 19, N° 1, 7-21.

56 - PERROT (de) E.

A propos du jeu de rôle. Communication et langage dans la relation médecin-malade.

Revue de Med. Psychosom. 1976, 18, N°4, 379-390.

57 - PEYRON M.

A la recherche du message perdu.

Psychologie Médicale. 1973, 5, N° 4, 663-667.

58 - PIAGET J.

Le langage et la pensée chez l'enfant.

Ed. Delachaux et Niestlé. 1984, Neuchâtel/Paris.

59 - PIERLOOT R, VERHAEST S.

La relation patient-généraliste comme objet de recherche psychologique.

Revue de Med. Psychosom. 1982, 24, N° 3, 267-287.

60 - POUSSIN G.

La pratique de l'entretien clinique.

Ed. Privat. 1992, Toulouse.

60a - LAPLANCHE J., PONTALIS J.

Vocabulaire de ^{la} psychanalyse.

PUF. Paris. 1967.

61 - PRAYEZ P.

Furor therapeuticus.

Revue Autrement : Les médecins. 1985, 68, 33-40.

62 - RAIMBAULT G.

L'enfant et la mort.

Ed. Privat. 1975.

63 - RAMSTEIN S.

Un pédiatre raconte.

Ed. Hatier. 1989, Paris.

64 - REBOUL J.

(formation psychologique du médecin).

Revue Actualités psychiatriques. 1982, 12, N°2, 43-44.

65 - RETEL-LAURENTIN A. (coordinatrice du colloque de la société d'éthnomédecine).

Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles.

Ed. L'Harmattan. 1987, Paris.

65a - ROBERT M.

Reflexions sur les concepts de normalité et de pathologie de l'alcoolisation.

65b - GOUBERT J.P.

Introduction d'une approche en sciences sociales dans une faculté de médecine parisienne.

CNRS.

65c - DOURNES J.

Conception du mal, de la maladie, de la guérison dans l'univers de représentations de populations autochtone traditionnelles en Indochine.

CNRS.

65d - HAXAIRE C|

Etiologie et perception de troubles gynécologiques chez les femmes Gouro (Côte d'Ivoire).

CNRS.

65e - SICARD D. (Prof. Ag. Med. Intern.), POTTIER R. (Prof. d'Anthropologie).

Le symptôme douleur au Laos. Sa perception par la médecine occidentale.

65f - LUXEREAU A.

Perception de la santé et de la maladie en pays Hansa (Niger).
CNRS.

65g - KAPLANIAN P.

Conception de la maladie chez les Ladakhi.

65h - NASSIKAS K. (Ethnopsychiatre).

Des Asklepiades à Hippocrate : une rupture anthropocentrique à la conception de la santé et de la maladie. (L'exemple du rêve).

65i - JULLIARD A., NARDONE J. (Ethnologues)

Pour un essai d'étude ethnographique de la perception de la maladie.

65i' - HELIAZ J.P.

Le cheval d'orgueil.

Coll. Terre Humaine, 1982.

65j - BOYON D., LEGER J.M., PERUCHON M., HERRMANN C. (psychiatres).

Les Bons Saints et la guérison dans les ostensions limousines.

65k - BRUN A.

Dans les cabinets de voyance : dimension relationnelle et institutionnelle de l'activité d'élaboration du réel.

65l - LIEVRE V. (Ethnologue).

Pratiques médicales et étiologies de la maladie chez les Kalash du Nord-Pakistan.

65m - EPELBOIN A.

La malediction de la pierre noire.

CNRS.

65n - MOURAO CAVALCANTE A., PAULA BARRETO A. (Prof. à la Faculté de Médecine).

Représentation de la santé et de la maladie au Nord-Est du Brésil.

65o - PODLEWSKI A. (Maître de recherches ORSTOM).

Les activités médicales et paramédicales des "forgerons" Mafa (Nord-Cameroun).

65p - GARINE I.

De la perception de la malnutrition dans les sociétés traditionnelles.
CNRS.

65q - LUCA TURPAIN N.

A propos des représentations sociales du cancer.

65r - ANDEZIAN S.

Nouvelles représentations de la santé et de la maladie : la dialectique entre tradition et modernité.
CNRS.

65s - BOITARD O. (Psychiatre).

La magie dans l'étiologie de la maladie mentale chez le migrant.

65t - PIERRET J.

Les usages sociaux de la santé : trois exemples.
CNRS.

65u - WAISSMAN R.

Représentations de la santé dans un groupe d'insuffisants rénaux à la suite d'un mouvement de grève.
CNRS.

65v - BERGER P.

Éléments sur la pénétration du schéma bacillaire dans les représentations populaires à travers les campagnes antituberculeuses (1880- 1930).
CNRS.

65w - MONTVALON R. (Médecin).

Reflexions sur les nouvelles relations du Nord et du Sud dans le domaine de la santé.

66 - RODARY F.

Docteur, s'il vous plait, écoutez moi.
Ed. Jouvence. 1992, Genève.

67 - ROGERS C.

La relation d'aide et la psychothérapie.

Ed. ESF. 1980.

68 - ROQUEBRUNE JP, VITAL T, MORAUD P.

Le diagnostic d'infarctus du myocarde a-t'il la même signification pour le malade et le médecin?

Rev. Psychologie Médicale. 1983, 15, N° 12, 2037-2039.

69 - ROSNY (de) E.

Les yeux de ma chèvre.

Ed. Plon. (Terre Humaine). 1981.

70 - ROLLY JL.

La science médicale a-t'elle ses spécialistes et ses lieux privilégiés.

Revue De Med. Psychosom. 1978, 20, N° 1, 39-46.

70 bis - ROUY J.L.

Synthèse et communication en médecine générale.

Rev. Ed. Med. 9, N° 5, 25-30.

71 - RUFO M.

"Docteur Rufo et Mister Nounours".

Rev. Abstract Neuro et Psy. 1991, 72, 24-25.

72 - SALOME J, GALLAND S.

Si je m'écoutais, je m'entendrais.

Ed. de l'Homme. 1990, Quebec.

72 bis - SALOME J.

Les mémoire de l'oubli.

Ed. Jouvence.

73 - SALOME J.

Relation d'aide et formation à l'entretien.

Presses Universitaires de Lille. 1989, Lille.

74 - SALOME J.

Papa, maman, écoutez moi vraiment.

Ed. Albin Michel. 1989, Paris.

75 - SALOME J.

Séminaire de formation "soigner aussi par la tendresse". 7 et 8 octobre 1992, Grenoble.

75 bis - SALOME J.

Apprivoiser la tendresse.

Ed. Jouvence.

76 - SANZOY N, FAROULT E.

Anesthésie dans le monde.

(2ème année de réunion d'un groupe Balint d'anesthésiologistes). 1977, 25, N° 7, 913-916.

77 - SAPIR M.

La formation psychologique du médecin. (à partir de Michael Balint).

Ed. Payot. 1972, Paris.

77a - TOSQUELLES F.

Psychologie médicale.

1970, 2, N°1.

78 - SCHNEIDER PB.

Psychologie médicale.

Ed. Payot. 1984, Paris.

78a - ALEXANDER F.

La médecine psychosomatique, ses principes et ses applications.

Payot. Paris. 1952.

79 - SCHNEIDER PB.

Avenir de la psychologie médicale et de la psychothérapie en médecine.

Schewerzer Archiv. für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie. 1974, 1, N° 115, 49-57.

80 - SCHNEIDER PB.

Le médecin, l'inconnu de la psychologie médicale.

Rev. Psychologie Médicale. 1980, 12, N° 6, 1233-1244.

80a - OKEN D.

The doktor's job an update.

Psychosom. Med. 1978, 6, 449-461.

81 - SICHEL JP.

Les relations entre médecins et psychiatres.

Revue de Méd. Psychosom. 1970, 12, N°4, 369-378.

82 - SOLIGNAC P.

Pour un nouveau médecin de famille.

Ed. Flammarion. 1970, Paris.

83 - SZASZ T.

Le mythe de la psychothérapie.

Ed. Payot. 1978, New York.

84 - TIGNOL MMJ, AMOURETTE M, BOISSEAU C, DAUBECH JF, SCHROEDER D.

Patients névrosés atteints de maladie organique : piège pour le médecin, danger pour le malade.

Bordeaux Médical. 1978, 11, N° 10, 809-811.

85 - USHTE T.

De mémoire indienne.

Ed. Plon (Terre Humaine). 1977 (traduction).

86 - VAN DEN HAUTE.

De l'anamnèse systématique à l'art d'écouter.

Patient Care. Sept. 1990.

87 - WALTER L.

Sur le rôle du médicament dans la relation médecin-malade.

Revue de Med. Psychosom. 1980, 22, N° 2, 119-130.

88 - WATZLAWICK P, WEAKLAND J, FISCH R.

Changements, paradoxes et psychothérapies.

Ed. du Seuil. 1975 (pour la traduction).

89 - WATZLAWICK P.

Le langage du changement, éléments de communication thérapeutique.

Ed. Du Seuil. 1980 (pour la traduction).

89a - FRANKL V.

Le médecin et l'âme.

Vienne. Deutricke 1966.

89b - SIMONTON O.C., SIMONTON S.

Belief systems and management of the emotional aspects of malignancy.

Journal of Transpersonal Psychology. 1975, 1, 29 - 47.

90 - Groupe de médecine relationnelle.

Dr. SAILLARD J.M tél. 90.51.81.10

Dr RODARY F. tél. 76.09.38.46

91 - Groupe REPERES (compte-rendu de la séance de Déc. 1990).

30 Bd Ornano, 75018 PARIS. Tél. 42.62.29.74.

92 - Association "JALMALV Grenoble" Président : Professeur SCHAEERER R.

4 bis Rue Hector Berlioz, 38000 GRENOBLE, Tél. 76.51.08.51



LEXIQUE

NB : Le sens des mots correspond uniquement à celui rencontré dans le texte.

- **Allopathie** : médecine classique (par opposition à homéopathie)
- **Amylose** : Maladie caractérisée par une infiltration diffuse de certains organes par une substance protéique, d'évolution presque toujours mortelle.
- **Anamnèse** : renseignements fournis par le sujet interrogé sur son passé et sur l'histoire de sa maladie.
- **Antiasthénique** : médicament destiné à lutter contre la fatigue.
- **Archétype** : D'après la conception de Jung, modèles originaux de "l'inconscient collectif" qui ont une représentation imagée (ex. le dragon, le serpent - vestiges d'une langue universelle originelle).
- **Bartholinite** : Inflammation de la glande de Bartholin, glande contribuant à la lubrification du vagin et débouchant dans la cavité vaginale.
- **Chimiothérapie** : Thérapeutique par les substances chimiques, en particulier au cours des cancers.
- **Colectomie** : ablation de la totalité ou d'une partie du colon.
- **Comitial** : Qui a rapport à l'épilepsie.
- **Devin** : personne qui prétend découvrir ce qui est caché, prédire l'avenir par des moyens qui ne relèvent pas d'une connaissance naturelle ou ordinaire.
- **Ethnocentrisme** : tendance à privilégier le groupe social auquel on appartient et à en faire le seul modèle de référence.
- **Epigastre** : Région de l'abdomen située en face de l'estomac.
- **Fantasme** : toute production de l'imagination par laquelle le moi cherche à échapper à l'emprise de la réalité.
- **Homéostasie** : stabilisation, chez les organismes vivants, des différentes constantes physiologiques.
- **Hystérie de conversion** : Ensemble des symptômes surtout neurologiques prenant l'apparence d'affections organiques sans lésion organique décelable.
- **Hystérectomie** : ablation de l'utérus.
- **IDR** (intra-dermo-réaction) : Réaction cutanée survenant au point où l'on a pratiqué une injection d'antigène (ici l'antigène du bacille tuberculeux). La réaction est positive quand le sujet a été infecté par le bacille de la tuberculose (ou bien vacciné),
- **Leucocytose** : augmentation des leucocytes ou globules blancs dans certaines maladies infectieuses et inflammatoires (telle l'appendicite).

- **Névrose** : affection caractérisée par des troubles affectifs et émotionnels (angoisse, phobies, obsession, fatigue) dont le malade est conscient mais ne peut se débarrasser et qui n'altèrent pas ses fonctions mentales.
- **NFS** (numération formule sanguine) : Examen de laboratoire permettant d'étudier le nombre des éléments sanguins (globules rouges et blancs en particulier).
- **Oedipien** : En rapport avec le complexe d'Oedipe : attachement érotique de l'enfant au parent de sexe opposé.
- **Onde T** : Onde de l'électrocardiogramme modifiée dans les angines de poitrine et l'infarctus du myocarde, mais aussi dans certaines conditions physiologiques.
- **Ontologie** : Partie de la métaphysique qui s'applique à l'être en tant que tel, indépendamment de ses déterminations particulières.
- **Ostéosarcome** : variété de cancer osseux pouvant atteindre les enfants.
- **Pétéchie** : petite tache rouge de la peau ou des muqueuses traduisant une micro hémorragie (rupture de vaisseaux).
- **Plurifactoriel** : qui comprend plusieurs facteurs, plusieurs causes.
- **Polyarthrite rhumatoïde** : Maladie chronique caractérisée par des manifestations articulaires inflammatoires, progressant par poussées en entraînant douleurs et déformations, avec souvent atteinte de l'état général, et évoluant vers une impotence fonctionnelle.
- **Pneumopathie** : Maladie infectieuse du poumon
- **Pneumectomie** : ablation d'un poumon, partielle ou totale.
- **Proprioceptif** : propre aux muscles, ligaments, os, par opposition aux sensibilités tactile et viscérale.
- **Psychose** : Maladie mentale dont le malade ne reconnaît pas le caractère morbide (il "sort du réel").
- **Psychanalyse** : Méthode d'investigation psychologique qui cherche à déceler dans l'esprit l'existence de souvenirs, désirs ou images, dont la présence sub-consciente cause des troubles physiques ou psychologiques.
- **Psychothérapie** : Toute thérapeutique par des procédés psychologiques.
- **Purpura fulminant** : Maladie gravissime et d'évolution très rapide due au méningocoque.
- **Roaccutane®** : Médicament utilisé contre les acnés rebelles et pouvant présenter d'importants effets secondaires.
- **Regression** : Retour à un stade antérieur de développement affectif et mental.
- **Rectocolite hémorragique** : Maladie grave d'origine inconnue, caractérisée par des hémorragies du rectum et du colon (gros intestin), évoluant par poussées.
- **Resistance** : Tout ce qui s'oppose dans le comportement d'un sujet en analyse, à la libre association des idées et au progrès de la cure.

- **Scotch Test** : Test de dépistage des oxyures: papier adhésif receillant les oeufs d'oxyures sur la marge anale de l'enfant.
- **Sémiologie** : Ensemble des signes permettant de définir une maladie.
- **Somatique** : Qui concerne le corps par opposition à psychique.
- **Somatisation** : Elaboration de symptômes physiques et de maladies à partir de problèmes psychiques.
- **Substitutif** : Concerne un traitement médicamenteux, destiné à remplacer une hormone ou un autre élément absent du corps humain, à la suite d'une maladie.
- **Systémique** : Se dit de la communication qui considère l'individu dans tout son système de relations.
- **Tubage** : Le tubage duodénal ou gastrique est l'introduction dans le duodénum ou l'estomac, d'un tube de caoutchouc permettant le prélèvement de bile ou de suc pancréatique

LISTE DES OBSERVATIONS CLINIQUES PERSONNELLES

1 - L'histoire de Laura	P. 5
2 - Enrik, l'enfant qui ne mangeait pas et le papa qui parlait "bébé"	P. 14
3 - La petite fille sourd-muette	P. 17
4 - La grand'mère et les maux de tête	P. 18
5 - La fermière et le médecin... pressés.	P. 25
6- La dame à la cystite	P. 29
7 - La dame qui veut hospitaliser son fils	P. 32
8 - La tuberculose et la peur des mots	P. 38
9 - Racisme et provocation : à propos d'une hypertension	P. 42
10 - La dame qui voulait des "coupe-faim"	P. 49
11 - Melle T ou la séduction	P. 52
12 - La jeune maghrébine et la rage de dents	P. 53
13 - Cindy et la peur de l'appendicite	P. 61
14- Le jeune homme "coincé" entre sa mère et le médecin	P. 61
15 - "Venez vite, c'est pas pour moi, c'est pour ma fille"	P. 61
16 - Appendicite et peur du médecin	P. 64
17 - La dame qui me faisait des cadeaux	P. 65
18 - La jeune fille qui tremble et... mange trop de sucre	P. 71
19 - La "méningite" de la petite fille ou : une angoisse contagieuse	P. 75
20 - La petite fille qui "gonfle" ou : allergie en urgence	P. 76
21 - Sonia et les parents séparés	P. 80
22 - Madame N et les trous de mémoire	P. 80
23 - Le jeune drogué "né dans une poubelle"	P. 90
24 - Un coup de soleil "familial" et accusateur	P. 96
25 - "il faut le faire dormir" (observation de Clyde un an)	P. 105
26 - Un visage déformé par le cancer	P. 112
27 - L'agressivité du médecin et de la malade	P. 94
28 - Melle C et la chambre "visitée"	P. 45
29 - "Il ne mange plus : donnez lui quelque chose" (observation de Julien 3 ans).	P. 106



Quidiam memorem laudes, repetamque fideles
 Ingenij dotes, Hippocratisque decus.
 Democriti auditor Phœbea, ô, Coe propago,
 Certius an quis te tradidit artis opes?

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE.

Je promets et je jure d'être fidèle aux loix de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passent, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

