



« Parvenu à l'ultime profondeur, ce que l'homme sait le mieux, c'est que son savoir (ou ce qu'il désigne communément par ce terme) n'est qu'une petite île dans l'océan infini qu'on ne peut traverser, et que la question existentielle qui se pose à celui qui veut connaître est la suivante : préfère-t-il la petite île de son prétendu savoir à la mer du mystère infini ? »

Karl Rohner



Liste des articles :

• Editorial	1
• Espace Théâtre	2
• Philosophie & Médecine	3
• Environnement & Santé	3
• A quoi sert la relation Malade-Médecin	4
• Le sacré et la guérison des maladies psychosomatiques	6
• Groupe écriture	8
• Avignon, Théâtre, Médecine	8

Les Sciences Humaines pour rendre la science humaine ?

par François Baumann

La médecine est et doit rester un humanisme.

Cette phrase péremptoire, que l'on retrouve aujourd'hui sous la plume de nombreux auteurs, la SFTG l'a affirmée depuis de nombreuses années et l'affirme toujours.

La toute première, elle a intégré cette notion, évidente pour le médecin généraliste, dans le cadre de la formation médicale continue. D'abord en creusant le concept original d'« éthique médicale au quotidien », et en inventant le GREMQ (Groupe de Réflexion sur l'Éthique Médicale au Quotidien), ensuite en intégrant dans sa réflexion la philosophie, la psychologie, la psychanalyse, le théâtre, l'écriture... et tout ce qui, en complément d'une connaissance scientifique indispensable, vient donner place aux sciences de l'esprit, ainsi qu'on les nommait du temps de Freud.

Le Département Sciences Humaines et Sociales de la SFTG accueille ces initiatives et en sollicite régulièrement de nouvelles : ainsi en est-il du groupe « Environnement et Médecine Générale », qui va rejoindre dès septembre 2004 (responsable : Florence Gaudrard) ce que l'on peut appeler sans rougir une véritable université parallèle de la médecine générale et donc sans doute de la médecine tout court !

Mais nous n'en sommes encore qu'au début d'une démarche que, comme souvent, la SFTG initie, au grand profit de l'ensemble des professionnels, mais bien sur et surtout de nos patients.

Car quels points communs entre la philosophie, l'environnement, la systémique, la psychanalyse par exemple et la médecine, si ce n'est, entre autre, la compréhension de cet élément fondateur de tout contact humain qu'est la relation... malade-médecin ou médecin-malade (M. About).

La médecine s'intéresse à ceux qui souffrent dans leur corps et leur mental. Pour lutter contre la souffrance humaine, il faut l'identifier, la comprendre et l'affronter au quotidien.

Qui mieux que la FMC permet cette démarche ? Qui mieux que le médecin généraliste peut la comprendre et se donner tous les moyens d'une meilleure efficacité ?

C'est à ce travail qu'est dédié le département Sciences Humaines et Sociales de la SFTG et c'est pourquoi « Ecrits » reprend maintenant ce thème.

Vous en trouverez quelques exemples dans les pages qui suivent.

Souhaitons qu'elles donnent à chacun l'idée d'autres moyens et d'autres actions à mettre en route dans ce sens...

C'est entre autre le but de notre travail de FMC et c'est surtout le sens que nous pouvons donner à notre fonction de soignant.



François BAUMANN Fondateur de la SFTG
Responsable du Département Sciences Humaines et Sociales



Espace Théâtre et médecine

(...) Voici quelques réflexions sur le groupe théâtre qu'Élodie LAHAYE a créé il y a 3 ans maintenant.

Avant toute chose, il me semble important de dire le plaisir avec lequel les participants viennent, et même si l'on y arrive fatigué, démotivé, tracassé, sortant tout juste de nos cabinets respectifs, sandwichs à la bouche, l'espace théâtre crée une rupture....

Riche d'expériences et d'émotions, de travail et de détente, de plaisirs et d'interrogation, de jeux et de pauses, de silence et de fous rires, tout concourt à rompre avec le quotidien, et à créer une nouvelle façon « d'être au monde ». Une radicale et inimaginable autre façon d'être au monde.

Nous sommes sur une autre scène, nous changeons nos habitudes, nos conditions et présupposés de la rencontre, nos façons de nous présenter à l'autre, nos démarches, nos apprêts et nos masques....

Ce glissement là d'une scène à l'autre, d'un réel à un autre réel, est un voyage où il s'agit d'aborder, puis d'approcher lentement, par mille et un chemins le « centre de l'île vierge ». C'est une aventure, une fiction, une légende, et ce n'est pas une mince affaire que d'en passer par là.

Il est difficile d'approcher des mondes inconnus, des endroits sombres et des travées vierges, car sous le couvert de jeu, se révèle à celui qui y va qu'il est autre que ce qu'il pensait être, qu'il est traversé d'émotions là où il ne s'y attendait pas...., que le « je est un autre ».

Bien sûr c'est un jeu, règle tacite et implicite, mais même si c'est un autre en moi, c'est quand même et toujours moi. Quelle révélation troublante !

Celui qui y va, de toute façon, n'est et ne sera plus tout à fait le même.

Il a vu, souri, sauté, crié, fermé les yeux, respiré, marché, jonglé, crié encore, chuchoté, ronchonné, fermé les poings, s'est mis en colère, rigolé, s'est agrippé, s'est relevé, s'est caché, s'est balancé...il a foisonné de vie, d'une autre vie... où d'habitude il ne peut en être question...ou si, plutôt, justement, il est bien probable qu'il en soit toujours question.

Mais, par de complexes et infinies retenues, nous

avons désappris à vivre ce qui nous arrive, nous touche, nous émeut...

Puis, dans d'infinis et impalpables servages, nous sommes les tenants d'une certaine linéarité émotionnelle.

Ah le Médecin toujours égal à lui-même, quelles que soient les circonstances, l'homme à la tête froide...

Le théâtre, c'est cela : la découverte que nous sommes tenus pas d'improbables et impensables contraintes... et nous y tenons à cela !

Contraintes sur notre façon de marcher, de nous tenir, de parler, de rire, de dire telle ou telle chose, contrainte sur nos voix, contraintes sur nos mouvements, contraintes, contraintes, contraintes sur nos relations au monde, au temps, à l'espace...

Nous sommes tenus par des discours, par l'ensemble des mots qui nous sont échus....

E.Richle dans son roman Sans Folie, dit ceci : « Une famille commence souvent par un rêve qui n'a rien à voir avec soi, et s'achève dans un autre, celui de chacun. Le problème, c'est la distance qui les sépare ».

Cette distance est mise en jeu dans le théâtre, car il questionne l'identité. Quels sont les signes particuliers de mon identité ?

La distance devient alors béance ou puits, ou pertuis....pensable ou impensable.

La distance se mesure aussi à l'aune de la différence, la différence entre soi et les autres et comment s'y retrouver ? Quels sont les signes particuliers de mon identité ?

Pour conclure, si c'est possible, le théâtre, c'est se donner la possibilité de rejoindre la bonne santé définie comme telle par Cioran : « Pour être en bonne santé, nous ne devons pas nous modeler sur le Sage mais sur l'Enfant, être en colère, se rouler par terre, taper sur les murs, crier et pleurer chaque fois que nous en avons envie. Pour avoir désappris les larmes, nous sommes restés sans ressource. »



Dr Élodie LAHAYE



Groupe médecine et Philosophie

On sait, depuis Heidegger, que la « Science ne pense pas ». En contrepartie, l'étude de la Philosophie peut-elle nous aider à mieux penser notre pratique ? C'est à cette question que se propose de répondre le groupe « Médecine et Philosophie ».

Pour ce faire, nous nous proposons d'étudier, selon la méthode historico-critique, Médecine et Philosophie, c'est à dire leur articulation réciproque au cours de l'histoire. Cette démarche part du postulat que l'étude de toute pensée, en particulier scientifique, ne peut s'exonérer de l'étude du contexte général dans lequel cette pensée évolue.

Procédant de façon chronologique, nous avons étudié successivement différents Médecins et Philosophes, en Occident, depuis l'Antiquité jusqu'au 19ème siècle. Il faut remarquer que cette différenciation entre Médecine et Philosophie est un placage anachronique de nos catégorisations actuelles sur les périodes antérieures.

En effet, à partir d'Aristote et jusqu'à Descartes essentiellement, le figure du savant en Occident prend la forme du Médecin. Au point que l'on peut dire que « la Médecine est la mère de toutes les sciences ».

On peut citer, par exemple, pour illustrer ce terme de savant, les Médecins suivants -par ordre chronologique- : Hippocrate, Galien, Avicenne, Averroës, Maïmonide, Rabelais, Galilée, Descartes lui-même, Locke et plus tard les chimistes Berthollet et Meyer et les psychanalistes Freud et Lacan, etc... etc.....

Pour mémoire, au long de notre démarche nous avons étudié de façon plus approfondie les auteurs suivants :

Les présocratiques (Héraclite, Parménide, Anaxagore), Platon, Aristote, Hippocrate, Galien, les Stoïciens (Zénon, Épictète), les Épicuriens (Épicure, Lucrèce), Saint-Augustin, Saint-Thomas d'Aquin, Montaigne, Descartes, Spinoza, Rousseau, Kant, Hegel.

Notre méthode de travail consiste, autant que faire se peut, à s'affronter directement aux textes tout en essayant de proposer

une articulation avec la pratique de chacun.

Ponctuellement, lorsque le besoin s'en fait sentir, nous faisons appel à des intervenants extérieurs ;

Par exemple :

- Jean Salem pour les présocratiques
- Madame Abitbol pour Descartes
- Monique David-Menard pour Kant

De façon plus soutenue, nous avons travaillé avec les philosophes suivants :

- Bertrand Ogilvie (Spinoza)
- Pauline Prost (Hegel)

Cela étant, nous nous adressons, de façon « chronique » à notre amie Catherine Draperi. C'est avec cette dernière philosophe que le groupe – sous l'égide du Docteur Nathalie Leconte, avec qui nous restons en contact – a effectué un voyage en Grèce dont le thème se passe de commentaires : « Cos toujours ».

Le renouvellement de cette expérience fait partie de nos projets à long terme. Pour l'instant, nous continuons de poursuivre notre démarche qui a porté ses fruits. En l'occurrence, nous allons continuer au 19ème siècle avec Auguste Comte, Claude Bernard, Nietzsche, Freud... tout en revenant périodiquement aux sources de la pensée grecque.

Il nous faudra aussi approfondir notre étude de la pensée médiévale, en particulier ARABE. Nous envisageons aussi à terme d'étudier les pensées orientales : Inde, Chine, Japon.... Le programme précis pour 2004/2005 sera fixé à la rentrée.

Le groupe « Médecine et Philosophie » est un groupe ouvert, mais qui demande un investissement certain de chacun.

Il se réunit à 21h., le deuxième mardi de chaque mois dans les locaux de la SFTG.



Dr Didier COUTURIER

Environnement et santé

La SFTG s'apprête dès la rentrée prochaine à s'engager dans le domaine de l'environnement en créant un nouveau groupe au sein du département sciences humaines.

Pourquoi cet intérêt et quel est la place du médecin généraliste dans ce domaine ?

Nous partons d'un constat global de santé publique. En effet les épidémiologistes (INVS*), les 20 experts qui ont remis leur rapport au premier ministre en février (PNSE*), la centaine de chercheurs qui ont lancé l'appel de Paris en mai à l'Unesco et bien d'autres constatent le lien entre les pollutions environnementales et l'augmentation de nombreuses pathologies :

- une augmentation de 35% des cancers à age égal en 20 ans .

- 20% de cancers supplémentaires en France par rapport au reste de l'Europe.

- une augmentation des maladies respiratoires et cardiovasculaires en lien avec la pollution de l'air.

- une augmentation des allergies dont 1500 décès par an qui leur est attribuées.

- une diminution de 15% de la fécondité.

- etc...

A l'heure de la réforme de l'assurance maladie et

partant du constat précédent , les dépenses ne cesseront d'augmenter. Or qui paye la facture des soins liés aux maladies de l'amiante ? Les industriels ou la sécu ? Quelle réponse donne t-on à l'augmentation de l'usage des antihistaminiques ? on diminue leur remboursement plutôt que prendre les vraies mesures pour améliorer la qualité de l'air ! Quel principe de précaution applique t-on concernant l'alimentation, les OGM ? Pourquoi y a t-il de plus en plus de pathologies thyroïdiennes ? Tchernobyl ? Quelles précautions ont été prises à l'époque ? Ce ne sont que des exemples parmi des dizaines d'autres.

Où parle t-on de prévention, d'amélioration de la santé au travail ? Il est plus facile de stigmatiser des comportements individuels (tabac, arrêt de travail...) que de s'attacher aux vrais problèmes.

Le généraliste dans tout cela est en première ligne pour constater les problèmes de santé, il est au cœur du système de santé, démuni, lui aussi stigmatisé, sous informé, ou formé par l'industrie de plus en plus présente. Il travaille seul et se sent parfois impuissant ou dépassé.

Le groupe SFTG santé –environnement pourra pro-

poser plusieurs pistes de réflexion et d'action :

- nous informer et transmettre l'information de façon juste .

- faire venir des experts .

- organiser une veille épidémiologique .

- travailler en lien avec des associations , des chercheurs, des épidémiologiste.

- Développer des moyens d'action, travailler avec les médecins du travail, de la sécurité sociale, les mairies, les collectivités, les écoles, la médecine scolaire.

Dans un premier temps, nous pensons organiser un groupe parisien qui se réunira une fois par mois, puis mettrons en perspective des séminaires OGC et des groupes locaux.

*INVS (institut de veille sanitaire)

*PNSE (plan national santé environnement)

contact Dr Florence GAUDARD

7, av. du Général Leclerc

75014 Paris



A QUOI SERT LA RELATION

La relation «malade-médecin» sonne à l'oreille différemment de la relation «médecin-malade», qui, elle, a été adoptée depuis longtemps et unanimement par le corps médical. Pourtant, dans la mesure où une telle relation ne s'instaure qu'à partir du moment où un sujet qui se sent «malade» vient consulter un médecin, il serait légitime d'attribuer à celui-ci la primauté de cette dénomination. Si l'on devait tenir compte également du précédent psychanalytique - la relation transféro-contre-transférentielle - où il est établi que c'est bien le patient qui plante, en quelque sorte, le décor de la scène sur laquelle se déroulera l'analyse, il est légitime de parler de la relation malade-médecin plutôt que de la relation médecin-malade, qui donne, par un artifice d'appropriation abusive, un rôle prépondérant au médecin.

Dans cette perspective où c'est «le malade» qui oriente le sens de la consultation à travers ses propres représentations concernant autant son état que la position du médecin, la maladie est généralement vécue comme ayant altéré sa santé et par voie de conséquence, l'empêchant de suivre le cours normal de son existence. C'est un sujet qui n'est plus en mesure de répondre par lui-même aux exigences de la vie quotidienne et est épuisé par la mobilisation, du fait de sa souffrance, d'une grande part de son capital énergétique. Il est donc en quelque sorte handicapé et estime qu'il a besoin de chercher aide et protection auprès de quelqu'un digne de confiance. Cet état pourrait être assimilé à un état régressif. Celui-ci, en effet, sans doute temporaire dans un contexte de pathologie courante, n'est pas sans évoquer celui de l'enfant encore dépendant vis-à-vis de sa mère. Le terme de régression est à entendre ici dans le sens habituellement utilisé en psychanalyse et en psychologie contemporaine comme le soulignent Laplanche et Pontalis dans le Vocabulaire de Psychanalyse : «retour à des formes antérieures du développement de la pensée, des relations d'objet et de la structuration du comportement». Par exemple, il est courant, que les patients essaient, dès que l'occasion se présente, de savoir si leur médecin est marié (apte à représenter le couple parental) et s'il a des enfants (c'est-à-dire s'il a l'expérience de s'occuper d'enfants comme eux-mêmes s'estiment être dans leur état régressif actuel). C'est seulement après, souvent, que la confiance s'instaure et se construit une véritable alliance thérapeutique.

En résumé, un malade est un sujet qui estime avoir perdu son autonomie pour une durée indéterminée.

Le médecin, armé de ses connaissances sur le corps et sur la séméiologie se place, lui, comme étant le sujet désigné pour répondre à la détresse du malade. Il aura aménagé un lieu proche du cadre de vie de ses futurs patients de manière à pouvoir répondre à leurs demandes dans les meilleures conditions matérielles possibles. Le choix de l'habitat, le décor soigneusement choisi de sa salle d'attente, puis de son bureau, les journaux mis à la disposition de la clientèle, le choix de sa secrétaire contribuent à accueillir ses malades de façon appropriée. Il représente vis-à-vis de son futur malade le sujet qui est supposé savoir. Il a les compétences requises d'après le malade pour lui venir en aide, l'assister, le conseiller. Par ailleurs, il est admis également qu'il demeure celui qui s'abstiendra de s'émouvoir devant la souffrance de son malade et qui, donc, gardera autant que faire se peut une certaine neutralité. Tout au moins, le malade attendra que son médecin n'exprime ni tristesse, ni joie excessives et qu'il réponde à sa souffrance avec un maximum de détachement, sachant raison garder même dans des situations difficiles afin de déployer un maximum d'efficacité dans

son intervention.

Ainsi, en contrepoint de la position régressive du malade, celle du médecin pourrait être envisagée comme étant une position parentale.

A ce point de notre développement, il apparaît que la consultation médicale se déroule dans des conditions asymétriques, les deux protagonistes n'occupant assurément pas des fauteuils identiques.

Ainsi, plusieurs possibilités sont à envisager lorsque le malade aura fini d'exprimer sa plainte : soit le médecin ne tient pas compte du contexte ci-dessus décrit et la consultation se déroule suivant les règles d'une prestation de service - situation, sans doute la plus courante et qui convient dans bien des cas autant au malade qu'au médecin - ; soit c'est le malade qui sollicite son médecin lui manifestant une dépendance indéniable contraignant celui-ci à modifier le sens de la consultation pour répondre, grâce à ses compétences scientifiques et humaines, à la demande de son patient ; soit, enfin, c'est le médecin qui s'aperçoit de la fragilité dans laquelle se trouve son malade et dans un élan conscient et délibéré se met à l'écoute du sujet affaibli.

Trois points méritent d'être retenus : le patient est toujours en état de régression, le médecin est placé dans une position de pouvoir et de savoir à l'instar de la position parentale et enfin la relation malade-médecin se caractérise par son inégalité structurelle.

Ces conditions qui sont, bien sûr, le fruit des fantaisies du malade sont à l'origine de l'instauration de la relation malade-médecin, comme d'ailleurs c'est le cas également pour la relation transféro-contre-transférentielle dans le contexte analytique. C'est ainsi que se crée l'alliance thérapeutique, outil bien utile permettant le déroulement des recherches à des fins diagnostics puis le suivi thérapeutique. Par contre établir une relation d'égalité (prestation de service en échange d'honoraires) ou d'intimité (entre amis ou au sein d'une famille) neutralise ce lien et implique une relation que je qualifierais de «blanche», sans doute regrettable, dans bien des cas, pour le malade.

La maladie pourrait, en effet, être considérée comme une opportunité pour le malade de vivre une expérience régressive. Si l'on venait à annihiler ce vécu, le malade, après traitement, retrouvera bien, peut-être, le «silence de ses organes» mais sera, sans doute, insatisfait quant à sa recherche d'un moment où l'on pourrait prendre soin de lui. En effet, comme le dit L. Morasz : «la plainte sollicite le soignant à l'endroit de sa reconnaissance et pas seulement de ses connaissances.» En d'autres termes, être là, en tant que médecin et reconnaître la singularité de la souffrance et de la demande du malade, sa difficulté de vivre un deuil ou les conséquences d'une intervention chirurgicale sont aussi importantes pour le malade que de procéder à un acte technique, quand bien même efficace. Moins il sera satisfait quant à cette recherche et plus sa quête risque de devenir désespérément lancinante et répétitive.

On ne peut, en effet, sans cesse être dans une position d'activité : assurer son travail, s'occuper de ses enfants ou de ses parents, avoir des activités culturelles ou/et sociales, bref, montrer à chaque instant de sa vie des signes d'autonomie n'est pas une fin en soi. Il survient parfois, une période de durée variable, où les pulsions ne trouvent plus de voies de décharge de l'énergie psychique par l'épuisement du sujet. La fatigue qui s'installe se caractérise par l'ennui, conséquence de manque d'investissement du monde extérieur et, bien entendu, par l'apparition de quelques signes dépressifs. Il est du

«En d'autres termes, être là, en tant que médecin et reconnaître la singularité de la souffrance et de la demande du malade, sa difficulté de vivre un deuil ou les conséquences d'une intervention chirurgicale sont aussi importantes pour le malade que de procéder à un acte technique, quand bien même efficace.»



UN MALADE-MÉDECIN ?

devoir du médecin, je pense, de respecter cette tendance passagère du malade à la passivité et agir pour lui, c'est-à-dire, l'écouter activement pour lui permettre de s'approvisionner, dans un délai raisonnable, en de nouvelles possibilités de pensées.

Respecter ce mouvement psychique régrédient est, aussi, une façon subtile de signifier au malade que sa régression narcissique a bien été pris en compte et qu'il peut, pendant quelques temps, compter sur son médecin. Cela peut prendre le temps d'une consultation ou bien une période plus ou moins longue selon les exigences du traitement de la pathologie en cours, mais il est probable que cette attitude du médecin permette au malade de comprendre qu'il a lui aussi droit à un «repos» bien mérité et qu'il n'est nullement nécessaire pour cela d'attendre l'épuisement. Il pourrait, ainsi, pallier un comportement hautement délétère qui peut compromettre le développement harmonieux du malade.

Dans cette perspective, de la part du médecin, comme un peu pour le psychanalyste, il est indispensable de veiller à sauvegarder le cadre. Lui seul est en mesure de mettre les limites pour éviter les dérapages qui risquent de faire voler en éclat toute une construction mise en place patiemment depuis le début de la rencontre avec le malade. La conservation de la dissymétrie doit constamment être présent dans l'esprit du médecin afin que le but recherché, c'est-à-dire, le bien être du malade puisse être atteint. Ainsi il ne devrait pas oublier qu'il est toujours dans le rôle «contenant» à l'égard du malade, tout comme la mère l'est pour son enfant. Cette position «maternelle» du médecin apparaît, assurément, comme une constante de la pratique médicale.

Or, pour atteindre ces objectifs il est, me semble-t-il, nécessaire au médecin de mettre en jeu son propre appareil psychique et j'introduis ainsi la notion d'empathie que je reconsidérerais brièvement. Elle implique un double mouvement : d'une part celui d'éprouver la souffrance du malade tout en se gardant bien d'être affecté comme lui, et d'autre part s'employer à coopérer avec son malade pour créer une pensée commune, une co-pensée, suivant la proposition de Daniel Widlöcher et de Serge Lebovici. La co-pensée n'est pas une notion facile à circonscrire. Je propose, pour essayer de l'approcher, d'ouvrir une parenthèse en visitant rapidement l'Esthétique de Hegel.

L'esthétique, par définition est la science du beau dans la nature et dans l'art. Hegel, dans son traité sur l'Esthétique, soutient que le beau artistique est plus «élevé» que le beau dans la nature. Car, dit-il : «autant l'esprit et ses créations sont plus élevés que la nature et ses manifestations, autant le beau artistique est lui aussi plus élevé que la beauté de la nature.» De plus, ajoute-t-il, l'art est un besoin de l'esprit et il s'applique à démontrer que le besoin général d'art est le besoin rationnel qui pousse l'homme à prendre conscience du monde intérieur et extérieur et à en faire un objet dans lequel il se reconnaisse lui-même. C'est aussi ce qui permet à l'art de s'appréhender dans ce qui est autre que lui et pourtant à lui, en faisant une pensée de cette forme aliénée et en la ramenant ainsi à lui-même.

François Gantheret, dans un texte intitulé «Esthétique de l'écoute psychanalytique» dit combien pourtant il est difficile, voire impossible, d'approcher ce que l'on nomme Beauté - cet accord parfait entre soi et le monde - qui menace de nous dissoudre, de nous anéantir. «Car, dit-il, l'objet recherché est toujours celui que nous décidons que c'est le seul qui manque encore, que nous l'avons jadis rencontré, puis perdu et que nous le retrouverons.» L'œuvre d'art pour lui n'est donc pas la rencontre avec le produit «beauté» qui échappe toujours mais le témoigna-

ge du tâtonnement par l'artiste, c'est sa «recherche». Pour appliquer ces notions à notre sujet, nous pourrions ainsi dire que la création et le maintien d'une relation malade-médecin, n'est pas une fin en soi. Bien au contraire, les plaintes du malade et leur restitution par le médecin à travers sa propre intériorité, créent une espèce d'œuvre d'art jamais achevée mais toujours en mouvement. C'est peut-être de cela même qu'il s'agit lorsque l'on parle de l'art médical. La relation malade-médecin devient ainsi une sorte de «médiateur» qui permet de sortir de l'ordinaire d'une consultation, de s'évader, de prendre des chemins de traverses, d'être touché par la parole en n'essayant pas forcément d'atteindre la logique du signifiant, mais en se laissant emporter par la rêverie induite par les paroles du malade et de créer ainsi une véritable œuvre d'art partageable par les deux protagonistes. Il s'agit d'un art éminemment éphémère, contrairement à l'architecture, à la sculpture ou à la peinture, mais très ressemblant à la musique, à la danse, à l'art culinaire.

La sortie de la maladie ne se résume donc pas alors au retour à la situation antérieure du silence des organes. L'expérience de l'épisode de la maladie pourrait être constitutive d'un nouvel équilibre pour le sujet, source de prise de conscience d'une implication de son histoire dans son vécu quotidien enrichi d'une expérience ayant mis à l'épreuve sa toute puissance et supposant de ce fait sa castration.

D'ailleurs il serait présomptueux pour nous médecins d'imaginer que le contraire pourrait être possible. Nous connaissons bien la fragilité de l'être humain qui sort «guéri» d'une maladie ou d'un accident avec, cependant, de profondes blessures narcissiques. Elles sont plus ou moins importantes selon les structures et les défenses du sujet et laissent des cicatrices qui resteront gravées à jamais dans sa mémoire. Elles seront même, parfois, à l'origine de modification du cours de l'existence du sujet. Ces éléments permettent de penser que l'expérience de la maladie ne s'éteint jamais et qu'elle continue à questionner le sujet bien longtemps après l'épisode initial. Le rôle du médecin traitant, témoin principal de la détresse du sujet, est dans ces conditions primordial pour poursuivre le travail de réflexion initialement entrepris. Son rôle ne consiste pas d'ailleurs, à toujours accompagner son malade dans ce registre à chacune de leur rencontre ; mais le souvenir de sa compétence à l'accompagner lors d'épreuves difficiles permettra au malade de poursuivre sa réflexion à travers l'image du médecin et les mots utilisés lors des précédents échanges. C'est ce que l'on peut également appeler l'introjection d'une figure bienveillante qui poursuit, par l'intérieur, c'est-à-dire dans la réalité psychique du sujet, son travail de restructuration et de reconnaissance.

L'avenir de la Médecine Générale passe, peut-être, par l'introduction dans sa pratique de cette «recherche» toujours en mouvement et jamais achevée et qui procure ce plaisir de la pensée partagé à égalité par les deux acteurs du colloque singulier malade-médecin. Mais nous sommes là bien loin des exigences d'une société qui impose à ces citoyens des résultats chiffrés dans un environnement où l'échec et la défaillance sont bannis ou du moins mal vus... C'est peut-être sur ce terrain-là que la Psychologie Médicale propose son challenge aux pratiques médicales à la mode.

« La conservation de la dissymétrie doit constamment être présent dans l'esprit du médecin afin que le but recherché, c'est-à-dire, le bien être du malade puisse être atteint. »



Michel About



Le sacré et la guérison des maladies psychosomatiques. A la rencontre de la troisième voie ?

Le « sacré », nous dit le dictionnaire Robert, est « ce qui appartient à un domaine séparé, interdit, inviolable et fait l'objet d'un sentiment de révérence religieuse ».

C'est aussi, pour certains, ce qui donne la vie et peut la ravir. C'est le lieu de médiation avec le divin.

Le sacré suscite des sentiments d'effroi, de vénération ; son contact est dangereux. Il est comme un cordon ombilical ; il est relation au monde par cet intermédiaire.

On peut dire aussi que tout ce qui donne sens à la vie d'un être humain est chose sacrée. Il en est ainsi de la personne humaine et par l'intermédiaire de la médecine, qui peut considérer l'individu comme « sacré », science et sacré sont ainsi ramenés ensembles au même niveau ; celui de l'humain face au « tout autre » qui les transcende.

Voilà quelques réflexions ou définitions du sacré qui le rapprochent fort de l'idée que se fait la médecine en « sacralisant » l'individu, dans la démarche de soins.

Définir la médecine psychosomatique n'est pas chose aisée. On y verra essentiellement « la médecine », qui peut se résumer comme « un art qui utilise des instruments scientifiques » ; car comment concevoir celle-ci dans sa dimension uniquement biologique ? L'homme n'est pas seulement le produit « pathologique » de la biogénétique, du milieu, de l'éducation et de l'environnement socio-économique. Il est bien d'autres choses encore. Et dans cette diversité, il est aussi être sensible de la transcendance et à une pensée de l'au-delà.

La terminologie de médecine « somato-psychique » me convient mieux, en ce sens qu'elle prend en compte l'appartenance du « mental » au corps propre, sans l'évincer, ni « dualiser » une entité qui est, de fait, inséparable. Qu'est-ce qu'une tête sans corps ? Qu'est-ce qu'un corps sans tête ?

Quant à la légitimité du sacré dans ses rapports avec la médecine et la guérison des souffrances humaines, il semble que depuis les temps les plus anciens, la médecine et le sacré, la religion étant entendue comme une partie du « sacré » mais pas sa totalité, aient fonctionné de façon inséparable ; dans l'opposition, dès l'antiquité, entre les médecins grecs de l'île de Cos et ceux de l'île de Cnide était déjà en germe l'opposition actuelle entre la médecine « biologique » et la médecine « psychosomatique ». Hippocrate, tout en conservant la dimension sacrée de la médecine, semble avoir introduit les premières notions en rapport avec l'observation et donc les premiers pas d'une approche scientifique.

Rappelons nous que c'est au pied des piliers du temple de Cos que les dormeurs devaient rêver et raconter au prêtre-médecin leurs rêves afin qu'ils soient interprétés...

La médecine partage avec le sacré les rituels,

les mots « savants », les cadres d'exercice rigoureux, l'ésotérisme parfois...

Tous deux ont le même goût pour le secret, le mystère. Tous deux se sont de tous temps nourris des mythes. La santé et les médecins qui la servent sont les plus nombreux représentants des mythes occidentaux modernes : les Docteurs Faust, Frankenstein, Mabuse etc.. attestent de leur importance dans l'imaginaire contemporain.

La santé est un élément mythique, car elle est un élément réunificateur. Elle donne une personnalité à la communauté, en lui rappelant ses héros et ses événements fondateurs, générant périodiquement des fêtes, les Congrès n'en sont-ils pas un exemple, pour renouveler un sentiment périodique d'appartenance... ?

Mais il existe des cas concrets où la pensée « sacrée », religieuse, représentée par la prière ou par la méditation, ont pu démontrer une efficacité réelle. Ce sont par exemple les études troublantes sur la force de la prière ou de la méditation dans certaines pathologies. Des chercheurs américains de la Colombia University à New-York ont ainsi mené une étude en Corée sur l'impact de la prière sur la fécondité in vitro... ; ils ont été surpris par les résultats : dans le groupe de femmes pour lesquelles des intercesseurs étrangers priaient, le taux de grossesse a été de 50 % contre 26 % dans le groupe de femmes pour lesquelles personnes ne priaient. Les personnes priant pour les femmes résidaient aux Etats-Unis, au Canada et en Australie, et ne disposaient d'aucune information sur elles, hormis leur photo.

Ces résultats ont interpellé les chercheurs, sans pour autant leur permettre de trouver une explication.

Mais ils ont pu les comparer à une autre enquête suggérant un bénéfice des prières par intercesseurs pour des patients admis en unité de soins coronaires ; réduction de 25 à 30 % des complications lors des interventions par des techniques d'exploration cardiaque invasives lorsqu'il existait une participation « noétique » (par la pensée) : ceux qui avaient eu droit à des prières étaient ceux qui se sentaient le mieux...

D'autres études portant sur les effets bénéfiques de la méditation (bouddhiste) ont été publiées et ont montré une efficacité importante sur la baisse des chiffres tensionnels dans l'hypertension artérielle...

Sans en tirer des conclusions hâtives, il apparaît cependant comme une évidence que, par la découverte de soi, par la « dilatation de la conscience », par l'utilisation de la transcendance comme force de dépassement, l'être humain peut interagir sur son corps et sur son psychisme, pour diminuer ou amoindrir l'impact des maladies. Chacun possède une force qu'il n'exploite pas toujours... ; on n'est pas très éloigné ici de la dimension sacrée de l'être

ou de la dimension « apaisante » des cultes sacrés, comme facteurs de lutte contre l'angoisse.

Il faut, à ce stade du débat, rapprocher ces expériences et leurs conclusions d'une autre réflexion qui distingue trois représentations principales du sacré dans l'histoire humaine et ramène également à la façon d'appréhender les maladies ; dans une première approche, les maladies de l'homme viennent de la nature ; il faut donc les respecter et les accepter. Dans une deuxième approche, elles sont issues de « l'au-delà » : là encore, le fatalisme s'impose. Enfin, une troisième conception, plus récente, lie le sacré et la maladie et fait appel (Durkheim) à la société qui rend malade : on peut citer à l'appui de cette thèse les méfaits de la pollution, du travail à outrance, de la difficulté des contacts humains... Pour Durkheim, « l'idée de société est l'âme même de la religion ».

Après ce tour d'horizon rapide des liens possibles entre sacré et guérison des souffrances humaines, il me faut aborder maintenant les limites de cette dimension « sacrée » dans ses applications médicales.

Dans la médecine moderne, la science et ses effets ont de toute évidence une place prépondérante. Responsable de progrès extraordinaires dans tous les domaines de la vie humaine, depuis la naissance jusqu'à la fin de la vie, en passant par la diminution de nombreuses souffrances et même la disparition totale de certaines maladies, cette « médecine triomphante » s'appuie sur les techniques les plus sophistiquées pour démontrer son pouvoir. Elle en oublierait presque la finalité de l'acte médical, qui est certes de guérir, mais qui est aussi de soulager et de consoler l'être humain.

Ce sont les deux faces de Janus, le conflit d'intérêt d'où jaillit la pensée. Plus de Science et moins « d'Humain ». Trop d'« Humanité » mais pas assez de rigueur scientifique. J'approche ici d'un débat éternel qui est celui de l'objectif et du subjectif dans la pensée ; celui de l'appréhension ou non du réel et de sa définition, celui aussi du rationnel et de l'irrationnel.

Pour Freud, le fondateur de la psychanalyse, le « sentiment océanique » qu'il évoque comme synonyme du « religieux », du « numineux » dans l'un de ses derniers ouvrages « Malaises dans la Civilisation », ne serait in fine qu'une projection névrotique et un intense désir de protection par le père. Freud nous dit encore, en critiquant les notions de religion et de sacré, que « tout sentiment de sacré est une phase primitive du sentiment du moi » ; qu'il correspond pour ce « moi », à un besoin religieux et se rattache à l'état infantile et à son besoin de dépendance absolue. Nous sommes ici dans la nostalgie du père, qui s'entretient grâce à la puissante prépondérance du sort et aux diverses menaces qui pèsent sur l'homme... C'est à



ce stade que l'être humain est dans le narcissisme le plus absolu.

D'où le rôle sacerdotal du médecin pour le patient, qui en attend alors pour guérir une attitude essentiellement paternaliste. Il veut être conduit et dirigé.

Il est cependant avéré qu'une certaine forme de sacré, celle qui évoque l'activité religieuse au sens le plus limité, risque d'évoluer vers une étroitesse d'esprit et une intolérance grave. On le voit dans les fanatismes religieux de toutes sortes.

Ainsi, les relations somato-psychiques et psychosomatiques s'exercent-elles à double sens chez l'être humain et correspondent à des données qui dépassent largement l'abord scientifique, puisqu'il n'existe pas de science du « particulier » mais seulement du « général ».

Un exemple de soins qui utilise ces notions est celui de la psychothérapie en médecine générale, qui reprend la notion des « trois espaces » sur laquelle je ne peux m'appesantir, mais qui considère que dans un premier temps psychothérapeutique le patient est amené à vivre dans une relation « paternaliste » avec son médecin ; la dernière phase consistant pour le praticien à redonner au patient une autonomie « perdue », de façon à ce qu'il puisse mieux lutter contre ses souffrances et ne s'en réfère alors qu'à lui-même.

Cette quête de l'autonomie en médecine est évocatrice de l'évolution actuelle des représentations de la santé et exprime bien la distance prise avec une pensée « océanique », « numineuse » ou plus simplement « sacrée » du fonctionnement humain.

Ici, l'individu se veut responsable de lui-même dans la clarté et la transparence. Il s'assume et l'autre, le médecin, le psychologue, le psychiatre, le psychanalyste, n'a plus alors qu'un rôle

d'accompagnant. Il est en quelque sorte le guide sur la trajectoire de la maladie, pour sortir au plus vite le patient, omnipotent, du tunnel de la souffrance.

Ici se pose également le problème d'actualité d'une évolution scientifique possible ou non des techniques visant à « déjouer » le « refoulé » : psychothérapie, psychanalyse, hypnose, méditation, yoga etc... Sur quels critères évaluer leur efficacité ? La satisfaction ressentie par le patient ? Mais ce n'est pas une attitude « scientifique ». La satisfaction du soignant ? Les bénéfices pour la société ? Vaste débat, qui pose également celui des thérapies « recouvrantes » et de celles qualifiées de « découvrantes », les « superficielles » et les « profondes » en quelque sorte.

On s'interroge alors sur les possibilités autres que scientifiques pour soulager l'homme malade.

Car n'existe-t-il pas une intolérable souffran-

ce, une considérable angoisse à se retrouver seul, face aux techniques les plus avancées, au risque de subir les menaces de la nature, celles de notre propre corps, celles enfin que la société engendre ? L'être humain a besoin de croyance et la maladie est parmi ces menaces l'une des plus fortes. Alors tout ce qui va soulager, consoler, guérir dans la fonction même des cultes sacrés est à retenir. On a pu dire (Cioran) qu'il suffisait de faire un court séjour dans les urgences d'un hôpital pour... rapidement devenir bouddhiste !

Alors faut-il, et comment, intégrer la dimension du « sacré » dans cette médecine scientifique irremplaçable et irremplacée ?

Transformer chaque être humain en sa propre « Eglise » est l'un des objectifs du Calvinisme protestant. C'est aussi l'apologie de la réussite, en quelque sorte sa « sacralisation ».

Mais cette dimension individualiste à ses propres limites, même si l'autonomie du patient est un idéal à atteindre ; l'abolition du secret, le règne de la transparence engendrent une pathogénicité à type d'angoisse, voire de dépression.

La condition de l'homme est et reste précaire. Sa finitude, la mort, lui rappelle que pour évoquer « le but de la vie » seule la religion peut se faire entendre (Freud) et sans but, le désespoir directement lié à l'absurdité de l'existence n'est pas loin.

L'être humain, soumis aux forces « écrasantes » que nous avons évoquées, a besoin de cette pensée du « Tout Autre » ou de l'« Au-delà ». L'absence de Père n'apporte pas la sérénité. Pire : elle risque d'entraîner avec elle une pathologie psychosomatique liée à l'état d'« anomie », à l'origine de conflits permanents au sein de l'individu lui-même ; et cela de façon

tout à fait parallèle à celui de la société dans laquelle il évolue. L'absence de forme unificatrice, l'éclatement du sacré, est porteuse en elle-même d'angoisse et de souffrance.

Mais le « sacré » semble s'être déplacé. La médecine apparaît alors comme une nouvelle religion « séculaire » cette fois, en possession de tous les instruments du sacré. L'exemple de l'hôpital avec ses rites (la visite du patron, le lavage des mains, le vocabulaire, les vêtements mêmes...) évoque la religiosité.

Les médecins, comme de « nouveaux clercs », avec leurs spécificités, leurs spécialités, leur prestige dans un domaine particulier, reconnu comme fondé par toute la société, constituent l'exacte reproduction du rôle et du statut des spécialistes du sacré, qui guidaient jadis les sociétés humaines.

Ils sont les garants du savoir, de la connaissance des mystères, du langage ésotérique qui bien qu'explicité et transmis demeure mysté-

rieux et inapprochable, donc sacré pour l'immense majorité des humains.

La fascination pour l'« inexplicable » fait le reste, permettant au sacré une métamorphose supplémentaire.

On rencontrera alors de nombreuses médecines « douces » ou complémentaires : homéopathie, acupuncture, phytothérapie etc..., qui toutes ont en commun de ne pas arriver à passer la barre de la « preuve » scientifique, de rester donc dans le subjectif et l'irrationnel.

Mais la « transcendance » est là, qui à chaque instant peut montrer son pouvoir, sa force, sa présence dans l'être humain. En médecine comme dans la culture et la civilisation, cette transcendance est présente. Même, et peut-être surtout, si les valeurs scientifiques et techniques sont difficiles à véritablement transcender et de ce fait ne trouvent que peu de lien avec l'humanité.

En conclusion, l'idée d'une médecine « rationnelle » qui guérirait en faisant l'impasse sur la dimension « sacrée » est-elle vraiment crédible ? Et les concepts issus de la « réussite » et de l'« efficacité » ne renvoient-ils pas eux-mêmes au sacré ?

Enfin, dans les termes mêmes de médecine psychosomatique, et a fortiori somato-psychique, ne voit-on pas poindre les dimensions de la transcendance que chaque homme possède avec une plus ou moins grande conscience ?

Freud, en citant Goethe, reprend avec clarté cette idée en écrivant :

« Celui qui possède la science et l'art possède la religion ; celui qui ne les possède pas tous deux, puisse-t-il avoir la religion ! ».

La science et l'art, je les ai cités d'emblée, définissent l'ensemble de la médecine, mais ils doivent, pour être totalement complémentaires, s'entraider, se secourir, s'associer à ce fameux sentiment « océanique », qui est ce qu'on a pu appeler la « troisième voie ».

Karl Rohner, dans une envolée lyrique, résume bien le conflit d'intérêt qui repose au fond de chacun :

« Parvenu à l'ultime profondeur, ce que l'homme sait le mieux, c'est que son savoir (ou ce qu'il désigne communément par ce terme) n'est qu'une petite île dans l'océan infini qu'on ne peut traverser, et que la question existentielle qui se pose à celui qui veut connaître est la suivante : préfère-t-il la petite île de son prétendu savoir à la mer du mystère infini ? ».

Dr François Baumann

Festival des danses sacrées

Thies

Sénégal

Avril 2004





24 rue Wurt
75013 Paris

Téléphone :
01 45 81 09 63

Télécopie :
01 45 81 09 81

Adresse de messagerie
sftg@wanadoo.fr

La passion
de la formation
La convivialité
des échanges

**Retrouvez-nous
sur notre site
Web !**

Contactez-nous à :

www.sftg.net

Ecrits SFTG
Trimestriel

Directeur de la publication :

•François Baumann

Comité Scientifique :

- Isabelle de Beco
- François Baumann
- Luc Beaumadier
- Patrick Ouvrard
- Philippe Regard

Maquette/Réalisation :

•Patrick Ouvrard

© SFTG 2004

Groupe écriture.....

L'écriture est comme un compagnon silencieux, avisé. Son mouvement est alerte et surprenant.

L'écriture est comme un jeu léger.

L'écriture c'est la main, la voix, le corps.

L'écriture peut se taire, se lire, se mettre en voix, se mettre en scène.

L'écriture se façonne au gré du désir.

Travailler son écriture dans une recherche créative c'est à dire d'introspection et d'ouverture constitue une position d'équilibriste entre soi et l'autre bien connu du médecin. Là la perspective change : Exprimer des forces nouvelles inconnues, désireuses d'espace et de mouvement.

Dans l'atelier d'écriture que je vous propose il s'agit d'écrire pour parler, d'écrire pour décrire, d'écrire pour dire, d'écrire pour crier, décrier, construire. Par exemple. Se taire aussi.

vous êtes explorateur sans terre d'aventure, vous la cherchez.

Vous êtes un chasseur de sens et les profondeurs ne vous effraient pas.

Vous êtes assourdi par la routine, vous aspirez à votre musique intérieure

Vous voulez, comme lorsque vous étiez enfant, jouer le plus sérieusement du monde.

A ce point, vous achevez la lecture d'un texte écrit en préambule à la mise en place d'un nouvel atelier du département sciences humaines.

Si vous connaissez un crieur poète ou un homme-tambour conteur parlez lui des ateliers d'écriture de la sftg. Peut être sera-t-il gagné par l'envie de les faire mieux connaître, déambulant avec son art à fleur de peau, sur la place du village.

La première et unique séance de cette aventure à ce jour, a été une soirée pleine de couleurs variées si bien que les deux seules participantes et moi même sommes tombées d'accord pour recommencer.

Bien sûr, la dynamique de groupe génère ses propres effets, c'est le but de l'atelier et le projet devrait donc s'étoffer à la rentrée avec de nouveaux inscrits.

En attendant nous poursuivrons le travail : Explorer la mémoire, chercher l'image et la métaphore pour rendre un sens neuf aux choses vues ou vécues.

Puiser dans son imaginaire en travaillant la matière pour trouver la distance entre sa propre histoire et le texte écrit, c'est à dire écrire plus, de plus en plus avec plus de plaisir et des surprises très imprévues mais très productives aussi.

Isabelle CHARENT

Avignon, Théâtre et Médecine, onzième année...

Après le Dr Knock quelle drôle d'idée de mêler Théâtre et médecine !

Le médecin généraliste n'est pas seulement un homme (ou une femme) de science. Le médecin tout particulièrement le généraliste est un professionnel communicant et pourtant nous n'avons jamais appris dans nos études conventionnelles à valoriser cette fonction du médecin. depuis maintenant 11 ans, nous avons choisi de se faire rencontrer le professionnel scientifique et le communicant. Nous devons mieux regarder nos patients, leur entourer, nous devons mieux expliquer, parfois convaincre.

Le recours aux techniques du théâtre pour mieux comprendre et mieux se faire comprendre permet une évolution vers plus de qualité dans la relation thérapeutique. Permettre un regard plus élaboré, plus professionnel, sur son patient, ce qu'il dit, ce qu'il ne dit pas, ce qu'il exprime par ses gestes.

Permettre une meilleure maîtrise de l'expression du médecin afin de mieux convaincre le patient et de l'aider dans sa démarche vers la guérison.

Après un tel choix et un tel constat nous avons choisi de noyer notre formation dans le Festival de théâtre d'Avignon car nous aimons tout particulièrement cette fièvre créatrice festivalière, et si le théâtre nous aide à travailler et relâcher sur nos émotions, le elieu et le moments sont très bien adaptés à cette recherche.

Les ateliers « théâtre » reposent sur des techniques habituelles d'expression corporelles tendant à favoriser l'écoute, le regard, et le positionnement du corps, sa signification dans la relation à l'autre mais aussi l'ex-

pression gestuelle. Il ne s'agit pas d'être ou de devenir comédien mais d'utiliser des techniques efficaces et validées pour mieux communiquer. La formation à la SFTG a choisi la pluridisciplinarité : nos intervenants sont comédiens, clown, chanteuse, danseuse, professeur de philosophie, de psychanalyse.

Pour une meilleure efficacité. Il nous est apparu dans les premières réalisations de séminaires de ce type que les techniques d'expression ne suffisaient pas et qu'un regard plus construit sur la relation s'imposait. Nous avons fait appel à des psychologues, des psychanalystes, parfois des anthropologues. Cette approche plus formalisée et plus large par ces apports pluridisciplinaires a permis d'enrichir la réflexion et le contenu de la formation.

Donner l'envie d'aller plus loin dans la réflexion philosophique et psychanalytique afin que l'exercice médical soit en pleine conscience, plus serein et moins angoissant et de ce fait garantir une meilleure efficacité.

Pour la onzième représentation «L'HUMOUR MEDECIN» la troupe des Rencontres nationales d'Avignon va planter son chapiteau dans le fantastique Palais de Papes. Intervenants et participants vont une nouvelle fois se laisser entraîner dans le tourbillon du Festival. Si vous pensez vous aussi que l'art de la communication se travaille, que le rapport avec les autres mérite une réflexion de quelques heures ou plus si affinité, venez nous rejoindre l'an prochain.



Dr Jacques Bonnin