

# Formation en médecine psychosomatique et psychosociale: comment et pourquoi ne pas apprendre à s'en passer

Laurent Schaller



Angesichts seiner beschränkten Fähigkeit, den emotionalen oder irrationalen Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden, kann beim Arzt der Wunsch aufkommen, die Beziehung zum Patienten sowohl als diagnostisches wie als therapeutisches Werkzeug nutzen zu können. Die Ausbildung dazu besteht darin, sich die auf den einzelnen Patienten zutreffenden Fragen stellen zu lernen und nicht darin, die Antworten innerhalb einer Nosologie zu suchen. Die Neugier des Arztes richtet sich dann auf Geschichten der Patienten, wie diejenigen im Artikel, die zum einzelnen Patienten gehören, die aber auch die Sensibilität und Persönlichkeit des Arztes berücksichtigen.<sup>1</sup>

En restant curieux devant ses limites face aux besoins affectifs ou irrationnels de ses patients, le médecin peut désirer apprendre à utiliser la relation comme un moyen aussi bien diagnostique que thérapeutique. Cet apprentissage est celui des bonnes questions à se poser singulièrement avec chaque patient plutôt que celui des réponses à donner selon une nosologie déterminée. La curiosité du médecin s'intéressera à des histoires comme celles qui suivent, adaptées naturellement au patient mais aussi à sa sensibilité et à son tempérament.

## A partir de la certitude de nos incertitudes

Sans devoir y penser trop souvent parce que c'est plutôt déprimant, les médecins, surtout en premier recours, savent plus ou moins consciemment que:

1. Parmi les affections qu'ils sont amenés à traiter, environ 60% guérissent spontanément, 25% ne guérissent jamais alors que le traitement n'est décisif que dans 15% des cas, au bas mot, ceci aussi bien pour le soignant spécialisé en général et tout spécialement pour le généraliste!
2. La compliance à n'importe quelle médication, y compris le placebo, diminue de nombreux facteurs de risques [1];

3. Les patients ne sont compliant que quand ils se sentent en santé [2].

Ces trois faits et bien d'autres permettent de dire que la relation médecin-malade est complexe et confuse.

Le médecin se souvient alors peut-être un peu péniblement qu'il est en particulier démunie face aux besoins affectifs et irrationnels des patients, de même que pour susciter leur participation active non seulement dans la direction du traitement, mais surtout dans son choix.

Alors, plutôt que de s'asseoir sur la suffisance et la sécurité de ses théories scientifiques raisonnables, il lui est nécessaire pour progresser, pour changer, de se poser constamment des questions avec le patient. Il n'est alors plus guère éthique de considérer la communication avec le patient comme un don du ciel inné qu'on a la chance de posséder ou pas.

La certitude de ces incertitudes, c'est-à-dire la conscience du perpétuel paradoxe dans la relation à soi ou aux autres, appelle une approche qui tienne compte du fait que le dialogue avec le patient représente l'instrument diagnostique le plus important pour le médecin [3], instrument qui mérite peut-être d'être comparé avec d'autres instruments de mesure, comme l'ECG dont on sait, par exemple, qu'un excès pondéral ou un emphysème modifie le tracé de base sur lequel on s'est mis d'accord. On a donc établi des critères professionnels pour l'ECG, alors que pour le dialogue médecin-patient, on pense généralement qu'il n'en existe pas. On peut expliquer cette «négligence» par le fait qu'il est considéré comme banal de communiquer puisqu'on communique forcément et que, au contraire de l'ECG où une erreur d'interprétation peut coûter la vie d'un patient, les conséquences d'un manque de compétence dans la communication se laissent moins facilement cerner. On constate en effet très fréquemment que bien peu de patients signalent directement s'ils sont mécontents d'une consultation ou s'ils n'ont pas obtenu ce qu'ils attendaient.

<sup>1</sup> Übersetzung:  
Alex Ammann

Le médecin (de premier recours) qui se respecte tout en respectant ses patients est curieux et il lui arrive de fantasmer. La question du comment le patient vit lui-même la maladie le stimule d'autant plus que cette compréhension reste cachée, cryptée. Tout ce savoir ne peut en effet que rester largement clandestin puisque beaucoup de patients du généraliste moyen attendent seulement un soulagement de leurs problèmes physiques afin de pouvoir redevenir comme avant, en niant leur histoire et les conflits qu'ils croient devoir supporter seuls, sous peine de se sentir dévalorisés [4].

### Poser les bonnes questions à travers la relation

Tenant compte de ces remarques (im)pertinentes, et prenant part à la démarche de l'AMPP (Académie de Médecine Psychosomatique et Psychosociale), la Formation romande en Médecine Psychosomatique et Psychosociale FrMPP dispense un cycle de deux années sur 12 journées sensibilisant au phénomène complexe qu'est la relation thérapeutique qui s'appuie sur un sens de la coopération à travers laquelle le patient devient aussi l'éducateur de son médecin. Cette coopération découle de nos origines animales selon ce que nous enseigne l'éthologie et, à cause de cela, son efficacité n'est pas tant liée à la méthode de travail ou à la formation du médecin mais avant tout à l'instauration de cette relation [5].

Le rôle du thérapeute est de promouvoir un climat, une mentalité, un moyen partagé de conduire la pensée.

Si vous avez un malade en face de vous, la réponse est un traitement, mais quel est au juste le problème? Comme le dit Woody Allen, la réponse est oui, mais quelle est au juste la question?

Le plus difficile n'est pas d'abord de poser un diagnostic (qui risque de cacher la personne qui le porte) mais de savoir comment poser les problèmes alors que les circonstances sont multiples, alors que les individus sont tous originaux, même quand ils se ressemblent, même quand on les affuble du même diagnostic.

Dans chaque circonstance, on peut (ou on doit) se demander si le malade est mieux soigné en fonction de sa maladie ou en fonction des convictions du médecin ou en fonction

de qui il est globalement? Aujourd'hui, l'enjeu est important non seulement pour l'individu, pour sa famille et son entourage immédiat mais, surtout en matière de coûts, pour la société entière.

L'approche psychosomatique et psychosociale se penche donc d'abord sur le choix des bonnes questions tout en les replaçant au niveau adéquat ou en reliant les différents niveaux bio-psycho-sociaux.

### S'intéresser aux histoires ... de nos patients ...

Puisque cet exposé a l'ambition de mettre en valeur la relation thérapeutique, il doit commencer par établir une relation avec les intéressés potentiels en éveillant les envies, les désirs. D'où l'idée des trois histoires [6] qui suivent à travers lesquelles les questions essentielles surgissent de manière à la fois plus ouverte et plus stimulante:

#### Le magasin de vérité

Je pouvais à peine en croire mes yeux, quand j'aperçus le nom du magasin – *magasin de vérité*. On vendait de la vérité, ici. La vendeuse était très polie: quel genre de vérité désirais-je acheter: vérité totale? Vérité partielle? Vérité totale, évidemment. Pas de duperies pour moi, pas de faux-fuyants, pas de rationalisations. Je voulais ma vérité *pure, limpide* et entière. Elle me désigna une autre section du magasin, où l'on vendait de la vérité entière. Le vendeur qui se tenait là me jeta un regard de compassion et pointa du doigt l'étiquette où figurait le prix. «Le prix en est très élevé, monsieur» dit-il. «C'est combien?» demandai-je, bien décidé à me procurer la vérité entière, à n'importe quel prix. «Si vous prenez celle-ci, dit-il, ça vous coûtera la perte de toute tranquillité pour le reste de votre vie.» Je sortis du magasin, tout attristé. J'avais pensé pouvoir me procurer la vérité entière à vil prix. Je ne suis pas encore prêt pour la Vérité. Je soupire après la paix et la tranquillité de chaque instant. J'ai encore besoin de me leurrer moi-même un petit peu avec mes faux-fuyants et mes rationalisations.

Dans chaque histoire comme celle de chaque patient, il y a une sorte de «vérité» à découvrir avec le patient. Sachant cela, n'est-il pas plus entraînant de poursuivre la recherche, de rester curieux, d'autant plus si je

peux renoncer à cette vérité dans l'immédiat tout en lui donnant la valeur d'un but à atteindre. Pour se prémunir contre le burn-out, le médecin de premier recours n'a-t-il pas intérêt à apprendre à garder les questions ouvertes, à gérer l'incertitude?

#### Acheter des graines, non des fruits

Une femme rêva qu'elle pénétrait dans une boutique toute neuve de la place du marché et que, à sa grande surprise, elle trouva Dieu derrière le comptoir.

«Qu'est-ce que vous vendez ici?» demanda-t-elle.

«Tout ce que votre cœur désire» dit Dieu.

Osant à peine en croire ses oreilles, la femme décida de demander les meilleures choses qu'un être humain puisse désirer. «Je désire la paix de l'esprit et l'amour et le bonheur et la sagesse et la libération de toute crainte» dit-elle. Puis, à la réflexion, elle ajouta: «Pas juste pour moi. Pour tout le monde sur la terre.»

Dieu sourit: «Je pense qu'il y a erreur, ma chère, dit-il: ici, nous ne vendons pas de fruits: seulement des graines de semences.»

Nous pouvons considérer la FrMPP (Formation romande en médecine psychosomatique et psychosociale) comme une sorte de magasin de graines offertes aux participants qui désirent les planter et apprendre à les faire pousser, à les faire fructifier à la bonne place. Le dieu que les patients voudraient trop souvent trouver dans leur médecin peut-il apprendre mieux que de devenir un vendeur de bonnes graines?

#### La motivation d'un ouvrier

Un gérant, de retour d'un séminaire de motivation, appela un employé à son bureau et lui dit: «Désormais, vous serez autorisé à planifier et à vérifier votre ouvrage. Ce qui augmentera notre productivité, j'en suis sûr.»

«Est-ce que je gagnerai plus?» demanda l'ouvrier.

«Non, non. L'argent n'est pas un incitatif et vous n'obtiendrez aucune satisfaction d'une augmentation de salaire.»

«Et si la production augmente de fait, est-ce que je gagnerai plus?»

«Écoutez, dit le gérant: vous ne comprenez certainement pas la théorie de la motivation. Emportez ce livre chez vous et lisez-le. Il vous expliquera ce qui vous motive réellement.»

En quittant, l'homme s'arrêta et dit: «Si je lis le livre, est-ce que je gagnerai plus?»

Grâce à une sensibilité «psychosomatique», le praticien trouve certainement une motivation, un sens dans l'exercice de la médecine. Étant plus motivé, il sait aussi être plus motivant, donc plus efficace. Si une gratification du cœur et de l'esprit est assurée, le TarMed, lui, n'assure pas encore un gain de salaire supplémentaire, quoiqu'il soit sur la bonne voie de le faire puisque l'AMPP (Académie de Médecine Psychosomatique et Psychosociale) est entrée en tractations sérieuses avec le FMH pour la validation de positions tarifaires au TarMed, voué à une constante amélioration.

#### ... et à l'enseignement de la FrMPP ...

Rappelons ici que la FrMPP a été reconnue comme institut de formation par l'AMPP. Ceci signifie que la formation romande offre les deux tiers des 360 heures nécessaires à l'obtention de l'AFC, l'attestation de formation complémentaire en médecine psychosomatique et psychosociale reconnue par la FMH. Cette formation de base, offre 240 heures d'enseignement réparties de façon équilibrée dans chacune des trois catégories *théorie - aptitudes - supervision*. Pour parvenir à la certification complète, la FrMPP a établi un catalogue de formations à suivre à choix pendant les trois années suivantes.

Au cours des deux premières années d'enseignement, les élèves sont sensibilisés à cinq approches qui constituent autant de voies d'accès à un projet thérapeutique. Le patient reste à tout jamais irréductible à un seul composant, à un seul livre, à une seule école. Sa complexité implique plusieurs lectures et le médecin est incapable de tout englober, de tout comprendre et d'agir seulement sur le plan rationnel comme cela peut éventuellement se faire dans d'autres branches, par exemple en économie qui prétend parfois ramener la relation médecin-malade à une loi de marché. Quand le praticien envisage un seul plan à la fois, c'est qu'il doit agir. C'est lui qui choisit de lancer le cochonnet sur un terrain qui convient aussi au patient. La cible étant visée, l'intervention peut commencer et rester sur le même plan, ce qui permet d'évaluer son impact.

D'autre part, l'enseignement s'étend aussi à l'utilisation des liens significatifs entre émotions, cognitions et comportements. Il est ici nécessaire de développer des approches explicatives intégrant de façon complémentaire des concepts biomédicaux, psychologiques, sociologiques, etc., tout en prenant soin d'éviter un éclectisme confus.

Même si le médecin doit souvent se concentrer sur une piste pour aller au bout de son raisonnement, le raisonnement linéaire de fil en aiguille à la recherche de la cause, chère à la médecine expérimentale classique est largement inadéquat.

*Prenons un exemple:*

En se baissant pour débloquer le siège de sa voiture que sa femme a déplacé et bloqué, M.X. attrape un lumbago. Il ne peut plus travailler. Il se bourre d'aspirine et se retrouve, au bout de quelques jours, avec une poussée brutale d'ulcère duodénal. On doit faire des radios de la colonne et en même temps une gastroscopie, ce qui contrarie beaucoup M.X. qui n'aime pas se soigner. Mme X. supporte très mal les maladies de son cher époux qui sont l'occasion d'une grave crise conjugale que les enfants amplifient. Les vacances sont compromises, M.X va de plus en plus mal.

Dire ici que l'effort ou l'agressivité du mari envers son épouse, ou un début d'arthrose lombaire sont *la cause* du lumbago, affirmer que l'aspirine est *la cause* de l'ulcère, penser que ces maladies sont *la cause* de la mauvaise humeur de tout le monde et du conflit conjugal qui peut-être était *la cause* de l'ulcère, imaginer qu'ulcère, conflit et lumbago ont une même cause dans l'histoire de M.X. ou dans celle de Mme X., supposer que celle-ci a probablement fait exprès de bloquer le siège parce qu'elle n'aime plus M.X. depuis longtemps, évoquer le rôle des enfants qui ne pensent qu'aux vacances, et des frais de traitement, de l'arrêt de travail, des radios et de la matu de la petite qui se présente mal parce que son père justement n'a pas su, mais pour quelle raison, être ce qu'il aurait fallu être ... *Quel sens cela pourrait-il avoir? Où, là dedans, isoler légitimement des causes et des effets? Comment aborder cette histoire sans d'abord fixer un but?*

Considérons 5 types de cibles correspondant à 5 approches différentes, les plus fréquemment enseignées:

1. l'organisme humain *par l'approche biologique*;
2. les répétitions, la mémoire, le rapport à soi *par l'approche psychodynamique*;

3. les interactions corps-émotions-cognitions par les *approches psychocorporelles*;
4. les ajustements au cours du temps par *l'approche cognitivo-comportementale*;
5. la réalité structurelle de notre vie par *l'approche systémique*.

Les deux premières méthodes sont *intrapersonnelles* et rapportent tout à l'Homme, alors que les deux dernières sont *interpersonnelles* et placent l'homme dans son contexte.

Parmi les approches psychocorporelles, certaines sont plutôt intrapersonnelles (so-phobiodynamique, relaxation à inductions variables de Sapir, bioénergie ...) alors que la PNL ou une grande partie de l'hypnose moderne par exemple sont de tendance interpersonnelle.

Si l'approche biologique tend à s'appuyer sur des «vérités» statistiques valables pour le plus grand nombre, la démarche psychodynamique met en valeur les «vérités» singulières à chaque histoire individuelle.

Les approches qui placent l'homme dans son corps et dans son contexte n'ont pas besoin de «vérité» et se contentent d'une représentation suffisamment plausible pour étayer une action. Cette plausibilité est souvent d'emblée évidente ou plus en continuité lors d'un abord psychocorporel d'un patient consultant initialement pour des troubles somatiques qui exigent que le thérapeute touche le corps, qu'il adopte un discours sur le corps. Cet abord psychocorporel peut être poursuivi ou constituer un tremplin à toute forme de psychothérapie, voire à une auto-gestion du patient permettant idéalement au médecin de devenir ce superflu (souvent nécessaire) vers lequel il devrait tendre chaque fois que cela est possible ou utile.

L'adoption d'une perspective bio-psychosociale globale sollicite une connaissance des principes fondamentaux de plusieurs épistélogies (dont les cinq que nous avons choisies), non seulement du point de vue théorique, mais également dans leurs répercussions pratiques. Ces acquis de base permettent:

1. De poser des indications, c'est-à-dire de référer tel ou tel cas singulier au spécialiste idoine, ce qui est loin d'aller de soi pour un patient venu consulter un somaticien parce que, justement, il ne veut pas voir de psy. Il s'agit de construire des liens et le premier est certainement celui qui

- consiste à rendre cohérentes nos aptitudes bio-médicales et nos aptitudes relationnelles, là où elles rencontrent celles du spécialiste psychiatre ou psychologue.
2. De se spécialiser dans la direction des intérêts et des prédispositions individuelles à chaque médecin.
  3. De ne pas mélanger les registres au point de jouer la confusion. Mélanger les registres conduit à la confusion qui ressort de l'histoire précédente du lombago et de l'ulcère peptique simultanés.
  4. De ne pas être dogmatique, c'est-à-dire de pouvoir travailler avec plusieurs hypothèses simultanément ... (en évitant toutefois la confusion) par la détermination d'un but distinct selon l'hypothèse dominante. Si les anciens croyaient que la nature était composée des 4 éléments air-feu-terre-eau, nous traitons de quatre réalités élémentaires que sont la matière, la mémoire, les ajustements et la structure sociale. Si dans l'absolu, ces réalités demandent qu'on les aborde avec des instruments adaptés, de même qu'on bêche la terre et pas l'air, qu'on attise le feu mais pas l'eau, dans la vie, ces éléments sont assurément mélangés dans la relation thérapeutique qui ne met pas en évidence des abstractions ou des fonctions mais des individus singuliers aux multiples facettes [4].
  5. De savoir mener à bien un traitement de soutien, respectivement un encadrement stabilisateur à long terme tout en faisant la différence avec une psychothérapie proprement dite, même quand le traitement devient éventuellement découvrant.

### ... et continuer à se poser des questions ...

... sans avoir besoin de chercher la question qui vous donne le plus envie d'approfondir vos connaissances sur la relation thérapeutique qui donne le goût d'écouter l'histoire singulière de chaque patient. Car c'est ici qu'il est reconnu à travers ce qu'il ressent.

Ne s'agirait-il pas comme le dit François Roustang [7] «de penser le symptôme, non plus comme un objet à circonscrire et à réduire, mais comme un arrêt, une défense engendrée par la peur de la vie, une isolation dans un ensemble, une crainte de voir l'énergie circuler dans notre corps et au sein de nos relations aux êtres et aux choses ...?». Ne s'agirait-il pas de commencer «non plus d'expliquer un phénomène, mais de revenir à la source de toute transformation, de faire un saut dans le flux des forces de vie, de poser un acte qui laisse venir une harmonie qui était déjà là et que, par crainte d'être emportés, nous tenions à l'écart?»

Je disais qu'il était important de commencer par se poser des questions, et vous pouvez déjà vous demander?

### Références

- 1 Mühlbauer I, Berger M. Trugschlüsse durch Surrogatmarker. Fehlinterpretationen von epidemiologischen Studien und ihre Konsequenzen. *Ars Medici* 1997;21:1300-3.
- 2 Verhecke E. Gestion de la maladie et du traitement: étendue et qualité du rôle joué par le patient. *Méd Hyg* 2001;2353:1456-60.
- 3 Langewitz W. Grundlagen der Arzt-Patient-Kommunikation. *Ars Medici* 2000;13:816-21.
- 4 Schaller L. Pourquoi ne pas apprendre à ne pas hypnotiser ou comment user du placebo persuasif. *CH-Hypnose* 2000;10:12-24.
- 5 Aubert C. Les quatre réalités de la psychiatrie. Comment un psychiatre réfléchit. Genève: Janus, Georg; 1999.
- 6 De Mello A. Comme un chant d'oiseau et Dieu est là dehors. Paris et Montréal: Bellarmin-Desclée de Brouwer; 1984 et 1990.
- 7 Roustang F. La fin de la plainte. Paris: Odile Jacob; 2000.