mai 2012

LES CAHIERS DE RECHERCHE DE PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE

N°1

AVANT-PROPOS

La psychosomatique intégrative est une nouvelle discipline qui s'est développée à partir de 1993 jusqu'à nos jours. Après avoir quitté l'institut de psychosomatique « Pierre Marty », que j'avais présidé jusqu'à la veille de la grave maladie qui devait l'emporter, j'avais en moi l'approche que mon maître et ami m'avait enseignée: la psychosomatique d'inspiration psychanalytique.

J'ai alors emprunté le chemin de l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière où j'ai créé une consultation de psychosomatique localisée dans le service d'endocrinologie et rattachée au service de psychiatrie du Pr. Jean-François Allilaire. Cette consultation est ouverte à l'ensemble des patients de tous les services.

Très vite, l'explication des processus de somatisation à partir de la psychanalyse me parut incomplète ; confronté à de très nombreuses pathologies des patients de l'hôpital, la réalité biologique des atteintes corporelles et le vécu de la maladie par les patients m'interrogeaient. Tout ne semblait pas psychique et tout ne semblait pas corporel ; de plus, très sensibilisé dès le début des années 90 aux recherches de neurosciences, je me posais le problème des interrelations entre l'appareil psychique décrit par Sigmund Freud, la médecine et le fonctionnement du système nerveux central.

Je me trouvais face à un problème plus complexe que celui que j'avais connu quand je travaillais aux côtés de Pierre Marty. Il me semblait que pour comprendre le fonctionnement d'êtres multicellulaires regroupés en systèmes, il n'était pas possible de ne retenir comme méthode que la psychanalyse stricto sensu. L'analyse d'un système aussi complexe que l'unité psychosomatique humaine exigeait le recours à une méthodologie scientifique sophistiquée. La théorie des systèmes développée par Ludwig von Bertalanffy offrait les bases scientifiques de la nouvelle approche, à savoir la psychosomatique intégrative (psychanalyse, médecine et neurosciences). C'est ainsi que j'ai proposé le modèle de **la théorie des cinq systèmes** inter-reliés de façon dynamique et agissant les uns sur les autres pour établir l'homéostasie définie par Claude Bernard. Les cinq systèmes sont : le système psychique, le système nerveux central, le système nerveux autonome (sympathique et parasympathique), le système immunitaire et le système génétique ou génome.

Grace à l'aide du Pr. Marc-Olivier Bitker et du Pr. Jean-François Allilaire, j'ai pu créer, à la faculté de médecine de la Pitié-Salpêtrière, un diplôme universitaire de psychosomatique intégrative qui en est aujourd'hui à sa sixième promotion. Les participants de ce diplôme sont des médecins généralistes et spécialistes, des psychothérapeutes, psychologue clinicien, psychanalyste, psychiatre, des ostéopathes, des kinésithérapeutes, des psychomotriciens,...,

des responsables d'associations sociales ayant des objectifs médicaux. Tous ces professionnels, qui sont aujourd'hui mes collègues, ont créé, en février 2008, « la société de psychosomatiques intégrative », qui a organisé une journée d'étude et deux symposiums, dont nous présentons dans ce cahier de recherche les différentes interventions. Des professeurs de médecine et des praticiens hospitaliers ont été, dès la création du diplôme, étroitement associés à l'enseignement. Ils ont fait des communications dans le cadre des symposiums. Certains d'entre eux sont des membres d'honneur de notre société scientifique.

Il est important que nos collègues du monde médical, du monde psychanalytique et du monde de neurosciences soient progressivement sensibilisés à l'approche de la psychosomatique intégrative afin que le premier paradigme de la médecine, à savoir le paradigme de l'homme machine tel qu'il a été décrit par René Descartes, soit remplacé par le deuxième paradigme : le paradigme de l'être humain dans toutes ses dimensions et dans son unité.

Soigner des malades et non plus soigner des maladies.

Jean Benjamin Stora, Paris 2011

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS de JEAN-BENJAMIN STORA 2

JOURNEE D'ETUDES DU 29 MAI 2010 6

MARC DUTKIEWICZ - LE TRANSFERT OU LE JEU DE « CACHE-CACHE » - QUESTIONS DU PSYCHANALYSTE AU PSYCHOSOMATICIEN - LA QUESTION DE LA DYNAMIQUE TRANSFERENTIELLE EN PSYCHOSOMATIQUE VIS-A-VIS DE LA PSYCHANALYSE 7

DR. PASCALE SURUGUE - APPORT ET LIMITES DANS LA PRATIQUE DE LA PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE .. 13

PR. JEAN BENJAMIN STORA - LA PSYCHANALYSE: DE LA THEORIE DE LA PSYCHANALYSE A LA THEORIE DE LA CLINIQUE - DU ROLE DE LA CURE ANALYTIQUE DANS LA FORMATION DU PSYCHOTHERAPEUTE DE PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE 17

DR MYRIAM BRUN-VALICON - CAMILLE : DES FUITES COMPLAISANTES 27

ACTES DU 1er SYMPOSIUM ET DU 2° SYMPOSIUM « MEDECINE ET PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE » 30

PR. JEAN BENJAMIN STORA, PSYCHOSOMATICIEN - PSYCHANALYSTE - SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE DU PR. E. BRUCKERT - CO-DIRECTEUR DU D.U DE PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE - Qu'est ce que la Psychosomatique Intégrative ? - « Médecine, Neurosciences et Psychanalyse » 31

PR MARC-OLIVIER BITKER, CHEF DE SERVICE D'UROLOGIE - ALEXANDRA POLIDOR, PSYCHANALYSTE INTEGRATIVE-PSYCHOSOMATICIENNE - SERVICE D'UROLOGIE, G.H.U LA PITIE-SALPETRIERE - Urologie et Psychosomatique - Une alliance thérapeutique 34

PR. JEAN BENJAMIN STORA, PSYCHOSOMATICIEN-PSYCHANALYSTE - DR. PASCALE SURUGUE, GYNECOLOGUE, DOCTEUR EN PSYCHOLOGIE - Évaluation du risque évolutif du cancer du sein en médecine et en psychosomatique : Étude préliminaire de faisabilité sur 10 patientes 39

PR. JEAN-BENJAMIN STORA - SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE DU PR. E. BRUCKERT - GHU LA PITIE-SALPETRIERE - Le deuxième paradigme de la médecine 51

MAUD GRIMAULT, PSYCHOLOGUE/CHERCHEURE - GHPS SERVICE DE NEPHROLOGIE - LAURENCE BOUFFETTE, COORDINATRICE AETP, RESEAU RENIF - PR CORINNE ISNARD-BAGNIS, GHPS SERVICE DE NEPHROLOGIE - Programme pilote d'éducation thérapeutique en néphrologie 56

LAURENCE BOUFFETTE, LAURENT ATTIA, CORINNE ISNARD-BAGNIS - L'alliance thérapeutique au coeur de la relation d'aide 64

DR ISABELLE TOSTIVINT NEPHROLOGUE - CHRISTINE BONNAL PSYCHANALYSTE - Lithiases urinaires, témoins d'histoires de vies - Intérêt d'une approche psychosomatique dans la prise en charge des patients 71

PR. JEAN BENJAMIN STORA - UNITE DE SYNDROME METABOLIQUE - SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE DU PR. E. BRUCKERT - GHU LA PITIE-SALPETRIERE - Le risque psychosomatique: risque psychique, risque somatique et environnement : convergence, divergence et pronostic - Étude de 150 patients - syndrome métabolique 82

PR. JEAN BENJAMIN STORA - BENOIT DEPREUX - GHU LA PITIE-SALPETRIERE - Risque Psychosomatique et Syndrome Métabolique 86
ANNEXES 100
RESULTATS DE L'EXAMEN CLINIQUE PSYCHOSOMATIQUE 100
AGENDAS DES SYMPOSIUMS « MEDECINE ET PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE » 103

JOURNEE D'ETUDES DU 29 MAI 2010

MARC DUTKIEWICZ
- LE TRANSFERT OU LE JEU DE « CACHE-CACHE »
- QUESTIONS DU PSYCHANALYSTE AU PSYCHOSOMATICIEN
- LA QUESTION DE LA DYNAMIQUE TRANSFERENTIELLE EN PSYCHOSOMATIQUE VIS-A-VIS DE LA PSYCHANALYSE

Introduction

JB Stora fait un constat dans « *Quand le corps prends la relève* », 1999, Odile Jacob :

> (…) « Un certain flou entoure encore les conditions topiques, économiques et dynamiques correspondant à l'alpha du fonctionnement relationnel », p. 253.

C'est précisément une de ces conditions du fonctionnement relationnel clinique - le transfert - que je cherche à éclaircir dans notre cadre. Un atelier de travail autour de ce thème, parmi d'autres, pourrait peut-être se constituer par la suite, à partir de ces premières interrogations partagées avec vous. Cette intervention constitue donc aussi l'occasion de réfléchir à mettre en place au sein de notre association des ateliers de travail de recherche.

Le « Wozu », transfert psychosomatique ou transfert en psychosomatique ?

En effet dans mon approche psychosomatique de psychanalyste-psychothérapeute autant que dans mon métier de psychologue je suis traversé par une dimension relationnelle qui ne va pas de soi mais qui reste - j'en suis convaincu - fonctionnellement au centre du processus thérapeutique quel qu'il soit : « Qui parle à qui ? » Qui et quoi se cachent dans cet adressage de la parole, du symptôme, du regard etc.? Une demande de soin est-elle celle d'une guérison ou de protection narcissique primaire, d'un sentiment de sécurité accordé et donné, etc. ?

Je suis également traversé par un sentiment spécifiquement corporel tant il atteint mon corps, un affect bien particulier que j'appellerai le « wozu » (le vers où, le à travers) ; un clin d'œil en référence à l'impératif éthique Freudien du « Wo Es war, soll Ich werden »[1].

[1] S. Freud,

C'est une perception d'un transfert quelque peu brutal que je reçois de patients psychosomatiques. Ces patients s'adressent à travers mon corps à une figure énigmatique de reconnaissance. On dirait que « le corps parle d'abord »[2] et cherche « l'Autre » dans le corps !

A qui ou à quoi s'adressent ces patients, ces malades ? Combien « d'adresses » sont visées dans le discours au praticien, et à quels moments ? Quelles sont les relations d'efficacité thérapeutique entre ce processus transférentiel et la guérison psychosomatique ?

Existent t'il plusieurs transferts différents, dont un spécifiquement à l'intervention psychosomatique comme au patient spécifiquement en situation psychosomatique ?

Autant de questions qui - me semblent t-il - nous concernent tous. Et si la conceptualisation de transfert est un riche sujet d'étude et de recherche pratique et théorique en psychanalyse, elle n'est pas encore épuisée et je pense que la psychosomatique intégrative la relance de façon heuristique. (JB Stora, ibid., p. 212-213).

L'hypothèse que je fais depuis ma formation en psychosomatique, et que j'applique en psychanalyse, est la suivante :

« Le transfert psychosomatique ou le transfert *en* psychosomatique » (déjà une question de recherche) se termine là où commence celui de la cure analytique et le contient en même temps ou l'empêche ?

S'il est à coup sûr un pare-excitant primordial, de base, il est aussi celui sur lequel le praticien peut à la fois toujours compter et doit toujours revenir pour vérifier la psychodynamique du patient. (JB Stora nous met sur cette voie, *Ibid.,* p. 245).

Notre professeur nous donne un début de réponse dans une de nos discussions :

''La relation des patients somatiques, dont l'unité psychosomatiques a été atteinte par la maladie, est ce que l'on appelle « un transfert de base » ; en d'autres termes, le retour à la relation d'attachement maternelle qui est centrée sur l'entretien et la réparation du corps. Pour Freud le premier Moi est un moi corporel''.

Ce que je ressens serait donc la réactivation ineffable de la relation première et notre mission serait de réparer cette unité psychosomatique qui a été brisée par les traumatismes et les maladies ?

[2] Pour paraphraser C. Dejours, *Le corps d'abord*, 2001, Payot.

Ne peut-on généraliser ce type de transfert à tout début de prise en charge psychothérapeutique comme au minimum « un début de dynamique transférentielle spontané » dont le destin n'est pas encore énoncé ?

La psychosomatique nous enrichirait-elle d'une meilleure compréhension de l'origine de ce « jeu » relationnel qu'est le transfert ? Ou au contraire pourrait-elle nous montrer que l'on ne peut prendre pour équivalent psychanalyse et psychothérapie psychosomatique ?

Il y a « des théories » du transfert. Y aurait t-il alors « une théorie psychosomatique » du transfert ?

1. Rappel de la définition du transfert lié à la situation de transfert ou à la situation totale transférée, plus exactement.

Dans son « Fragment d'une analyse d'un cas d'hystérie » Freud (1905) définit la situation de transfert de la manière suivante :

> « Que sont ces transferts ? Ce sont de nouvelles éditions, ou fac-similés de motions et de fantaisies qui sont éveillés et rendus conscients à mesure que se déroule l'analyse ; mais ils ont cette particularité, caractéristique de leur espèce, de substituer à une personne antérieure la personne du médecin. Autrement dit : toute une série d'expériences psychologiques sont ravivées non pas en tant qu'appartenant au passé mais en tant que s'appliquant présentement au médecin »

Mélanie Klein nous apporte quelques réflexions vis-à-vis de la situation totale transférée, dans son livre intitulé « *Le transfert et autres récits* », 1946-1963, Puf : « Finalement le transfert est toujours un déplacement, un mouvement psychique de vie ou de mort. Positif ou négatif. Et comme pour le symptôme il est l'alliage de trois éléments :

> - Un vécu traumatique du passé qui tend à se répéter compulsivement.
>
> - Les défenses contre le retour du traumatique ou pour contenir ses traces.
>
> - L'espoir d'une réaction autre pour se dégager de la répétition, reprendre le développement élaboratif entravé et dépasser la frustration libidinale ». (p. 23).

2. Une théorie du transfert : le jeu infantile de cacher son corps pour y être trouvé, ou le « trouvé créé psychosomatique ? »

Pour parler autrement de cette thématique « transfert et psychosomatique », je vous propose une petite histoire que ma grand-mère me racontait ; c'est un transfert comme un autre qui a bien son rôle de pare excitations face à l'excitation de cette journée ! Voici donc « une » théorie du transfert que je vous propose, celle de ma grand-mère fille de Rabin ! :

> « Il était un enfant, petit fils d'un grand sage (psychanalyste, bien sûr), qui jouait un jour avec un autre petit garçon à cache-cache. Il se trouva une fameuse cachette, s'y fourra et attendit que son camarade vînt l'y découvrir. Mais, ayant longtemps attendu, il finit par s'en extraire et ne vit nulle part son petit camarade. Il s'aperçut alors que l'Autre ne l'avait nullement cherché, et ce furent des larmes et des larmes. L'enfant courut toujours sanglotant vers son grand père pour se plaindre à grands cris du mauvais camarade, de ce méchant garçon qui n'avait pas voulu le chercher quand il était si bien caché ! Et c'est à grand peine que le Sage parvint lui-même à retenir ses larmes : ''C'est exactement aussi ce que dit Dieu, dit il ; je me cache, et personne ne veut me chercher !'' ».

Ce jeu de cache-cache c'est aussi une histoire de transfert dans « le trouvé-crée » Winnicottien du *visage de l'autre que le patient à la fois cherche et cache dans le nôtre*.

Ce jeu du névrosé (de l'infantile) est bien celui d'un « moi corporel » qui se cache pour qu'on ne le trouve pas et qui se plaint que nul autre corps ne veuille le chercher !

Or les psychanalystes sont obnubilés par ce mode de relation au point de la fétichiser ou de la poser en une croyance quasi magique : pas de transfert et point de salut ! Comment faire sans transfert ? L'identification existe bien, mais ce n'est pas très noble pour un psychanalyste ! Une vulgaire défense et pas une thérapeutique, à tel point que le transfert en devient obsessionnellement un « pharmakon[3] », que nous recherchons avec plus ou moins de patience et de pertinence dans nos cures, brèves ou longues...

> Comment fait alors un psychosomaticien avec le « transfert psychosomatique de base » qui ne se cache pas ? Quand il n'y a pas à le chercher, tellement le corps – le sien ou celui de l'Autre - se dépose dans la relation de plainte et s'incarne ! « Comment peut-on être

[3] Définition : La signification du mot grec *pharmakon* peut facilement s'inverser : remède bénéfique ou poison maléfique, dedans/dehors, parole/écriture, il n'a rien d'une substance. Ce n'est pas un élément ni un composé d'éléments, c'est un *milieu* ambivalent, le medium à partir duquel s'effectue toute dissociation. Il est analogue à l'imagination, une sorte de mixte, ni sensible, ni intelligible, capable de réaliser l'unité des contraires (comme l'écriture, qui facilite un certain type de mémoire - morte - mais décourage la mémoire vive). Même la potion mortelle bue par Socrate sous le nom de ciguë (en grec *pharmakon*) est ambivalente : instrument de mort et/ou véhicule vers l'immortalité de l'âme, poison et/ou instrument de salut.

psychosomaticien », doit on dire à la manière de Montesquieu, et travailler sans ce lien quasi magique ou fétichisé ?

Cela pose une question très pratique pour le psychanalyste sur la difficulté à « être deux personnes (au minimum) en une » dans la relation transférentielle. Le psychosomaticien échappe t-il à cette exigence ou la traite t-il différemment ?

Une autre question théorico pratique se pose : comment adapter la distance clinique de travail thérapeutique dans cette psychodynamique transférentielle ? Est-elle du même ordre en psychothérapie psychosomatique ? Comment se débrouille t-il avec cela ?

Enfin quelles leçons à tirer de la comparaison entre les deux théories de la pratique psychanalytique et psychosomatique à partir de cette épistémologie du transfert ?

3. Immédiateté du transfert (chez l'enfant) ou primauté du contre transfert ?

Tout est-il transfert, et comme Freud le propose il y aurait une « disposition générale au transfert » car nous fonctionnons « avec » les autres ; l'enfant transfère avec les parents, les enseignants etc. *et l'analyste serait l'objet d'un transfert latéral*[4] *privilégié, qui dirait quelque chose des autres transferts* ? Cette dimension serait spécifique de « l'infant », de l'archaïque, de l'origine présent au travers de la corporéité ?

Que penser aussi de « l'autorisation au transfert » par les parents et le praticien dans cette hypothèse, car ils sont perçus tous deux souvent comme potentiellement ambivalents ?

L'autre point de vue, celui de la primauté du contre transfert, souligne l'importance d'un travail préalable pour qu'un transfert soit possible qui se déploie dans la névrose uniquement ou la psychose de transfert.

Il apparaît peut-être utile dans la pratique de distinguer surtout « l'offre au transfert » du contre transfert qui lui s'oppose au transfert.

Finalement comment le psychosomaticien « s'offre au transfert » ou reçoit l'offre au transfert du patient ?

[4] Définition : « (...) le patient s'entretient avec un ami intime ou très curieux de son traitement et il exprime au cours de cette conversation toutes les pensées qui auraient du se présenter à lui en présence de son médecin » Freud, *Le début du traitement*, 1913 ; (…) « le transfert latéral se définit par sa fonction de diminuer fortement la tension d'excitation », Beno Rosenberg, Transfert latéral & névrose, « le personnage tiers », *Cahier du centre de psychanalyse & psychothérapie*, N°3, 1981.

4. Le Transfert narcissique est-il le transfert psychosomatique ?

H. Kohut dans « *Le Soi, la psychanalyse des transferts narcissiques* », 1974, Puf, parle du transfert narcissique, (…) « où l'analyste n'existe et n'est idéalisé que dans la mesure où il est identique aux attentes du patient, généralement en position de toute puissance et d'emprise ».

Mais il existe alors une difficulté pour le psychanalyste de parvenir à introduire, *après une action de re-narcissisation psychosomatique* paradoxalement possible car utile et thérapeutique, un mouvement pour se dégager de ce transfert dont l'enjeu négatif serait « d'étouffer » toute vie psychique et tout investissement dans la vie réelle ?

Après un transfert de base narcissique primaire de cette sorte, comment passer à la psychanalyse avec un patient psychosomatique ?

En fin de compte, la mise à l'épreuve de ma pratique de psychanalyste par la psychosomatique me fait me demander si une psychothérapie psychosomatique d'un patient (somatique) permet une psychanalyse et à quelles conditions ? Y a t-il un patient typiquement psychosomatique bénéficiant de l'approche psychosomatique ou cette dernière constitue t-elle une approche contemporaine de la psychanalyse confrontée aux très actuelles pathologies narcissiques ?

Il y aurait là un jeu de cache-cache où l'un ne trouverait pas l'autre aussi facilement qu'il le voudrait ?

****
****

DR. PASCALE SURUGUE
- APPORT ET LIMITES DANS LA PRATIQUE DE LA PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE

La démarche médicale classique est insuffisante à partir du moment où l'on accepte l'hypothèse que la maladie n'est peut-être pas un évènement complètement fortuit mais qu'elle peut prendre place dans un parcours singulier. Ainsi au lieu de ressentir une souffrance mentale qui dépasserait la capacité d'absorption des défenses habituelles ou d'élaborer mentalement des sentiments de colère, de dépit ou de frustrations situés bien au-delà des capacités de contrôle, il me semble bien que ce soit « le corps qui parle ».

A « capital génomique » altéré identique, en fonction de chaque histoire personnelle, de son environnement il me parait plausible que l'un développe la maladie, l'autre non.

La maladie peut alors devenir un temps d'ouverture, une occasion d'explorer et de traiter les traumas des liens précoces jamais reconnus qui entravent la capacité de vivre d'adultes « apparemment parfaitement adaptés aux codes environnants ». Certes une psychothérapie/PA ne guérit pas directement, ne répare pas une fracture ou un cancer, mais permet de **rétablir les conditions indispensables à la guérison.** Plus les dysfonctionnements psychiques seront mis à jour, les conflits élaborés, meilleures seront les conditions de réparation et **plus l'efficacité des traitements sera grande.**

1/ Mademoiselle A., 28 ans, sympathique, d'apparence dynamique, non timide, m'est adressée par son médecin référent, pour un avis « d'expert : faut-il lui prescrire une hormonothérapie, le Tamoxifène, associé à un analogue de la LH-RH le Zoladex ? »

Sans aucun ATCD familial de cancer du sein, elle a été traitée pour un cancer du sein : tumorectomie/curage (T1N1/5 RH+), suivie d'un mois et demi de radiothérapie et de huit séances de chimiothérapie. Le Tamoxifène est prévu pour une durée de 5 ans.

Une échographie pelvienne montre un kyste endométriosique de 3 cm et elle se plaint de dysménorrhée intense au point d'appeler SOS médecin.

Réponse : traitement justifié médicalement parlant : cancer de mauvais pronostic apparu à 27 ans avec ganglion envahi.

Approche médicale ¼ d'h de consultation !

Mais l'enseignement de la psychosomatique intégrative me pousse à poursuivre l'anamnèse et j'apprends qu'elle a été élevée au Maroc avec un père marocain musulman et une mère française chrétienne. Elle a, depuis plusieurs années, un copain marocain beaucoup plus âgé, très présent, qui la soutient moralement, mais il est « musulman pratiquant » et elle est

toujours vierge car « il la respecte ». Elle pense qu'elle ne fera pas sa vie avec lui. Elle fume depuis l'âge de 13-14 ans un paquet de cigarettes/j en cachette de lui car il serait choqué. Elle me parle spontanément de son enfance : 2ème sur trois, elle se sent torturée depuis l'âge de 6 ans !?...etc. Et elle ajoute qu'elle est « *contre la psychothérapie* ».

Elle travaillait dans le tourisme, avait un poste à responsabilité qui lui plaisait beaucoup mais elle a subi un licenciement économique et est en recherche d'emploi. Elle se dit « carriériste » croyante pas pratiquante. Elle parle facilement et pleure en pensant qu'elle n'a pas d'enfant.

Approche psychologique ½ h de consultation supplémentaire…

Réflexion ouverte : Problème de la demande : peut-on se permettre d'aller vers un patient qui n'a rien demandé ? Non seulement elle n'a pas de demande, elle refuse même la proposition de voir un psychothérapeute de son généraliste étonné qu'à 28 ans elle soit toujours vierge « je suis contre la psychothérapie» ! Sa capacité d'élaboration est pourtant bonne. Introduire l'idée d'une possible participation interne dans l'apparition et l'évolution de son cancer peut peut-être remettre en question dangereusement un aménagement défensif fondé sur le clivage ? Comment apprécier la profondeur de la souffrance ainsi libérée et ce qui sera mis à la place ? Comment apprécier si un malade est capable d'assumer un changement réel dans son existence à ce moment de grande vulnérabilité ? La responsabilité du thérapeute est alors bien plus grande que celle de ceux qui se limitent aux traitements médicaux classiques…Ce sont les arguments des « ingénieurs de la santé » ou « médecins-techniciens » qui se comportent comme « un programme informatique expert » ! Les « médecins-hippocratiques » semblent penser au contraire qu'il est urgent d'aller au-devant des patients et d'inclure cette prise en charge sur le plan psychique sans attendre leur demande, sans même le formuler en tant que tel et bien sûr sans offrir de faux espoirs de maîtrise. Nous ne pouvons ignorer que les femmes suivies « globalement » peuvent quand même récidiver.

Comment faire en pratique avec ces patientes dont la souffrance bien réelle est, soit sous-estimée, ou carrément méconnue, par les médecins, soit entendue par eux mais niée par la patiente elle-même ? L'approche psychosomatique est ici bien difficile.

2/ **Madame B.,** jeune américaine de 36 ans m'est adressée par son médecin généraliste référent pour « avis sur l'exérèse d'une masse du sein droit de 4 cm dans le quadrant supéro-externe, douloureuse sans fièvre ».

La mammo/écho classée ACR4 a imposé une biopsie et les résultats histologiques montrent « une mastopathie fibro-kystique, de type canalaire, sans caractère proliférant ni atypique, avec quelques fines microcalcifications intraluminales. Absence de néoplasie intraépithéliale, absence de processus carcinomateux. »

Dans ses ATCD : tante maternelle cancer du sein à 50 ans, mère cancer du col ou utérus à 29 ans et décédée d'un cancer des poumons à 55 ans, oncle maternel cancer des poumons, grand-père paternel cancer digestif.

Une grossesse à 34 ans allaitée 1 an. Ne travaille pas. L'examen clinique retrouve cette masse douloureuse, non suspecte, mais isolée et la question se pose en effet d'en faire l'exérèse et le problème médical serait réglé, pas de risque et éviterait une surveillance anxiogène.

Approche médicale ¼ d'h de consultation.

Mais en pensant à la psychosomatique intégrative, je me permets de replacer cette pathologie dans son contexte environnemental et lui pose des questions inhabituelles pour un clinicien dit scientifique.

D'emblée elle me dit ne pas se sentir anxieuse ni hypocondriaque. Elle a suivi son mari diplomate, se sent donc expatriée depuis 2 ans, avec un enfant en bas âge, loin de sa famille et a dû abandonner un travail investi. En tant qu'américaine, elle n'a pas de permis de travail en France. Surprise elle-même elle ne peut s'empêcher de pleurer en exprimant à voix haute cette réalité…Je l'ai encouragée à formuler ses désirs et elle a décidé de se remettre au sports et de se faire naturaliser grâce à son mari européen pour ne plus avoir besoin de permis de travail, ce qui ne l'empêche pas de commencer à chercher.

Là aussi prévoir un temps de consultation plus long que ne peuvent avoir les médecins débordés! Et pourtant :

2 mois ½ après, je la revois : elle me dit avoir beaucoup réfléchi après notre rencontre. Elle fait du sport 3/semaine, du vélib et marche ; elle a beaucoup d'entretiens d'embauche et des pistes sérieuses.

Cliniquement elle n'a plus mal et le placard de mastose a régressé. Conclusion: abstention, surveillance, on ne parle plus de chirurgie !

Réflexion ouverte : approche plus efficace manifestement même effleurée de cette façon en un seul entretien. Employer cette approche sans en parler jamais (sans le marquer sur sa plaque ou ses ordonnances) ne permet-il pas d'aborder des patients qui ne seraient jamais venus consulter un psy. ? Une autre compréhension de la maladie peut et doit rester compatible et complémentaire avec un discours scientifique.

3/ Madame C. 48 ans, consulte pour un 2ème avis. Immédiatement j'apprends que son « fils de 25 ans se bat depuis 3 ans contre une tumeur maligne récidivée et est toujours en soins intensifs actuellement entre la vie et la mort».

Jolie, très féminine, elle parle non stop et impose à tous médecins consultés, même à ceux non sensibilisés par la psychosomatique, son contexte de vie douloureux.

Suivie pour une mastopathie kystique depuis 2003, extrêmement anxieuse, elle me demande si la petite zone indurée juxta-aréolaire externe gauche, d'apparition récente, douloureuse est,

comme sa gynéco lui a assuré, pas inquiétante. Elle a des implants en silicone ce qui rend l'examen clinique plus difficile.

Hélas je trouve la clinique très suspecte, bien que les mammo/écho soient d'abords classés ACR3 puis reclassées ACR2. Je lui demande de refaire une écho et cyto tout en pensant IRM et biopsie mais la sentant au bord de l'asphyxie psychique je temporise et lui conseille un chirurgien « plasticien », en raison des prothèses, et… « cancérologue ». Je le préviens du contexte mais malgré tout il lui annonce d'emblée que c'est un cancer, ce qui sera confirmé par les examens complémentaires. Elle me dit qu'elle a failli se jeter sous le métro après sa visite!
Une chimio première d'induction est décidée compte tenu de la taille de la tumeur. Mais la réponse est partielle, une large tumorectomie du reliquat et curage axillaire est quand même tenté. Malheureusement les berges sont envahies, le curage montre 3N+/17, RH+, HER2-. Une mastectomie est donc nécessaire avec curage ganglionnaire Une radiothérapie et hormonothérapie sont décidées.

Mon rôle médical est donc terminé.

Mais je prends de ses nouvelles et elle souhaite me rencontrer à nouveau « pour parler ».

Entretien psychosomatique

A nouveau logorrhée intarissable. Pendant 1h parle non stop toute seule : de son fils et de son combat contre le cancer qui curieusement depuis l'annonce du cancer du sein de sa mère est stabilisé alors que les médecins étaient très pessimistes ! De son père qui est mort accidentellement, alors qu'elle était en fin de grossesse. De son neveu de 14 ans tué dans un accident. Je n'ai rien dit, seulement écouté, mais me sentais au bord des larmes.

Elle est partie rejoindre son mari qui l'attendait dans la salle d'attente en me remerciant beaucoup ?

Réflexions : aider une femme et son fils débordés par la souffrance avec des maladies au pronostic vital engagé. Comment tenir sur la durée ? Accompagner en soins palliatifs est une autre démarche paradoxalement plus facile.

Conclusion : 3 mots-clés : pas dans la toute-puissance, formation, supervision !

****
****

PR. JEAN BENJAMIN STORA

- LA PSYCHANALYSE: DE LA THEORIE DE LA PSYCHANALYSE A LA THEORIE DE LA CLINIQUE
- DU ROLE DE LA CURE ANALYTIQUE DANS LA FORMATION DU PSYCHOTHERAPEUTE DE PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE

La pratique des psychothérapies psychosomatiques implique que le psychothérapeute psychosomaticien ait d'abord effectué un travail sur lui-même en recourant à la technique dite de la cure classique. Sans la connaissance de son inconscient, il serait difficile pour le psychothérapeute psychosomaticien, qu'il soit médecin ou psychothérapeute, d'entreprendre des cures de patients somatiques. La cure dite classique est le modèle à partir duquel toutes les autres cures psychothérapiques se sont développées au cours du dernier siècle. Nous nous interrogerons plus tard sur la formation du psychosomaticien dont la première étape a été franchie avec l'acquisition du diplôme universitaire de psychosomatique intégrative. Vous avez toutes et tous été analysés, mais par discrétion, à l'exception des collègues qui travaillent avec moi en supervision, je n'ai jamais demandé comment votre psychanalyse s'était déroulée. Vous comprenez cependant que ce premier travail a une importance considérable pour comprendre nos patients dans toutes leurs dimensions.

J'ai commencé à pratiquer la psychanalyse en 1973, et je n'ai jamais cessé depuis cette époque de poursuivre mon auto-analyse, et de m'interroger sur ma propre psychanalyse effectuée au sein d'une société psychanalytique de l'association internationale de psychanalyse. Le modèle développé par Freud et adopté par les sociétés psychanalytiques membres de l'association internationale de psychanalyse me paraissait, avec le passage du temps, incomplet dans la mesure où les différences culturelles semblaient absentes du processus analytique, et comme cela a paru bien plus tard à la fin des années 80 du siècle dernier grâce aux contributions de Joyce McDougall, les problèmes d'identité et de leur constitution étaient totalement absents du processus. Étaient absents aussi les affects, leurs manifestations, le vécu des situations présentes et passées, ainsi que la compréhension en profondeur de la psycho-dynamique conflictuelle. Le comportement des psychanalystes vis-à-vis de leurs patients était lui aussi l'objet d'interrogations de ma part, et, jusque récemment, je le reliais plutôt à une dimension culturelle des Français, plutôt réservés et distants dans leurs relations avec autrui.

Il était temps de s'interroger sur l'histoire de l'établissement du modèle de la cure classique pour comprendre en quoi ce modèle différait de l'approche développée par Sandor Ferenczi que j'ai dans un premier temps connu grâce à la branche hongroise de ma famille, et à mes relations avec les collègues de la société hongroise de psychanalyse. En France, à l'institut de psychanalyse à la fin des années 70, le nom de Ferenczi n'était pas prononcé, mais je ne me posais pas de questions, et, compte tenu de mes origines nord-africaines où le respect du Père et des aînés occupe une place centrale dans la relation, je tenais en haute estime et je respectais profondément l'enseignement qui m'était donné sans jamais interroger celles et ceux qui le dispensaient. Il m'a fallu franchir de nombreuses étapes pour tout remettre en perspective, ce que je fais aujourd'hui devant vous, afin que notre association bénéficie des leçons du passé, et que nous nous engagions sur un chemin différent où la tolérance doit être le guide de nos relations scientifiques et professionnelles.

Comment Freud et les psychanalystes de l'IPA ont-ils abouti à l'établissement de la cure dite classique ?

Je vais aborder les positions des partisans de l'approche théorique et ceux, moins nombreux, de l'approche clinique.

Tout a commencé dans les années 20 cruciales pour le devenir de la Société Internationale de Psychanalyse; c'est d'abord au sein du Comité secret créé par le premier cercle des étudiants et disciples de Freud que le problème prit naissance avec d'importantes conséquences sur la pratique de la psychanalyse contemporaine.

Rappelons d'abord les contributions conceptuelles du début des années 20 : après avoir élaboré la seconde topique et s'être interrogé sur la pulsion de mort qui illustre le thème de la répétition et la manifestation possible de la destructivité au sein de la cure, Freud ne reformule jamais les principes techniques de la cure psychanalytique; il en reste à son travail de 1916 sur « le transfert » conférence numéro 27 et sur « la thérapie analytique » conférence numéro 28. En 1938 dans son abrégé de psychanalyse il reste attaché à un travail de construction menée en collaboration avec le patient porté par la force du transfert. **Il continue à centrer la cure sur la remémoration en cherchant confirmation du vécu qu'il soit traumatique ou simplement fantasmatique, et recherche le noyau oedipien d'événements refoulés en tentant de reconstituer l'histoire du patient.**

Depuis 1910 il pressent l'importance de la dimension émotionnelle du psychanalyste (problème du contre-transfert), sans pour autant en faire un élément de la relation thérapeutique, et il introduit en **1912 la nécessité d'une analyse personnelle** condition préalable à l'exercice professionnel. Pour lui « on devient analyste par l'étude de ses propres rêves ». Rappelons que c'est seulement à partir de 1925 que se développe ce qu'on appelle **l'analyse didactique.** Quant au transfert, Freud est toujours dans la position du père **car la position de la mère l'embarrasse beaucoup**. Il a été un très grand interprète des rêves de ses patients et a fait preuve très souvent d'une grande perspicacité ; il a développé la notion d'écoute flottante c'est-à-dire débarrassée de tout acte de conclure ou de synthétiser, dénuée de toute interférence personnelle de l'analyste ou de toute présupposition dans ce que celui-ci pourrait vouloir entendre ou trouver. Mais, en réalité, ce que nous connaissons de sa pratique est très différente de ses propres recommandations : il parle amicalement à ses patients en séance, il aide les patients en difficultés financières, il accepte des cadeaux, il invite ses patients à dîner dans sa famille, il analyse sa propre fille Anna, etc. En vérité une pratique éloignée des énoncés théoriques et des recommandations.

Très vite Freud constate aussi que s'il avance dans le domaine de la compréhension du fonctionnement psychique, il a de nombreux échecs thérapeutiques: Dora, l'homme aux loups, l'homme au rat, etc. L'échec semble résider dans la difficulté de produire des changements psychiques.

Le transfert, la compulsion de répétition, la révélation de sens aux patients, la prise de conscience tout cela se révèle insuffisant pour produire du changement. Freud ne modifie pas sa technique et marque le pas. Il est fatigué de ce déroulement thérapeutique de la cure qu'il a instaurée, **il préfère l'investigation théorique, c'est elle qu'il privilégie dans sa pratique.**

Remaniement du cadre de la cure

À partir de 1921, la notoriété de Freud attire de nombreux patients dont il ne peut assurer le traitement ; il souhaite alors les référer à Sandor Ferenczi qui est son ami et aussi celui qu'il considère comme le grand vizir, le numéro 2 de l'institution psychanalytique. A cette occasion, il remanie le cadre de la cure: la semaine psychanalytique passe de six séances hebdomadaires à 5 séances afin de pouvoir accepter un patient de plus ; cette pratique sera édifiée en règle canonique de la cure type plus tard. Les analyses sont écourtées puisqu'elles ne durent que quelques mois et les conditions en sont fixées à l'avance. Durée du traitement, montant des honoraires, révision des prix à la hausse... Un patient de Freud décrit ainsi le déroulement de la psychanalyse : repérer le complexe d'Oedipe, interpréter l'homosexualité refoulée, et, à partir de là, laissez le patient faire le reste, à savoir perlaborer. Il semble même ce que Ferenczi reprochera à Freud plus tard que celui-ci ne savait pas reconnaître le transfert lorsqu'il se présentait sous la forme de la rivalité paternelle. Raymond de Saussure déclare à cet égard: « Freud parle trop, il peine à attendre une vérité qui s'éveille dans l'esprit du malade quand il en est persuadé lui-même : il cherche à le convaincre tout de suite ». Cité par Élisabeth Roudinesco[5].

Dans cette période charnière des années 20, on assiste à un glissement progressif de la cure des patients à l'analyse de formation des psychanalystes. **Ce glissement semble convenir au fonctionnement intellectuel de Sigmund Freud** qui se concentre alors sur l'étude de la culture, de la religion, de la civilisation, application de la psychanalyse à d'autres disciplines, tous les travaux que nous connaissons bien : « malaise dans la culture, Moïse et le monothéisme, etc. Tout aurait été parfait si Sandor Ferenczi n'avait pas développé des propositions critiques décrivant une autre approche de la cure des patients. Rappelons ici que S. Ferenczi a connu Freud en 1908 et que sa pratique, ses publications avaient fait de lui le n°2 de la psychanalyse après Freud (cf. plus haut); Il fut le premier président de l'association internationale de psychanalyse en 1910. Ils ont à plusieurs reprise pris des vacances ensemble; Ferenczi commença à souffrir à cette époque de l'anémie de Birmer qui devait l'emporter en avril 1933 ; alors que Ferenczi lui fait part dans ses lettres de ses problèmes réels de santé, Freud lui répond à plusieurs reprises qu'il s'agit là « d'une fuite dans la maladie ». Dans sa lettre du 29 juillet 1921, il en vient à lui dire « qu'il ne croit pas qu'il soit organiquement malade » et ajoute : « je crois que vous pratiquez une concurrence déloyale. Parce que dans chaque lettre que je vous parle de la perspective de la mort... Vous vous en saisissez et pensez que vous devez m'égaler ou me surpasser » (In Freud, Ferenczi, Correspondance, t. III.). On peut constater ici encore une fois, l'approche du premier psychanalyste envers les troubles réellement organiques dont il ne perçoit pas l'importance et les conséquences sur la santé du patient. Je tiens à vous signaler ici et vous mettre en garde contre la croyance psychanalytique face la maladie organique.

Les discussions sur la pratique prirent une tournure qui encore aujourd'hui est déterminante dans l'exercice de la psychanalyse.

Les enjeux de la pratique: les propositions de Sandor Ferenczi et d'Otto Rank

[5] Histoire de la psychanalyse en France, T., éd. Fayard, 1994,366.

Otto Rank et Sandor Ferenczi ((tous deux membres du comité secret, le premier cercle autour de Freud) dans un ouvrage intitulé : « Perspectives de la psychanalyse, sur l'indépendance de la théorie de la pratique » (1924) paru à Paris chez Payot en 1994, préconisent une clinique qui fasse place à l'affect, au vécu et aux ressentis. Je vous rappelle que Freud recommandait d'attendre que le patient se laisse convaincre par les explications de l'analyste ; Ferenczi préfère l'activité du thérapeute afin d'encourager l'inconscient du patient à reproduire sur le divan les situations anciennes et les émotions infantiles oubliées.

En résumé moins de remémoration, plus de répétition, moins de compréhension, plus d'éprouvé.

Il est évident que cette conception de la cure est moins confortable pour le psychanalyste puisqu'il expose sa personne. Pour Ferenczi il est important que l'analyse ne devienne pas une fin en soi. Face à ses deux disciples, Freud a une attitude ambivalente ; il montre d'abord de l'intérêt, puis il adopte une position contraire, se rétracte et finit par les réprimander ; les disciples de Freud (les psychanalystes en formation et ceux ayant terminé leur cursus) se déchaînent alors. L'ouvrage des deux auteurs est mis au pilori et il est condamné, plus tard, à l'oubli, tout au moins dans le mouvement psychanalytique de l'association internationale.

Nous assistons alors à un tournant critique dans l'histoire du mouvement analytique puisque la préférence est donnée à la préservation de l'invention de Sigmund Freud: die Sache (la Cause). Ferenczi et Rank mettaient en garde contre une trop grande intellectualisation de la cure, contre le risque que celle-ci ne devienne un but en soi; ils préconisaient d'accorder une place importante à l'affect. Ferenczi voulait soigner (care), prendre soin du patient, il s'obstinait à vouloir améliorer sa méthode ; il ne se satisfaisait jamais d'aucune certitude théorique ce qui constituait d'une certaine façon une atteinte à la pureté de l'invention de Freud. Il est fort possible que Freud ait mal vécu la rivalité et les atteintes narcissiques des critiques de Ferenczi relatives à la cure.

L'année 1924 fut celle de réactions très violentes à l'encontre de Ferenczi et de Rank ; leur travail intitulé "Objectif de développement de la psychanalyse, du rapport mutuel entre théorie et pratique", se verra amputé de plusieurs chapitres. Il ne sera publié en France que 70 ans plus tard ; quant au livre d'Otto Rank, il sera exclu comme son auteur du champ de la psychanalyse. Dans son ouvrage "le traumatisme de la naissance", Otto Rank développe l'idée que la première séparation biologique d'avec la mère peut constituer le prototype de l'angoisse. C'est donc sur ce mode de transfert maternel et pré-oedipien que la relation du patient à l'analyste peut se voir interpréter au sein de la cure. Il voit dans l'attachement à la mère une interprétation possible pour raccourcir le délai de la cure**.** C'est ce point que Freud privilégiera pour développer l'essentiel de ses critiques. Je rappelle ici qu'au cours d'une promenade en 1922 Freud confie à Ferenczi « qu'il ne sait pas si la découverte (transfert maternel) contient 33 % ou 66 % de vérité mais que de toute manière c'est le développement le plus important depuis la découverte de la psychanalyse »**.** Plus tard les psychanalystes critiquèrent le transfert maternel en l'identifiant au transfert sur la mère archaïque et donc en dénonçant ce transfert qui nuit au patient en le faisant régresser au lieu de l'engager dans un mouvement progrédient. C'était l'opinion et c'est peut-être encore l'opinion des psychanalystes des sociétés membres de l'IPA. Comme vous le savez, dans le cadre de la psychothérapie psychosomatique intégrative que je défends et que je propose, compte tenu des problématiques pré-génitales et archaïques de nombre de patients somatiques, nous devons jouer ce rôle de la mère, non pas archaïque, mais génitale qui prend soin et répare l'intégrité narcissique atteinte par la

maladie, et ayant provoqué les régressions que nous connaissons. Il n'est en aucune façon question d'en rester au stade régressif atteint par nos patients, mais tout au contraire de les faire progresser pour atteindre un équilibre stable compatible avec une amélioration de leur santé.

Poursuivons sur la contribution d'Otto Rank et de Sandor Ferenczi : Alors que Freud continue à faire de la remémoration le but principal de la cure, ils déplacent l'accent sur le phénomène de la répétition. Il faut, disent-ils, encourager chez le patient la tendance à reproduire au sein du traitement les situations anciennes et les émois infantiles oubliés. Laisser se développer les sentiments d'abandon, d'amour, de haine, de jalousie à l'égard du thérapeute, sachant que ces affaires ne sont que des transpositions de sentiments éprouvés dans l'enfance à l'égard des figures parentales. Il s'agit de favoriser leur surgissement de manière à les transformer pour le patient en « souvenirs actuels ». L'activité du thérapeute n'est faite ni d'injonctions, ni d'interdiction totale; elle est basée sur la capacité du psychanalyste à remplir le rôle qui lui est prescrit par l'inconscient du patient. En revivant certaines expériences traumatiques précoces, le patient peut ainsi faire l'expérience d'un savoir qui ne lui est plus seulement donné par l'analyste mais qu'il a d'abord vécu et ressenti comme tel.

Pour ces deux auteurs, les analyses ont été menées jusqu'à présent sur un mode trop intellectuel, c'est la raison pour laquelle elles ont montré leurs limites et qu'elles s'éternisent bien souvent. Pour eux la remémoration ne peut s'effectuer que dans le cas d'un transfert où le patient vit pour la première fois intensément les motions affectives réprimées dans l'enfance. Ces situations ne peuvent être remémorées puisqu'elles n'ont jamais été conscientes. Ils insistent très fortement sur vivre au sein de la cure cette expérience du passé ; pour eux de très nombreux patients qui ont tout compris intellectuellement de leur cure, et de leur fonctionnement psychique, continuent à se comporter de manière névrotique. Sur-interpréter, c'est-à-dire vouloir prouver au patient qu'il a des complexes n'aurait d'autre effet que de ravaler la psychanalyse à une démarche intellectuelle. On doit vivre les affects dans le présent et non se cantonner dans une démarche explicative des affects passés.

Ferenczi dénonce les déviations de la psychanalyse de son époque : la tendance à privilégier un trop grand savoir au détriment des orientations actives premières. Il dénonce une certaine forme d'analyse descriptive qui consiste à se contenter d'écouter et de décrire les symptômes des patients ; la propension à collectionner les associations du malade sans chercher à comprendre les motifs qui le poussent à ce type d'association plutôt qu'à une autre ; le « fanatisme de l'interprétation » qui lorsqu'elle devient une fin en soi transforme la technique en but de l'analyse là où elle ne devait rester « qu'un moyen de connaître l'état psychique inconscient du patient ». Pour Ferenczi le psychanalyste est devenu trop froid, trop enclin à « exclure l'humanité du cadre de l'analyse » au prétexte de l'exigence théorique d'éviter tout contact personnel en dehors d'elle. Il rappelle que c'est l'analyste qui donne son unité à la cure et c'est à lui que revient le soin de jouer tous les rôles, **que ce soit dans le transfert maternel ou paternel.** Il remet donc au premier plan le contre-transfert du thérapeute et ses sentiments inconscients dans la relation au patient. Il déclare que les analystes se sont réfugiés dans l'idée que le patient était « trop narcissique » qu'il résistait aux interprétations. De cette façon ils masquent leurs difficultés d'accepter les sentiments hostiles des patients à leur égard et à reconnaître combien leur propre contre-transfert narcissique pouvait pousser les malades à mettre en relief les éléments flatteurs pour le thérapeute et à passer sous silence ceux qui leur étaient moins favorables. Pour Ferenczi les analyses thérapeutiques sont devenues de plus en plus des analyses didactiques n'ayant pour but que de transmettre la théorie élaborée par Freud plutôt

que de développer le processus psychanalytique du patient. Cette mise en garde destinée à s'éloigner des préjugés théoriques et à recentrer la science de la psychanalyse avait pour objectif de résister à la vague théorique et spéculative envahissant les pratiques des années 20 et suivantes.

De la discussion sur la théorie de la clinique à la mise à l'écart de Ferenczi.

Dès le mois de décembre 1923 les premières critiques se font entendre **:** Rank et Ferenczi s'écartent dangereusement des voies souhaitées et acceptables de la psychanalyse ; Freud adopte une attitude ambivalente alternant entre ses témoignages de confiance à leur égard et ses marques de défiance. « Leur travail ne lui plaît plus autant qu'au début ». « Il ne saurait quand même pas dire avec quoi il n'est pas d'accord ». Ferenczi s'obstine et déclare à Freud que loin d'être en rupture avec ses théories son travail n'a d'autre objectif que de penser le cas des cures interminables qui finissent par devenir inefficaces. Il pense que nombre de collègues sont « coupables de prolongations qui n'apportent aucun résultat scientifique et ne peuvent donc être ramenées à une méconnaissance de la situation analytique ». (Lettre du 14 février 1924). Ferenczi écrit le 20 mars 1924 : « je ne veux pas, par cette plainte, faire le moindre pas pour le maintien du comité donné pour perdu ; je sais bien, quand c'est fini, c'est fini... J'ai survécu au comité qui devait me succéder, peut-être survivrais-je même à l'Association internationale. Espérons que la psychanalyse me survivra. Mais cela, comme le reste, me vaut une fin de vie troublée ».

Freud a de la difficulté à accepter les conceptions de Rank et Ferenczi : ou bien c'est le père, ou bien c'est la mère. Ou bien le traumatisme de la naissance, ou bien le complexe d'Oedipe. Ou bien la méthode analytique, le processus de la remémoration ou bien la thérapie des « commis-voyageurs » c'est-à-dire la répétition. Ou bien Rank et Ferenczi acceptent qu'ils se sont égarés ou bien ils sont contre lui et donc des ennemis de la psychanalyse**.** Leur conception de la cure n'était pas suffisamment analytique, trop empreintes de pragmatisme, etc. plus assez « chirurgicale » : Freud recommandait dans ses « conseils aux médecins » de prendre modèle sur le chirurgien qui « met de côté tous ses affects et même sa compassion humaine, et qui fixe un seul but aux forces de son esprit : effectuer l'opération en se conformant le plus possible aux règles de l'art ». « Il ajoute qu'une tendance d'affect est pour le psychanalyste plus dangereuse que tout » et « que la justification de cette froideur de sentiment... est qu'elle crée pour les deux parties les conditions les plus avantageuses »[6]. La communauté psychanalytique de cette époque a choisi de défendre la « cause » de Freud et non pas la pratique clinique de la psychanalyse. Les arguments de Freud me rappellent les arguments utilisés dans des années 20 et 30 en union soviétique pour éliminer les opposant à la ligne du parti. Il s'agit comme vous le comprenez d'une démarche de type totalitaire, et c'est profondément regrettable lorsqu'il s'agit de psychanalystes.

Nous nous trouvons à un carrefour stratégique et dramatique de la théorie et de la pratique surtout de la conception de la pratique de la psychanalyse. Alors que les sociétés françaises de l'association internationale de psychanalyse se situent dans une étroite orthodoxie de la pratique Freudienne, il n'en a pas été de même dans la société britannique de psychanalyse qui n'a jamais exclu les partisans

[6] Oeuvres complètes, volume 11,149

de la clinique de Ferenczi en acceptant la coexistence de nombreux courants de pratique différente. Nous devons cela à l'école hongroise de psychanalyse dont Sandor Ferenczi a été le leader ayant eu une influence sur ses s'étudiants et disciples : Mélanie Klein, Michael Balint, ses amis et collègues Geza Roheim, Franz Alexander etc. Ces analystes ont fortement influencé la génération suivante dont Winnicott a été un exemple remarquable. Nous savons que tous ces grands analystes contemporains (Winnicott au premier plan) prennent en compte les affects, l'importance d'interpréter dans le cadre de la relation analytique, le rôle déterminant joué par le contre-transfert du psychanalyste,... Et que moi-même depuis plus de 15 ans je prône les thérapies psychosomatiques en insistant sur les mêmes dimensions.

Freud et Ferenczi : un triste dénouement.

On a souvent raconté l'histoire tourmentée des relations entre Freud et Ferenczi : c'est le huitième enfant d'une fratrie de 12; il souffre d'avoir été mal aimé par une mère sévère, distante peu affectueuse, froide et moralisatrice. De son analyse avec Freud il ressort insatisfait, non seulement parce que Freud n'a pas su dans le transfert occuper la place de la mère, mais aussi parce que en tant que père, il n'a pas su faire face au transfert négatif de son patient (l'analyse de la rivalité). Je ne veux pas insister non plus sur le passage à l'acte de Freud qui intervient dans la vie personnelle de Ferenczi. Cette analyse incomplète de la relation oedipienne a été déplacée par Ferenczi dans ses recherches techniques : d'abord la technique active, puis entre 1926 et 1932 la tentative d'analyse mutuelle avec les patients. Quelles que soient les critiques faites à Sandor Ferenczi, ses tentatives de pionnier ont ouvert la voie **à ce que j'appelle aujourd'hui la psychothérapie psychosomatique intégrative**. On doit ajouter que la dimension de l'autre, le souci d'en prendre soin, sont profondément ancrées dans son tempérament. De plus, il n'a pas le désir d'exercer le pouvoir comme le montre son refus de présider en 1932 l'association psychanalytique internationale, proposée par Freud.

Pour rester fidèle à Freud Ferenczi a accepté comme dans les films noirs, de se séparer de son collègue et ami Otto Rank. Dans son journal clinique il écrit « qu'il s'est réaménagé pour ne pas mourir ». Cela ne l'a pas empêché de poursuivre sa quête d'innovation technique. Pour Freud, le fils chéri est en train de devenir le fils maudit : son besoin insupportable de vouloir guérir, de jouer la mère dans le traitement, ces innovations telles que la technique du baiser inacceptable pour Freud, tout cela l'exaspère. Il s'agit « d'une nouvelle et troisième puberté » un manque évident de maturité. La rupture a lieu en 1932 : "Ferenczi a soumis à Freud le texte de sa communication au congrès de la Wiesbaden intitulée « Confusion de langue entre les adultes et d'enfants » où il reprend son hypothèse du traumatisme sexuel comme facteur pathogène. La confusion est entendue ici par Ferenczi au sens du décalage existant entre le langage de l'enfance, marquée par la recherche de tendresse et de sécurité, et le langage de l'adulte en quête d'excitation génitale de violence dominatrice. L'autorité écrasante de l'adulte condamne l'enfant à rester muet. L'enfant se soumet automatiquement à la volonté de l'agresseur, à deviner le moindre de ses désirs, à obéir en s'oubliant complètement. L'agresseur devient un contrat psychique.

Le commentaire de Freud est le suivant : « Lu conférence Ferenczi, inoffensif, bête sinon inabordable, impression désagréable ». (Lettre du 2 septembre 1932). Avant la rédaction de ce

commentaire, il y eu quelques jours plus tôt une rencontre où Ferenczi était venu à Vienne pour exposer à Freud le texte de sa conférence. Il raconte dans sa correspondance que Freud a écouté sa présentation avec impatience en avertissant qu'il s'était engagé sur une pente glissante déviant des usages et techniques classiques de la psychanalyse. Après un sévère avertissement, Freud avait mis fin à l'entretien et au moment où Ferenczi, très déférent envers son ami et son professeur, lui tendait la main, celui-ci lui tourna le dos et sortit de la pièce

« J'arrivais peu à peu à la conviction, déclare Ferenczi, que les patients perçoivent avec beaucoup de finesse les souhaits, les tendances, les humeurs, les sympathies et antipathies de l'analyste, même lorsque celui-ci en est totalement inconscient ».

De là découle déclare Ferenczi « l'hypocrisie professionnelle » qui consiste à « accueillir poliment le patient, à lui demander de faire part de ces associations, à lui promettre de consacrer tout son intérêt à son bien-être et au travail d'élucidation » alors qu'au même moment il n'est pas exclu que certains traits de ce patient le heurtent, le perturbent ou lui soient difficilement supportables. Ferenczi constate que le problème est que dans ce cas, le patient reste muet la plupart du temps ; tout au plus parvient-il à des moments exceptionnels à amasser suffisamment de courage pour protester. Mais d'habitude il tombe plutôt « dans une extrême soumission, manifestement à la suite de l'incapacité ou de la peur dans laquelle il se trouve de déplaire ». Au lieu de contredire l'analyste, de le critiquer, voire « de l'accuser de défaillance ou de combattre des erreurs », il s'identifie à lui. Ferenczi critique fortement les attitudes du psychanalyste professionnel lorsque celles-ci deviennent des postures : « **cette froide réserve**, cette manière de persévérer dans certaines constructions théoriques, de laisser de côté des faits qui ébranleraient notre assurance et notre autorité »... "Une hypocrisie » d'autant plus dommageable qu'elle peut, si la bienveillance vient à manquer, laisser le patient seul et abandonné dans la plus profonde détresse, dans cette même situation insupportable qui avait pu conduire jadis au clivage psychique, et finalement à la maladie ». Ferenczi avançait cette recommandation : « les parents et les adultes devraient apprendre à reconnaître, comme nous analyste, derrière l'amour de transfert, soumission ou adoration de nos enfants, patient, élèves, le désir nostalgique de se libérer de cet amour opprimant ». « Si on aide l'enfant, le patient ou l'élève, à abandonner cette identification, et à se défendre de ce transfert pesant, on peut dire que l'on a réussi à faire accéder la personnalité à un niveau plus élevé ». « En conclusion Ferenczi déclare : je serais heureux si vous pouviez prendre la peine... d'attacher dorénavant plus d'importance à la manière de penser et de parler... de vos patients, derrière laquelle se cachent des critiques, et ainsi leur délier la langue, et avoir l'occasion d'apprendre pas mal de choses ».

On comprendra que derrière ces déclarations qui recommandent une autre attitude du psychanalyste, et, que j'adopte profondément dans la relation thérapeutique psychosomatique intégrative, Ferenczi critique fortement la technique "intellectuelle" de Freud analyste et ses limites.

Dans le mouvement psychanalytique international et dans les sociétés qui y sont affiliées dont le SPP et l'APF, c'est la défense de la cause freudienne qui a prévalu**.** Au début des années 70 en France la psychanalyse conserve très peu des recommandations de Ferenczi ; il appelait, je vous le rappelle à l'humilité et au tact du psychanalyste et soulignait combien la psychanalyse réussie doit pouvoir mettre fin au transfert et permettre de jouir simplement de la vie**.** Un livre paru récemment dont l'auteur est Anne Millet, intitulé « Psychanalystes, qu'avons-nous fait de la psychanalyse ? » Vous

pouvez prendre connaissance de la pratique française actuelle des sociétés de psychanalyse de l'association internationale ainsi que de la pratique de Lacan et des groupes lacaniens.

En conclusion :

Alors Freud ou Ferenczi ? Je préfère dire et l'un et l'autre ; je considère que Freud a été le génie découvreur de la psychanalyse, et que Ferenczi a été le plus grand clinicien de sa génération, découvreur et innovateur de procédés cliniques que nous utilisons encore de nos jours, et dont je suis la tradition dans la pratique de la psychothérapie psychosomatique intégrative. Nous pourrions bien entendu porter des jugements très sévères sur le comportement de Freud à l'égard de Ferenczi, mais nous devons comprendre que Freud a été un génie mais aussi un homme de son époque, consciemment victime de son désir de transmettre sa découverte en se reposant sur l'association internationale de psychanalyse qui a transmis une version codifiée et désincarnée de la psychanalyse. Il est profondément regrettable que les hommes de cette époque aient fait prédominer leur volonté de pouvoir sur leur capacité de s'interroger sur la clinique psychanalytique.

Rappelons par ailleurs que pour Freud la psychanalyse ne s'appliquait qu'à une frange très faible de patients-ni trop malades, ni trop âgés, suffisamment instruits, suffisamment sûrs dans leur caractère. Comme je l'ai dit plusieurs fois dans mes enseignements, nous sommes très loin des recommandations de Freud. Les sociétés de psychanalyse ont été des machines aveugles de reproduction à l'identique d'un schéma de pratiques figées et totalement inadaptées à l'évolution de la structure psychique des patients qui sont nos contemporains.

Je considère que l'approche fondamentale de Freud n'est pas en cause, et nous savons que la plupart des méthodes thérapeutiques contemporaines découlent de la connaissance de la métapsychologie. La posture de la neutralité de l'analyste s'est vue opposer la nécessité d'insister sur l'interrelation, l'intersubjectivité, l'engagement du thérapeute. La préférence est donnée au vécu, à l'affect, à l'ici et maintenant, etc. On tient beaucoup plus compte des traumatismes, on s'interroge sur les comportements dans leurs relations avec les affects. Les thérapies corporelles, l'hypnose Erikssonnienne, l'EMDR, etc. pratiquée dans le cadre théorique de la métapsychologie, ce que je recommande, permettent de conjuguer de façon plus harmonieuse la recherche intellectuelle et clinique du psychanalyste, la prise de conscience et le vécu traumatique et émotionnel du patient.

Je vous engage résolument sur la voie de la psychosomatique intégrative; elle répond aux besoins de soins des patients somatiques en faisant appel à la métapsychologie, à la médecine et aux neurosciences pour aborder l'ensemble des pathologies. Nous ne pouvons porter avec nous les problèmes hérités d'un autre âge ; je considère qu'ils sont révolus et ne nous concernent plus.

Pour la Société de Psychosomatique Intégrative, je souhaite une orientation fondée sur la tolérance, la mise à l'écart de l'idéologie contraire à l'esprit scientifique, et la discussion des pratiques pour aider à mieux soigner nos patients en tenant compte de l'évolution des cultures et des sociétés de notre temps. Nous devons aller résolument de l'avant en insistant sur l'esprit de tolérance et d'ouverture qui doit être le nôtre.

Je vous remercie de votre attention.

Bibliographie

Chertok, L & de Saussure, R. (1973). *Naissance du psychanalyste (de Mesmer à Freud).* Paris, Payot.
Ferenczi, S (1909). Transfert et introjection, in *Psychanalyse I.* Paris, Payot.
Ferenczi, S (1928) Elasticité de la technique analytique, in *Psychanalyse IV.* Paris, Payot, 1982.
Ferenczi, S (1928). Le problème de la fin de l'analyse, in *Psychanalyse IV*, Paris Payot, 1982.
Ferenczi, S (1932). Confusion de langue entre les adultes et les enfants, in *Psychanalyse IV*, Paris, Payot, 1982.
Ferenczi, S (1932). *Journal Clinique*. Paris, Payot, 1985.
Ferenczi, S & Rank O. (1924). *Perspective de la psychanalyse. Sur l'indépendance de la théorie et de la pratique.* Paris, Payot, 1994.
Freud, S. (1904). *La technique psychanalytique.* Paris, PUF, 1953.
Freud, S. (1914). Contributions à l'histoire du mouvement analytique, in *Cinq leçons sur la psychanalyse.* Paris, Payot, Coll. PbP, 1966.
Freud, S. (1916). Le transfert, conférence n°XXVII, *Conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris, Payot, 1984.
Freud, S. (1938). *Abrégé de la psychanalyse*. Paris, PUF, 1949.
Freud, S. (1887-1902). *Naissance de la psychanalyse, lettres à Fliess*. Paris, PUF, 1956.
Freud, S & Ferenczi, S. (1908-1914 et 1920-1933), *Correspondance*, t. I et t. II, Paris, Calmann-Lévy, 1992, et T.III *les Années douloureuses*, Paris, Calmann-Lévy, 2000.
Millet A. (2010). *Psychanalystes, qu'avons-nous fait de la psychanalyse ?.* Paris, éd., Seuil.

****

****

DR MYRIAM BRUN-VALICON
- CAMILLE : DES FUITES COMPLAISANTES

J'ai vu pour la première fois Camille en Novembre 2008, jeune fille de dix-huit ans, pour des fuites urinaires depuis l'âge de onze ans, nécessitant des protections en journée. Elle me consultait comme médecin généraliste à orientation homéopathie.

Elle était accompagnée lors de cette première consultation par sa mère.

Je l'ai suivie pendant un an à raison d'une séance par mois pour une thérapie d'inspiration psychosomatique. Je lui ai donné également un traitement homéopathique.

Présentation

Lors de la première consultation , elle m'a fait l'impression d'une petite jeune fille ronde, effacée, voire avachie, peu coquette , sa mère m'a semblé lui laisser peu de place, elle a pris la parole tout au long de l'entretien.

Depuis, je l'ai toujours vue seule, elle se déplaçait en transports en commun, et nous avons réussi à établir une relation de confiance, de plus j'ai noté une transformation physique, avec une appropriation de sa féminité, tout au long du suivi.

Au fur et à mesure des entretiens, nous retraçons son histoire.

Evènements de vie- évènements somatiques

Ses parents sont séparés depuis qu'elle a cinq ans. Elle a vécu son enfance dans un climat de violence lié à l'alcoolisme de son père. Puis sa mère est partie, elle est restée avec ses 2 frères dans un premier temps chez son père.

Entre six ans et huit ans, Camille suit sa mère dans différents logements. Camille a des tendances boulimiques.

De six ans à quatorze ans, elle voit son père un week-end sur deux. Sa mère accuse son ex-mari de relations incestueuses avec sa fille, (ce que Camille nie). Elle-même a été victime d'inceste.

A huit ans, il y a un déménagement en cours d'année, avec changement d'établissement, pour un logement stable. Camille est victime des brimades de ses camarades. Elle a une activité de masturbation assez compulsive.

A onze ans, elle rentre en sixième. Elle subit violence et tyrannie de ses camarades. Les fuites apparaissent pendant un cours de français. Elle prend l'habitude de se protéger. Elle avoue également beaucoup compenser en mangeant. Elle a pensé que c'était la masturbation qui avait provoqué les symptômes, et elle a commencé à avoir peur de perdre sa membrane.

A quatorze ans, elle ne voit plus son père. Elle dit s'en porter beaucoup mieux.

A quinze ans elle a un suivi psychologique, parce que, m'explique-t-elle, elle craignait d'avoir perdu sa membrane, et elle souffrait de ne pas avoir un père normal .Le suivi psychologique a eu lieu systématiquement accompagnée de sa mère et semble avoir surtout profité à cette dernière …Camille dit avoir appris beaucoup de choses sur sa mère dont les sévices qu'elle a subi dans son enfance… 15 ans arrivée également au lycée. L'année a été très difficile, elle a de grosses difficultés relationnelles et souffre beaucoup de solitude. Elle pense avoir fait une dépression. Elle suit un traitement par Ditropan (médicament classiquement prescrit pour les problèmes de vessie instable) il y a une bonne amélioration des fuites urinaires, mais le traitement est arrêté au bout de 6 mois. Reprise des fuites. Et crises boulimiques. Elle redouble sa seconde.

A dix-sept ans, elle se met au violon, et s'avère très douée. Elle apprend à être à l'aise en public. Elle se sent valorisée, enfin un domaine dans lequel elle excelle. Elle fait un régime et perd neuf kg. Elle voudrait bien sortir avec un garçon.

A dix-huit ans, elle vient me voir. Lors de la première consultation, un examen gynécologique m'est demandé par sa mère pour vérifier que la membrane hyménale est toujours en place.

Lors du suivi, elle me dit ne pas avoir envie de se souvenir de quand elle était petite, cela lui rappelle son père. Au fur et à mesure des entretiens le passé revient, il y a des rêves. Camille est contente de venir. Son réseau social grandit, elle devient de plus coquette, son poids se stabilise, elle commence à éprouver son pouvoir de séduction auprès des garçons.

D'éventuelles retrouvailles avec son père sont évoquées. Camille ne se sent pas encore prête mais ne rejette plus cette possibilité.

Les symptômes se sont amendés sous traitement, reprise lors de l'arrêt dans un premier temps, puis la prise en charge psychosomatique lui a permis de quasi guérir sans soutien médicamenteux.

Camille a eu son bac, s'est inscrite en fac de sociologie, elle envisage d'être professeur des écoles .Et elle a passé son permis. Elle est « sortie » avec un garçon pendant l'été. Lors de la dernière consultation, elle m'avoue combien elle est heureuse de ne plus avoir les fuites, elle pensait que cela l'empêcherait de plaire.

Commentaires

La mère a peut-être provoqué une fixation au niveau urétral en développant une érotisation au moment du change du bébé, et tout particulièrement du plaisir d'uriner du bébé, en voulant protéger sa fille de l'homme dangereux ? Par ailleurs, Camille n'a pas été valorisée par sa mère, c'est elle qui lui servi de pare-excitation, elle a assumé un rôle d'adulte, elle a donc été entravée dans l'intégration du courant narcissique, pour se protéger de sa mère et de ses propres pulsions agressives.

L'objet n'est donc pas en place.

Camille est élevée dans un climat de violence, l'enfance est traumatique, les excitations élevées, et les fuites apparaissent. Il y a un apaisement des tensions quotidiennes sur un mode autoérotique, c'est la seule voie de décharge, on note une importante fixation.

On peut penser à des tensions narcissiques non intégrées qui trouvent un débouché urétral frayé dans l'enfance.

Le père est alcoolique, violent. L'enfant a sûrement été déçue de façon traumatique par l'adulte qu'elle admirait, il y a fixation à l'imago parentale idéalisée, qui ne s'est pas transformée en structure régulatrice de tension, et n'est donc pas introjectée, afin de maintenir son équilibre narcissique. Camille nie des relations incestueuses, un refoulement est probable, que ce soit fantasmatique ou réel, la névrose infantile en a gardé une trace. Il y a entrave du développement oedipien.

La découverte du violon lui permet une décharge de ses tensions, et l'utilisation de son énergie narcissique qui lui permet de se valoriser.

Evaluation du fonctionnement psychosomatique

Lors de l'évaluation psychosomatique de début de traitement, on note des irrégularités du fonctionnement mental, peu de capacités associatives présent- passé, une insuffisance du préconscient. (2)

Il y a une prévalence des comportements moyenne. (2 -3)

Camille présente une répression des affects certaine. (2)

Sa capacité de relations à l'environnement présente d'abord une altération importante, puis des difficultés d'intensité moyenne. (5 puis 4)

L'objet n'est pas mis en place.

Evaluation du risque somatique Risque modéré (3)

Nous arrivons à un total de 13-14. Le sujet semble à risque moyen.

Structure fonctionnelle psychosomatique

Chez Camille, lors de sa prise en charge, nous pouvons penser qu'il existe des troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement (Insuffisance originelle du préconscient-inorganisation)

Il semble que le diagnostic de départ soit névrose de comportement (170) avec troubles du narcissisme (172). Ses capacités associatives présent-passé semblent fortement entravées.

Le travail avec Camille lui a permis d'enrichir ses capacités associatives, d'avoir une meilleure représentation mentale des évènements traumatisants, et de mieux intégrer sa dimension narcissique.

Un suivi psychologique ultérieur lui sera malgré tout nécessaire pour arriver à mettre en place l'objet et pour avancer dans son développement oedipien.

****
****

ACTES DU 1er SYMPOSIUM ET DU 2° SYMPOSIUM
« MEDECINE ET PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE »

PR. JEAN BENJAMIN STORA, PSYCHOSOMATICIEN - PSYCHANALYSTE
- SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE DU PR. E. BRUCKERT
- CO-DIRECTEUR DU D.U DE PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE
- Qu'est ce que la Psychosomatique Intégrative ?
- « Médecine, Neurosciences et Psychanalyse »

- L'approche de la Psychosomatique Intégrative: une approche de système de systèmes
- La Psychosomatique Intégrative se situe au carrefour des interrelations entre:

La Psychanalyse, la Médecine et les Neurosciences

Elle tente d'établir les liens entre les niveaux du Vivant à partir des recherches dans toutes les disciplines

Elle concerne l'Unité psychosomatique des êtres humains

- Hypothèses 1
- En se référant à la Psychanalyse: existence d'un appareil psychique inter-reliant représentations mentales, comportements et émotions, et **participant** à toutes les maladies somatiques
- Il n'y a pas de maladies psychosomatiques
- Référence à la multi-causalité comme facteur explicatif des processus de somatisation; lorsque la dimension psychique est fortement présente on a tendance (à tort) de parler de psychogénèse de la maladie.
- Que la maladie commence au niveau neuronal, fonctionnel ou organique, l'appareil psychique est toujours plus ou moins sollicité et en interrelation avec l'ensemble de l'unité psychosomatique y compris lorsque l'on pense que ce « n'est qu'organique ».
- Hypothèses 2
- La part de la contribution de l'appareil psychique aux maladies somatiques varie considérablement selon la composante génétique, l'histoire personnelle individuelle, l'histoire des différentes maladies, et les différentes situations familiales et professionnelles auxquelles l'individu est confronté (importance de l'environnement).
- Dans toute maladie, il existe une dimension organique, neuronale et psychique
- Quel est le rôle joué par la maladie dans l'équilibre psychosomatique du patient ?
- L'intégrité de l'unité psychosomatique

- Quelle que soit sa formation première, le ou la psychosomaticien (ne) travaille aux côtés de ses collègues médecins pour rétablir l'intégrité de l'unité psychosomatique.
- Ne soigner que la dimension organique corporelle ne suffit pas dans tous les cas pour déclarer que les patients sont « guéris »
- Les thérapies psychosomatiques
- L'information du patient et l'éducation thérapeutique sont des étapes importantes du processus thérapeutique mais ne sont pas suffisantes pour rétablir l'équilibre du fonctionnement psychique des patients.
- Les thérapies psychosomatiques sont les plus appropriées pour aider à soigner les patients.
- Problématiques psychiques des patients somatiques
- La rupture de l'intégrité de l'unité psychosomatique provoque d'importantes régressions et désorganisations psychiques.
- Les problématiques des patients à l'hôpital se situent pour la plupart au niveau prégénital (oral et anal); nous sommes en présence de problématiques narcissiques (le Soi), d'identité subjective et d'identité culturelle (nombreux patients appartenant à des cultures différentes).
- Une attitude thérapeutique maternelle
- La quasi-absence de névrose infantile, donc de problématique œdipienne, ne permet pas de travailler avec le transfert habituel en psychanalyse.
- Le Psychosomaticien adopte une attitude maternelle de réparation sensorielle et motrice; il prête son appareil psychique pour reconstituer un imaginaire, il réanime le patient; il est du côté de la vie. Les thérapies sont souvent épuisantes pour les thérapeutes psychosomaticiens qui sont, au contraire de leurs collègues psychanalystes, confrontés très souvent à la mort au même titre que les médecins.
- Méthode Psychosomatique
- **Evaluation globale du risque psychosomatique**
- METHODE D'ÉVALUATION ET DE DIAGNOSTIC DE LA SANTÉ PSYCHOSOMATIQUE
- JBS-PSYSOMA- version 17. Juin 2009
- THE PSYCHOSOMATIC GRID
- Elaborée par J.B. STORA de **1993 à 2009**
- **(171 items)**

- Anamnèse et Étude épidémiologique Psychosomatique et Médicale
- **Les 4 dimensions du fonctionnement psychique**
- **les processus et mécanismes psychiques, les points de fixations, les manifestations caractérielles et les activités sublimatoires**
- **la prévalence des comportements**
- **la capacité d'expression des affects**
- **Risque lié à l'environnement familial, professionnel, et environnement global.**
- **les chiffres en face de chaque rubrique de la méthode sont utilisés pour les études épidémiologiques au cas où vous entreprendriez une telle recherche sur un échantillon de patients.**
- **Évaluation globale du fonctionnement psychosomatique**
- Noter les patients en fonction des échelles de risque dont le risque somatique évalué par les médecins :
- * Sujet à risque élevé –instabilité globale de l'unité psychosomatique désorganisée
- * Sujet à risque moyen –possibilité de réversibilité des symptômes, réorganisation à partir de points de fixation. Surveiller l'instabilité possible.
- * Sujet à risque faible, potentialité élevée de réorganisation
- * Sujet stable atteint par un débordement passager de l'appareil psychique.
- Une nouvelle approche de la Médecine
- Nous allons vous présenter différents styles de travail entre médecins et psychosomaticiens à la Pitié, d'où la présence d'un binôme médecin et psychosomaticien pour chaque communication.
- Il s'agit d'un travail de pionniers qui annonce et, je le souhaite profondément, un changement important dans les pratiques hospitalières et médicales.
- Nous sommes en présence d'un nouveau paradigme de la médecine.

****
****

PR MARC-OLIVIER BITKER, CHEF DE SERVICE D'UROLOGIE
- ALEXANDRA POLIDOR, PSYCHANALYSTE INTEGRATIVE- PSYCHOSOMATICIENNE
- SERVICE D'UROLOGIE, G.H.U LA PITIE-SALPETRIERE
- Urologie et Psychosomatique
- Une alliance thérapeutique

« Il n'y a pas de maladie, il n'y a que des malades ».
M. Balint

« Lorsque le psychisme, qui joue un rôle primordial de gestion des excitations est défaillant, le corps prend la relève ».
Jean-Benjamin Stora

« L'éducation thérapeutique n'est pas une potion que le médecin prescrit, que l'infirmière administre et que le patient ingurgite. L'éducation est une aventure humaine. »
B. Sandrin

- Cadre des investigations
- Les entretiens se sont inscrits dans un cadre spécifique destiné:
  - Non pas à recueillir des informations cliniques objectives à la manière d'un examen médical,
  - Ne visant pas à permettre le déploiement dans la durée d'une relation de transfert,
  - Ne pouvant pas créer les conditions d'une prise en charge thérapeutique classique.
- Il s'est agi de laisser le maximum de liberté d'expression au patient, de favoriser le récit de son histoire et la nature de ses relations affectives…
- L'investigation
- Offrir un espace-temps différent de celui de la consultation médicale, un temps relationnel, un temps d'ouverture. Un temps de discussion, de soutien, un temps particulier où parler de soi ne serait plus vécu comme dangereux et participerait à une meilleure qualité des soins.
- Ce matériel complété par l'histoire de la maladie à partir du dossier médical du patient permet de :
  - faire des hypothèses sur le fonctionnement psychosomatique de la personne
  - apprécier un risque de potentiel désorganisation psychique pouvant présager une aggravation du tableau clinique
  - explorer les possibilités d'un suivi psychothérapeutique adapté

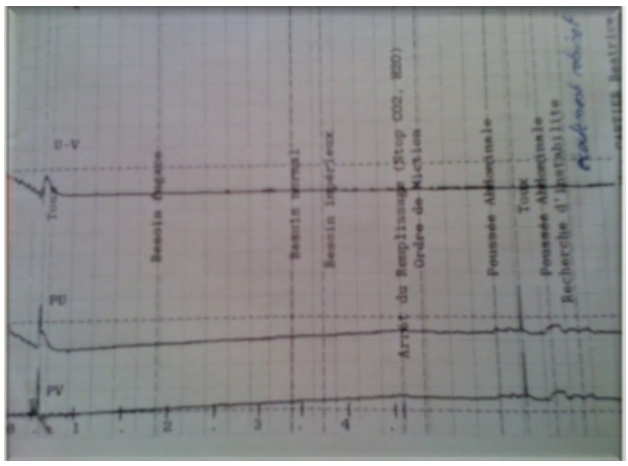
- L'investigation médicale
- Anamnèse Médicale Mlle B. née en 1988
- Historique médical avant la Pitié Salpêtrière:
  - 1ere rétention aigüe d'urine en Septembre 2006.
  - Hospitalisation au CHU de Clermont Ferrand du 17 au 28 Septembre 06.
  - D'abord dans le service d'urologie, puis transférée dans le service de neurologie.
  - Examens TDM Abdo-pelvien, IRM : résultats sans arguments pour un syndrome obstructif urinaire.
  - Pendant son séjour, elle a une miction spontanée irrégulière : à partir du 22 Sept. apprentissage des auto-sondages.
  - Se plaint de plus de douleurs thoraciques interprétées comme des crises d'anxiété.
  - Ne reçoit la visite que d'un ami pendant tout son séjour.

- Anamnèse Médicale Mlle B. 18 ans
- Historique médical à la Pitié Salpêtrière I
  - Rdv le 04 Déc. Avec MO Bitker : Ex clinique et BUD normaux. Première prise en charge psy.
  - Hospitalisation dans le service du 02 Janv. au 09 Janv. 07
  - Mise sous Omix (tamsulosine) 1cp/jr et Valium 2mg 2 cp/jr.
  - Puis hypothèse de l'action facilitatrice de lavements pour tenter le déclenchement d'une miction et provoquer une prise de conscience périnéale.
  - Prise en charge psychothérapeutique de soutien pendant son séjour dans le service.
  - Succès de l'alliance des thérapies : sort en ayant retrouvé une miction naturelle sans résidu.
  - Anamnèse Médicale Mlle B. 21 ans

- Historique médical la Pitié Salpêtrière II
    - Jusqu'en Déc.08 va bien, puis nouvel épisode de rétention en Avril 09 après arrêt du traitement par son médecin traitant….Reprise des auto sondages.
    - Hospitalisation dans le service du 27 Avril au 1er Mai.
    - Mise sous Tamsulosine 2cp/jr et Valium 2mg 2 cp/jr
    - Reprise des lavements pour tenter la rééducation sphinctérienne.
    - Non prise en charge psychothérapeutique de soutien pendant son séjour dans le service.
    - Échec de l'hospitalisation : ressort toujours sous auto sondages et avec un Rdv d'hospitalisation pour le 10 Août 09.
- Anamnèse Médicale Mlle B. 21ans
- Historique médical la Pitié Salpêtrière III
    - Hospitalisation dans le service du 10 au 19 Août 09
    - Mise sous Tamsulosine 2cp/jr puis 2,5 cp/jr et Valium 2 3 cp/jr.
    - Reprise des lavements pour tenter la rééducation sphinctérienne. Retrouve petit à petit une miction spontanée.
    - Prise en charge psychothérapeutique de soutien pendant toute la durée de son séjour dans le service, soit sur place directement, soit par téléphone.
    - Succès de l'alliance des thérapies : sort en ayant retrouvée une miction naturelle sans résidu.
    - Doit être revue dans le service tous les 15 jours pour suivi médical autant que psychologique.

- Le Syndrome urétral chez la femme

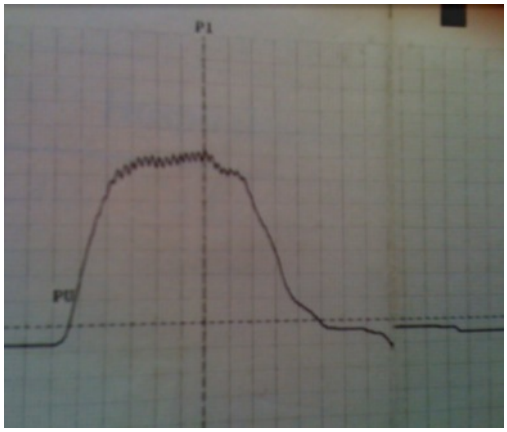
Le Syndrome urétrale chez la femme



Cystomanométrie normale

10

Le Syndrome urétral chez la femme



Profil de Pression urétral: hypertonie à 125 cm d'H2O

11

- Hypothèses de travail
- La rétention aigue psychogène ne serait que la forme extrême du syndrome urétral de la femme.
- Il est difficile voire impossible de ne pas déclencher un réflexe mictionnel en allant à la selle à vessie pleine.

- Conclusion

  - Celle-ci n'étant pas un accord des points de vue sur l'état d'un patient mais s'exprimant dans la confrontation de nos questions cliniques, de nos logiques et de nos paradigmes dans le désir de se comprendre, de tirer partie des points de vue de chaque discipline et de traquer les liens et interrelations au meilleur profit des patients.

  - Une équipe, une Institution ne peut être thérapeutique que si elle permet des actes thérapeutiques différents.

- ANNEXES

- DU de Psychosomatique Intégrative
- Responsables :
  - Pr. J. B. STORA, Psychanalyste, psychosomaticien
  - Pr. Marc-Olivier Bitker, Chef du Service d'Urologie.
  - Pr. J-F. Allilaire, Chef du Service de Psychiatrie
- Comité scientifique
  - Pr. J-F. Allilaire, Chef du service de psychiatrie,
  - Pr. Marc-Olivier Bitker, Service d'Urologie,
  - Pr. Eric Bruckert, endocrinologie, responsable de l'unité maladies cardio-vasculaires et athérosclérose
  - Pr. Patrice Debré, Chef du service d'immunologie
  - Dr. Philippe Giral, endocrinologie
  - Pr André Grimaldi, professeur de médecine, chef du service de diabétologie
  - Pr Wolfgang Rapp, professeur de médecine interne et psychosomatique, psychanalyse, psychothérapie, Université de Heidelberg
  - Pr Mark Solms, professeur en neuro-psychologie, directeur du Centre de Neuro-Psychoanalyse, Institut Psychanalytique de New York
- La Psychosomatique Intégrative est enseignée à la Faculté de Médecine de La Pitié-Salpêtrière depuis octobre 2006 dans le cadre de la Formation Continue de l'Université de Paris 6 (Pierre et Marie Curie).
- Pour tous renseignements : http://psychosomatique-integrative.net
- Références bibliographiques

- MAC DOUGAL Joyce, *Théâtre du corps,* Payot, Paris, 2003 (3ème édition)
- FERENCZI Sandor, *Psychanalyse des habitudes sexuelles,*
- ISRAEL L., *L'hystérie, le sexe et le médecin,*
- FOURCADE J.M, *Les Patients Limites,* Descléé de Bower, Paris, 1998.
- ANDRIN-Berthon Brigitte. Pourquoi parler d'éducation dans le champ de la médecine ? In : *L'éducation du patient au secours de la médecine.* Paris : Puf, 2000
- STORA Jean-Benjamin., *Quand le corps prend la relève,* Odile Jacob, Paris, 1999
- STORA Jean-Benjamin., *Vivre avec une greffe : Accueillir l'autre,* Odile Jacob, Paris, 2005
- www.commentdire.fr
- http://psychosomatique-integrative.net

Pr. Jean Benjamin Stora, psychosomaticien-psychanalyste
- Dr. Pascale Surugue, gynecologue, docteur en psychologie
- Évaluation du risque évolutif du cancer du sein en médecine et en psychosomatique : Étude préliminaire de faisabilité sur 10 patientes

- Introduction: des questions
  Objectif de cette présentation
- Certaines observations échappent au déterminisme biologique : longue stabilisation, voire rémission de cancers réputés incurables et inversement récidive rapide de petits cancers d'excellent pronostic.
- Meilleure signature génomique ?
- Structure psychique, organisation mentale ?
- Cause/maladie et souffrance/sens ?
- Méthodologie
  Évaluation du risque médical

- L'échelle de risque médical est évaluée en prenant en compte :
  - Antécédents familiaux
  - Âge au diagnostic
  - Taille de la tumeur
  - État des ganglions
  - Grade histologique
  - Récepteurs d'hormones RE-RP
  - HERB2
  - 5 Absence de risque, de 5 à 10 Risque faible à modéré, de 10 à 15 Risque modéré à élevé, 15 et plus Risque élevé à très élevé

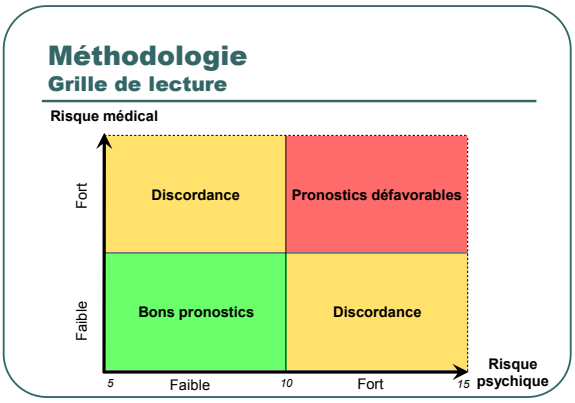
- Méthodologie
  Évaluation du risque psychique

- L'échelle de risque psychique est évaluée en prenant en compte :

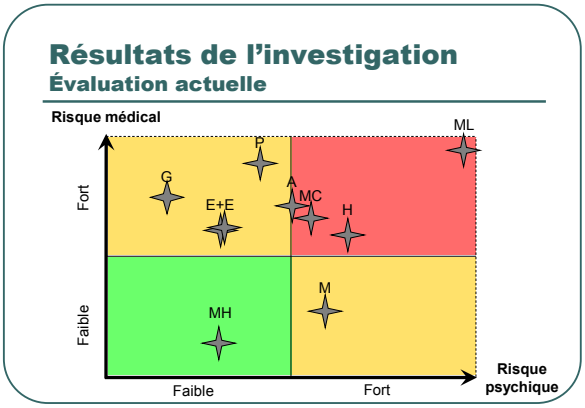
  - Processus et mécanismes psychiques au moment du cancer
  - Processus psychiques actuels
  - Prévalence des comportements
  - Capacité d'expression des affects
  - Risques liés à l'environnement

Approche de Psychosomatique Intégrative:

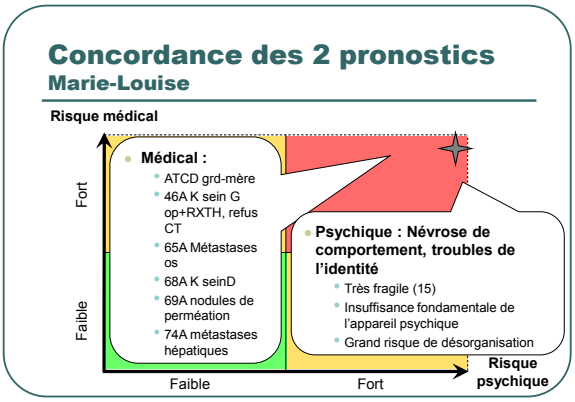
- Evaluation du risque somatique selon l'approche médicale
- Evaluation du risque lié au fonctionnement psychique, à l'expression des émotions, des comportements et de l'environnement familial et professionnel (grille J.B.S)
- Evaluation du risque global
- Méthodologie
  Grille de lecture



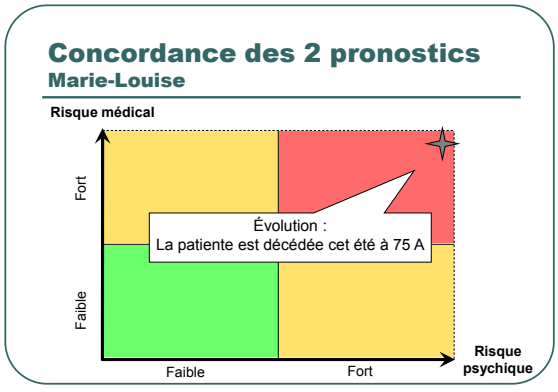
- Résultats de l'investigation
  Évaluation actuelle



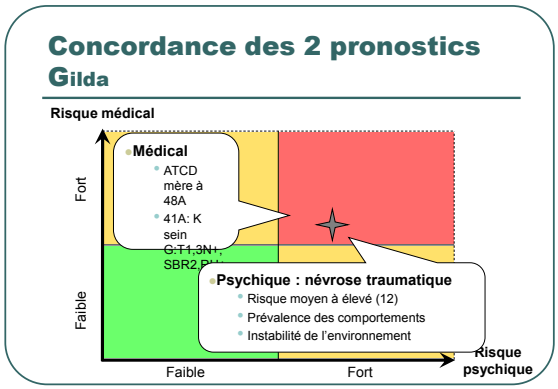
- Concordance des 2 pronostics
  Marie-Louise



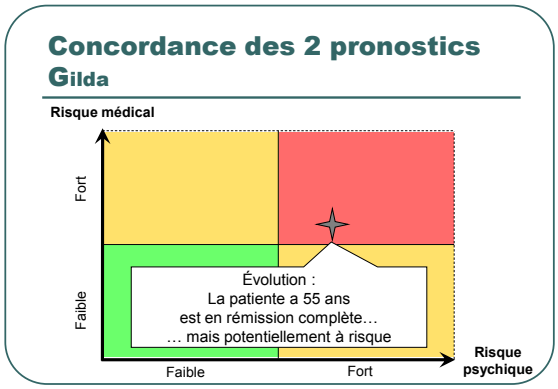
- Concordance des 2 pronostics
  Marie-Louise



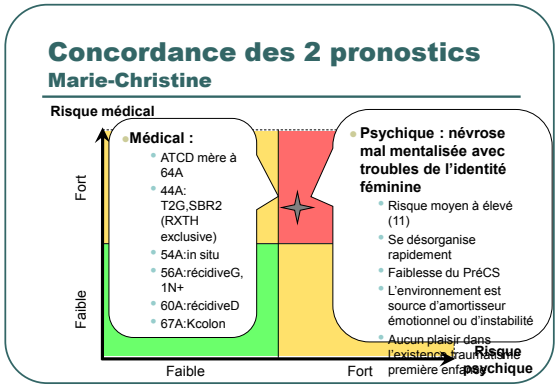
- Concordance des 2 pronostics
  Gilda



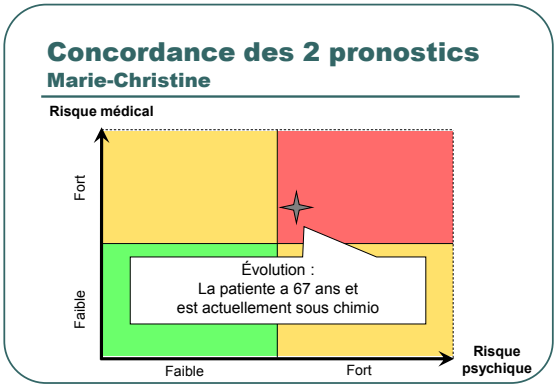
- Concordance des 2 pronostics
  Gilda



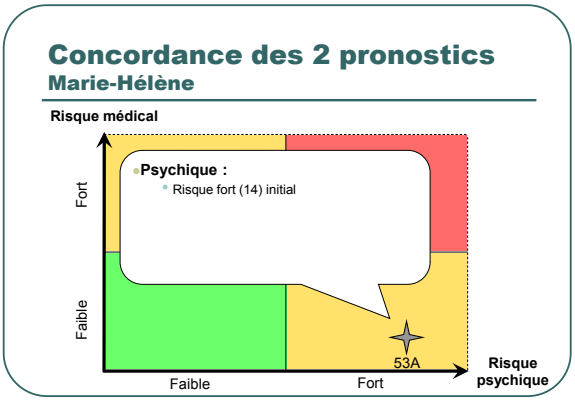
- Concordance des 2 pronostics
  Marie-Christine



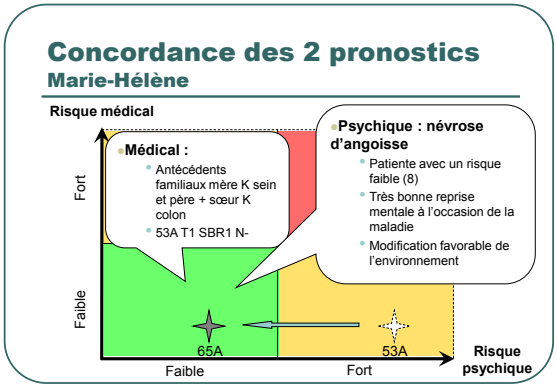
- Concordance des 2 pronostics
  Marie-Christine



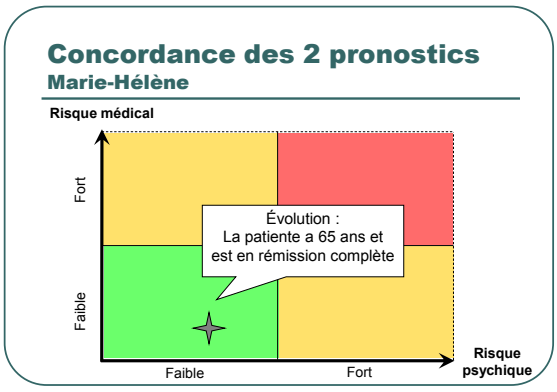
- Concordance des 2 pronostics
  Marie-Hélène



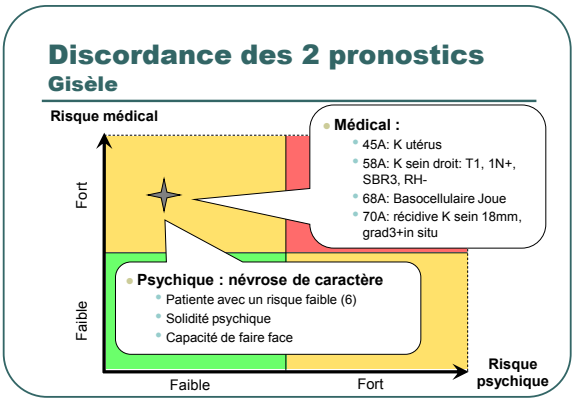
- Concordance des 2 pronostics
  Marie-Hélène



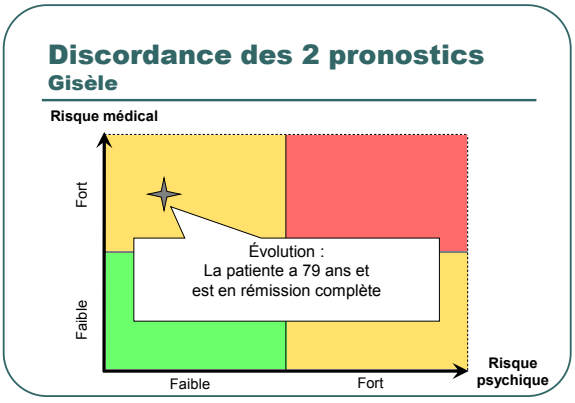
- Concordance des 2 pronostics
  Marie-Hélène



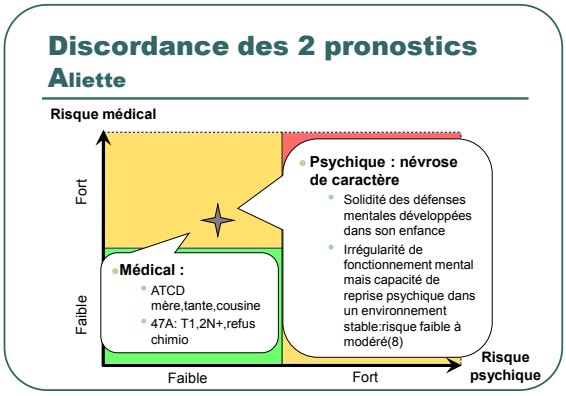
- Discordance des 2 pronostics Gisèle



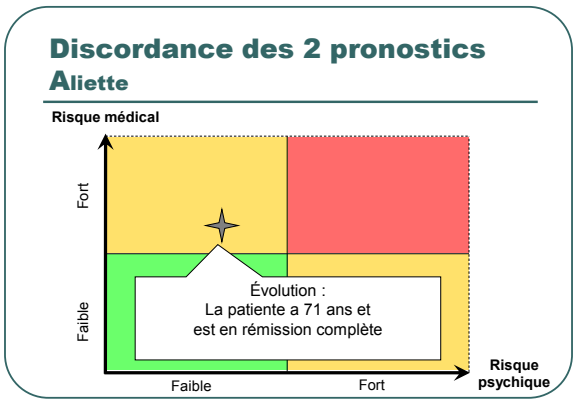
- Discordance des 2 pronostics
  Gisèle



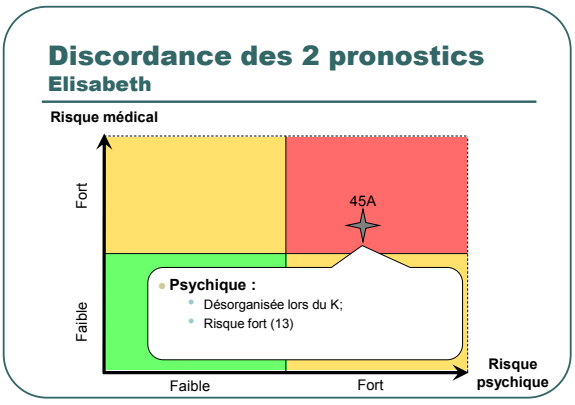
- Discordance des 2 pronostics
  Aliette



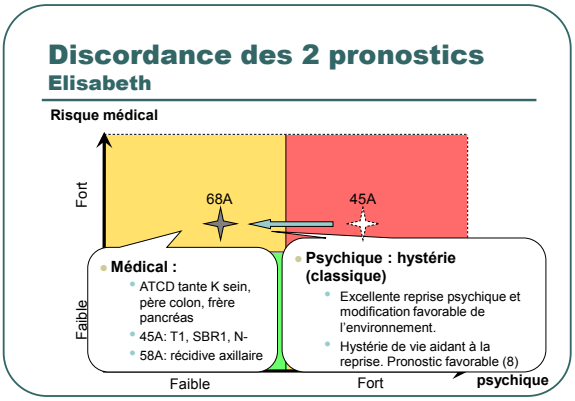
- Discordance des 2 pronostics
  Aliette



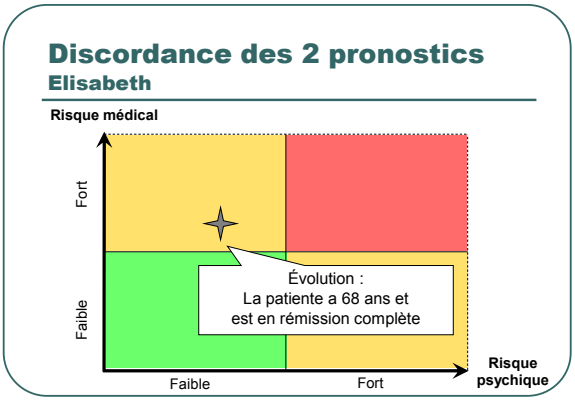
- Discordance des 2 pronostics
  Elisabeth



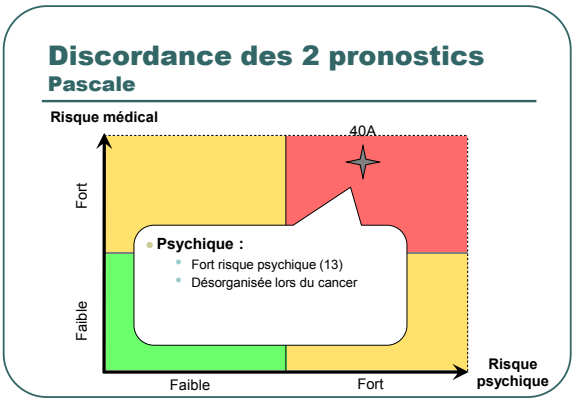
- Discordance des 2 pronostics
  Elisabeth



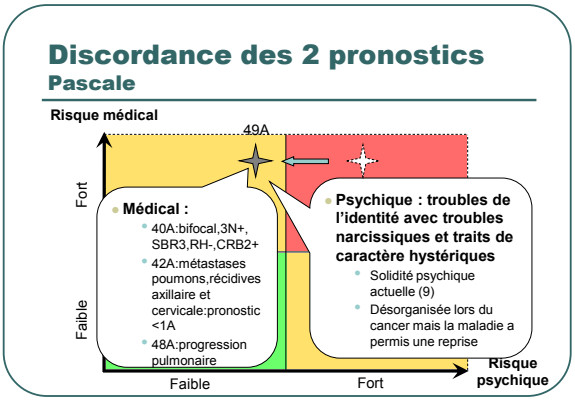
- Discordance des 2 pronostics
  Elisabeth



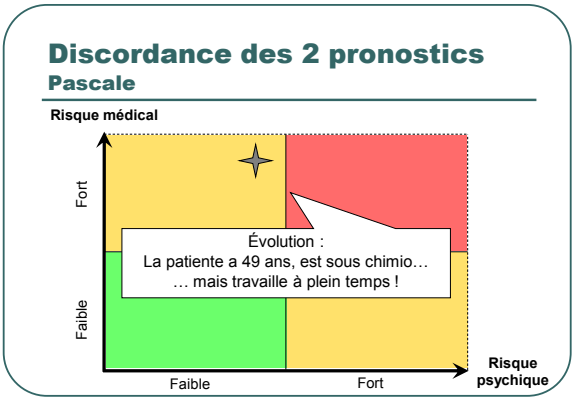
- Discordance des 2 pronostics
  Pascale



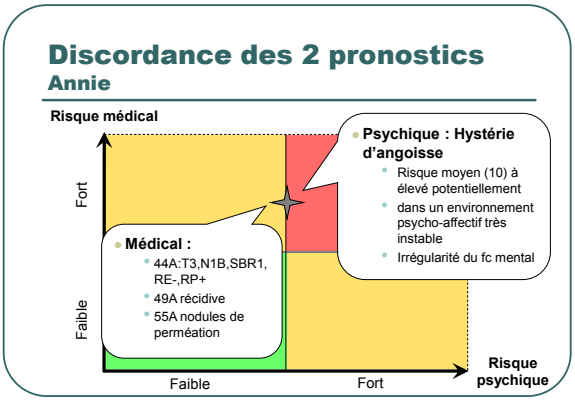
- Discordance des 2 pronostics
  Pascale



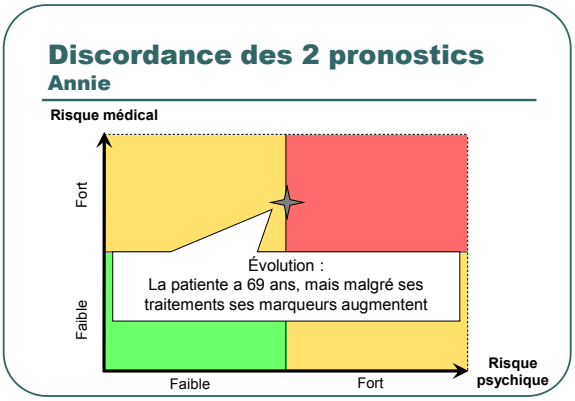
- Discordance des 2 pronostics
  Pascale



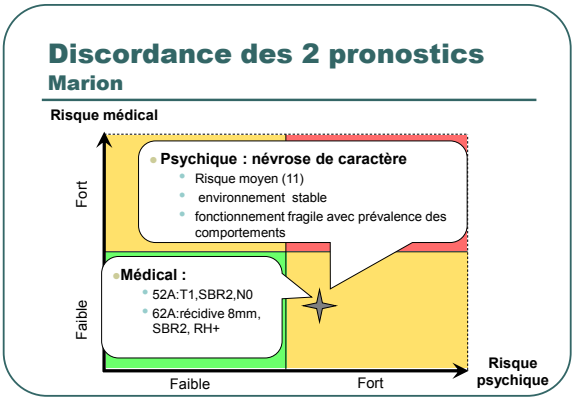
- Discordance des 2 pronostics
  Annie



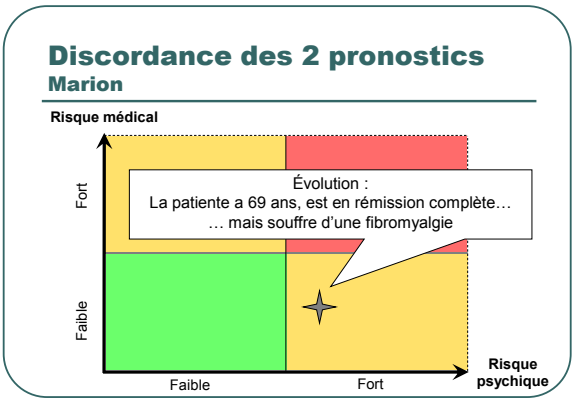
- Discordance des 2 pronostics
  Annie



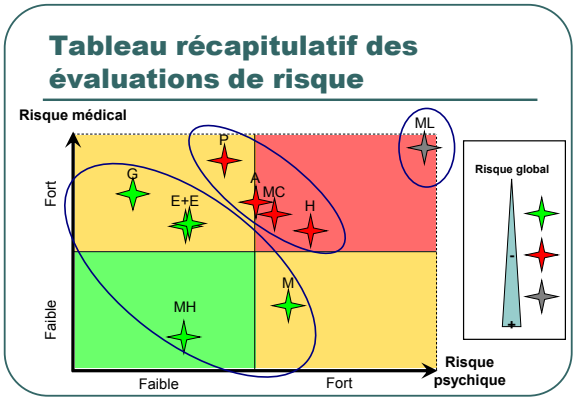
- Discordance des 2 pronostics
  Marion



- Discordance des 2 pronostics
  Marion



- Tableau récapitulatif des évaluations de risque



- CONCLUSION
  - A travers une souffrance apparemment exclusivement organique, il peut se dire quelque chose qui dépasse le problème du cancer.
  - Doit-on continuer à appliquer un traitement identique à toutes les femmes présentant le même cancer, biologiquement parlant, sans se préoccuper des caractéristiques de leur économie psychosomatique et de leur contexte général ?
  - Conclusion propositions fondées sur la participation de l'appareil psychique aux processus somatiques
  - Aider à une reprise du fonctionnement psychique
  - Renforcer les capacités psycho-dynamiques pour faciliter un retour à l'équilibre de l'unité psychosomatique
  - Surveiller l'environnement pour prévenir des déstabilisations
- RECOMMANDATIONS
  - Psychothérapies psychosomatiques selon les cas
  - Groupes de paroles
  - Groupes de thérapies psychosomatiques
  - Création d'un environnement favorisant le retour à un certain équilibre.

****
****

2° SYMPOSIUM

« MEDECINE ET PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE »

Vendredi 24 septembre 2010 de 14h à 18h30 à La Pitié-Salpêtrière
salle de staff d'urologie

Modérateur : Jean Benjamin Stora, service d'endocrinologie

14h – 14h15 **Introduction du Symposium**
Pr. Marc-Olivier Bitker, Chef du Service d'Urologie
Directeur du D.U de psychosomatique Intégrative
Membre d'honneur de la Société de Psychosomatique Intégrative

14h15 - 14h30 **Introduction au deuxième paradigme de la médecine**
Pr. Jean Benjamin Stora, Psychosomaticien-Psychanalyste
Service d'endocrinologie du Pr. E. Bruckert
Co-Directeur du D.U de psychosomatique Intégrative
Président de la Société de Psychosomatique Intégrative

14h30 – 15h15 **«Programme pilote d'éducation thérapeutique en Néphrologie »**
Pr. Corinne Bagnis, PU-PH, Service de Néphrologie

15h15 – 16h **«Comment faciliter la parole du patient en éducation thérapeutique ? »**
Dr Claude Sachon, PH, Service de diabétologie, responsable de l'unité de semaine d'éducation thérapeutique
Pr. Agnès Hartemann, Chef du Service de diabétologie
Membre d'honneur de la Société de Psychosomatique Intégrative

16h – 16h45 « **Calculs et urines : témoins d'histoires de vie**
Une approche psychosomatique intégrative des patients souffrant de lithiases récidivantes »
Dr. Isabelle Tostivint, PH, service de néphrologie, chargée d'enseignement en Ethique Biomédicale à la Faculté de Médecine de Paris VI, GHU La Pitié-Salpêtrière
Christine Bonnal, Psychanalyste-Psychothérapeute. Consultante en psychosomatique, service de néphrologie, GHU La Pitié-Salpêtrière

16h45 – 17h15 **PAUSE**

17H15 - 18H Une nouvelle approche, l'usage des concepts psychanalytiques et psychosomatiques dans une étude épidémiologique : **étude pilote de 150 patients de l'unité de syndrome métabolique**
Pr. Jean Benjamin Stora
Dr. Philippe Giral, MCU-PH, service d'endocrinologie
Benoît Depreux, diplômé des Arts et Métiers Paris Tech, Formation de Psychothérapeute Intégratif à la Nouvelle Faculté Libre de Paris

18h – 18h30 ***Discussion avec le panel composé des intervenants***

PR. JEAN-BENJAMIN STORA
- SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE DU PR. E. BRUCKERT
- GHU LA PITIE-SALPETRIERE
- Le deuxième paradigme de la médecine

- Le premier paradigme de la médecine rencontre des difficultés depuis de très nombreuses années.
- 1. la non-observance des traitements concerne toutes les branches de la médecine; elle peut être totale ou partielle, permanente ou intermittente, précoce ou tardive, par défaut ou par excès de consommation.
- 2. Les difficultés à changer les comportements des patients.
- 3. Les médecins soignant les maladies chroniques sont conscients des limites des pratiques médicales actuelles, **et proposent de réintroduire le malade comme sujet. Ces médecins annoncent le 2ème paradigme.**
- Les comportements et les politiques publiques de prévention de la santé :
    - 14% des français déclarent appliquer au quotidien des comportements de prévention de la santé,
    - 32% reconnaissent ne jamais appliquer des comportements de prévention pour leur santé, surtout les jeunes, les fumeurs, les femmes en surpoids,
    - 52% déclarent qu'ils font plus attention à leur alimentation qu'auparavant !!
    - Si 67% des français associent la prévention santé à un bon comportement alimentaire, seuls 10% l'associent à une activité physique régulière,
    - 47% pensent qu'il est difficile de suivre les bons comportements alimentaires,
    - 52% estiment qu'il est difficile de pratiquer une activité sportive régulière (30% manque de motivation).
- Que valent alors les messages de prévention ???
- Le partage du monde entre deux médecines :
  la médecine allopathique et les médecines traditionnelles
- **La médecine scientifique** contemporaine est née **du premier paradigme mécaniste** du XVII° siècle: Descartes, « l'homme-machine ». Elle a accompli des progrès spectaculaires; elle dispose de moyens de maîtrise, et de transformation du **corps** sans précédent, et d'importantes capacités techniques pour le soigner.

- A l'opposé et selon un rapport de 2002 de l'OMS**, <u>les thérapies traditionnelles</u>** développées depuis le début de l'humanité continuent à être pratiquées, y ont recours :
    - 80% des populations africaines
    - 40% des chinois; mais aussi dans les pays développés:
    - 48% des australiens au moins une fois
    - 70% des canadiens
    - 42% des Américains (USA) ainsi que de nombreux pays d'Asie et d'Amérique du Sud.
    - Recours de plus en plus important à des médecines non scientifiques
    - Selon le National Institute of Health (U.S.A), étude de 2002, 36% des 31000 adultes de plus de 18 ans ont eu recours à une médecine complémentaire, un pourcentage qui atteint
    - les 62% lorsque l'on ajoute la prière à la vingtaine de thérapies étudiées.
    - 55% ont pensé que cela les aiderait en complément de leur traitement conventionnel; 50% ont voulu essayer ; 26% l'ont fait sur les conseils d'un professionnel de santé et 13% parce que les traitements classiques sont trop chers.
- La médecine allopathique en se concentrant sur le « corps-machine » a scotomisé la dimension psychique du SUJET, on soigne des maladies et non pas des malades;
- Les médecines traditionnelles soignent des malades en ne faisant appel qu'à leur dimension imaginaire et culturelle, mais ne soignent pas le corps;
- La dichotomie corps-psychisme se poursuit de nos jours; les approches dites psychosomatiques médicales ou psychanalytiques s'inscrivent dans les mêmes ornières: « le tout somatique » ou le « tout psychique ».
- **D'où le recours de plus en plus grand aux médecines alternatives.**
- Pour l'instauration d'un deuxième paradigme de la médecine: les tentatives allemandes et nord-américaines.
- Le premier médecin qui a introduit d'une façon conséquente et courageuse le concept et la notion du paradigme en médecine a été l'interniste allemand d'origine Balte, Thure von UEXKÜLL, fils du fameux innovateur de la biologie environnementale Jacob von UEXKÜLL, pour expliquer les difficultés entre la médecine d'origine cartésienne (*la* ***médecine des machines*** **- premier paradigme**) et la médecine moderne d'orientation bio-psycho-social (*psychosomatique et psychosocial* – deuxième paradigme).

- Cette nouvelle approche de la psychosomatique s'est développée en Allemagne et dans les pays nordiques: création de services de médecine psychosomatique et d'enseignements dans les facultés de médecine. Il en a été de même aux Etats-Unis où s'étaient réfugiés les médecins psychanalystes de culture allemande suite aux persécutions des nazis. Développement important de soins psychothérapiques pris en charge par les systèmes sociaux en Europe et surtout formation officielle de psychothérapeutes (5 ans de formation).
- Approche française: le premier paradigme
- La médecine française est très attachée au premier paradigme, et, bien entendu à Descartes un des grands fondateurs de la culture du pays.
- Mais les médecins français les plus conscients des lacunes de l'approche médicale du premier paradigme (médecine des machines) ont développé progressivement des méthodes pour faire des patients des acteurs de leurs soins, les faire passer d'une position passive à une position active.
- En découlent les développements encore peu répandus, à savoir :
- L'information du patient
- L'éducation thérapeutique, politique soutenue par les pouvoirs publics.
- L'information et le soutien des patients par des associations de patients.
- Instauration de relations nouvelles médecin-patient qui feront l'objet d'exposés aujourd'hui. Je considère que ces médecins vont devenir des acteurs du 2ème paradigme en cours d'élaboration.
- Les limites des approches allemandes et nord-américaines
- Nous devons distinguer l'approche clinique et l'approche théorique de la psychosomatique: l'approche clinique développe des stratégies conjointes: une stratégie médicale (le corps) et une stratégie psychothérapique (le sujet).
- L'approche théorique allemande et nord-américaine réintroduit le sujet malade avec ses dimensions psychosociales, **mais le fonctionnement psychique en est absent (plus de métapsychologie)**; disparition de l'existence d'un appareil psychique et pas de recours aux disciplines inter-reliant le fonctionnement psychique et somatique :
    - La Psycho-neuro-immunologie
    - La Psycho-neuro-endocrinologie
    - La Neuro-psychanalyse et les neurosciences, etc.
    - La psychosomatique intégrative

- Nous sommes passés du paradigme de l'homme-machine au paradigme du sujet que l'on éduque et dont on étudie le comportement influencé par les conditions socio-économiques de son environnement; encore une fois ce deuxième paradigme développé par les allemands et les américains incorpore dans sa formulation la dichotomie psyché-soma en ne mettant l'accent que sur les comportements psychosociaux et pas sur le fonctionnement psychique.
- **On ne peut créer un nouveau paradigme de la médecine** que si l'on accepte **l'existence d'un appareil psychique** inter-reliant comportements, émotions et représentations mentales avec le SNC, le système nerveux autonome, et l'ensemble des fonctions et systèmes somatiques.
- Pour une école psychosomatique de la Pitié-Salpêtrière
- La psychosomatique intégrative propose ce nouveau paradigme en recourant à la psychanalyse **(existence d'un inconscient et d'un appareil psychique**), à la médecine, aux neurosciences et à leurs interrelations.
- On ne peut séparer la psyché du corps; on pense avec son corps.
- Il est temps de dépasser les problèmes métaphysiques hérités de l'antiquité gréco-latine et du XVII° siècle.
- Les enjeux d'un nouveau paradigme
- Le mot *paradigme* vient du mot grec ancien παράδειγμα / *paradeïgma* qui signifie « modèle » ou « exemple ». Ce mot lui-même vient de παραδεικνύναι / *paradeiknunaï* qui signifie "montrer ou comparer". Ce concept du paradigme de sciences naturelles et sociales a été introduit en 1958 par l'historien américain Thomas S. KUHN
- KUHN nous a montré qu'un paradigme n'est pas seulement inscrit dans les livres de la science ou dans la tête d'un chercheur, d'un médecin ou d'un directeur administrateur d'un service de soins, mais le paradigme a une base solide bien ancrée dans la société, dans le commerce, la politique, l'industrie de santé et dans les entreprises pharmaceutiques, dans les organisations de la recherche, d'assurances maladies et politiques, etc. et même dans le corps du chercheur.
  Selon Th. KUHN un paradigme est profondément incorporé dans le système neurobiologique et perceptif des chercheurs et des responsables du vieux paradigme, qui ne sont que des êtres humains. Un changement d'un paradigme provoque ou exige un changement de la perception.

- L’avenir du deuxième paradigme
    - **Nous devons par conséquent nous attendre à de très grandes résistances pour promouvoir le deuxième paradigme**
    - Eviter l’écueil d’une nouvelle médicalisation conceptuelle et clinique à l’image de ces qui se passe en Allemagne et aux Etats-Unis.
    - Eviter l’écueil du tout psychanalytique prétendant expliquer les maladies dont le mécanisme relève de la médecine, ce qui nous renvoie à un exercice voisin des thérapies traditionnelles et du chamanisme.

****
****

MAUD GRIMAULT, PSYCHOLOGUE/CHERCHEURE
- GHPS SERVICE DE NEPHROLOGIE
- LAURENCE BOUFFETTE, COORDINATRICE AETP, RESEAU RENIF
- PR CORINNE ISNARD-BAGNIS, GHPS SERVICE DE NEPHROLOGIE

- Programme pilote d'éducation thérapeutique en néphrologie

*« (…) L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale avec leur maladie (…) »**

- Loi HPST (Hôpital Patients Santé Territoires) : L'ETP comme priorité nationale

La Loi française HPST « Hôpital, patients, santé, territoires » n° 2009-879 du 21 juillet 2009. Le chapitre III porte sur « La prévention et la santé publique » où il est stipulé : « l'éducation thérapeutique du patient comme priorité nationale ».

- UNE DÉMARCHE PÉDAGOGIQUE
- Pourquoi l'ETP en néphrologie ?

L'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) implique :

- Des changements importants des habitudes alimentaires et de son style de vie
- Un traitement médical lourd et complexe (jusqu'à 15 médicaments par jour !!!)
- Un suivi médical qui s'alourdit face à la détérioration de la fonction rénale
- Une personne dialysée a une qualité de vie inférieure à une personne atteinte d'un cancer*

L'ETP en néphrologie pour :

- Améliorer la qualité de vie et de soins des personnes atteintes d'insuffisance rénale
- Prendre en compte les situations des personnes (âge, deuils, isolement, baisse de revenus, perte de l'exercice social, solitude affective)
- Les co-morbidités
- Traitements médicaux complexes
- La question de l'adaptation du mode de vie (diététique, activité physique)

Et aussi :

Répondre aux recommandations de l'OMS, aux orientations de la HAS

(chapitre 2, critère 23 du nouveau manuel d'accréditation)

- Contexte et Propositions

Le contexte :

De l'insuffisance rénale à la transplantation en passant par la dialyse, les problématiques relatives aux patients (et leurs proches) vivant avec une maladie rénale chronique (MRC) abordées dans le programme sont :

- L'annonce de la maladie et l'annonce aux proches,
- La maladie et l'activité professionnelle,
- Les contraintes du traitement,
- Le changement de mode de vie indispensable à la protection de la fonction rénale,
- La perspective des traitements lourds (dialyse, transplantation),
- Le choix de la méthode de suppléance,
- Image corporelle et voie d'abord vasculaire,
- Acceptation du don d'organe,
- Le traitement : le comprendre et le prendre, effets secondaires,
- Vie génitale/sexuelle et MRC,
- Observance,
- Revivre après la greffe.

Les propositions :

Le programme est proposée à tout patient qui le souhaite, mais il est proposé par les soignants en priorité aux patients confrontés à des difficultés dans leur suivi de soin ou dans le choix de techniques lourdes de soin. Il est aussi proposé à des moments cruciaux comme avant la sortie, après une hospitalisation avec annonce grave, à la suite des résultats d'une pathologie lourde détectée au cours d'une hospitalisation...

- projet pilote d'ETP en néphrologie au sein du GHPS

Actions Mise en place d'un programme pilote dans le service sur le thème de l'accompagnement des patients en traitement, l'amélioration de la qualité de vie, le soutien à l'observance thérapeutique.

Acteurs Partenariat de moyens entre un organisme de formation spécialiste en ETP (*COMMENT DIRE*) et le service de néphrologie de la Pitié Salpêtrière (*AP-HP*) avec le soutien financier d'un laboratoire de l'industrie pharmaceutique (*SHIRE*)

Départ 3 phases sur 18 mois (2006 à 2007)

- Démarche / Méthode pour le pilote
- Immersion : observation participative sur le site
- Analyse des données de l'immersion, restitution à l'équipe, recommandations
- Démarrage du programme pilote MOTHIV-IRC

    1. Formation des personnels de l'équipe & co-conception d'outils, supports d'intervention
    2. Ouverture de la consultation infirmière
    3. Suivi de l'équipe

- MOTHIV :
  un modèle d'intervention
  en AETP
- *« Perception des besoins en Éducation des patient(e)s atteint(e)s de maladie rénale chronique déterminés au cours de la mise en place d'un programme pilote dans une unité hospitalière »* *

BUT DE L'ETUDE

- A 9 mois de l'implantation de la mise en place des consultations infirmières d'accompagnement et d'éducation
- Étude rétrospective de 20 consultations infirmières et de 20 questionnaires prospectifs proposés à des patients du service naïfs de tout programme d'éducation
- Analyse de contenus visant à identifier du point de vue des patients :
    - leur perception des besoins en éducation et en accompagnement thérapeutique
- Questions ouvertes
- Un climat empathique
- Des thèmes communs abordés au cours des consultations infirmières et dans les entretiens comme le récit thérapeutique des évènements ayant trait à la maladie, la perception du traitement, le degré de connaissances des patients à propos de leurs pathologie et l'expression de leurs besoins en termes d'éducation et d'accompagnement.

- Étude des besoins des patients en ETP
- 20 entretiens qualitatifs évaluant la perception de l'état de santé, la qualité des soins reçus, les besoins en ETP
    - *Apprendre n'est pas une priorité*
    - *L'état de santé modifie la réceptivité vis-à-vis de l'acquisition d'informations nouvelles*
    - *Les patients identifient clairement les moments où ils étaient disponibles pour apprendre et ceux où l'information n'est pas passée…*
    - *Le meilleur modèle est centré sur le patient et sa vie*
    - *La motivation pour apprendre dépend de la relation avec les soignants*
- Résultats de l'étude
- La multiplicité et la complexité des médicaments et traitements prescrits en néphrologie mettent en évidence la nécessité d'un accompagnement thérapeutique et de séances d'éducation
- Les besoins formulés par les patients interviewés et repérés dans l'analyse des entretiens (besoin de savoir, communiquer, échanger et d'être rassuré)
- Le modèle pédagogique choisi doit donc comprendre une approche privilégiant la résolution de problèmes et non pas la simple délivrance d'informations
- Réalisation du projet
  au sein du service
- Imprégnation de l'éducation thérapeutique en suivant les approches humanistes de Mme Catherine Tourette-Turgis dont l'approche motivationnelle
- Mise en place des consultations infirmières
- Mise en place des ateliers
- Réajustements au fil du temps en fonction des besoins des patients et ceux des soignants… jusqu'à la participation des patients experts, ressources.
- Mais aussi les réseaux de santé et partenaires : Rénif

Déroulement type d'une journée de la consultation d'Aide et Accompagnement thérapeutique

- Une IDE détachée de son secteur d'activité de 9h à 17h
    - 3 patients/ jour – 6 jours mois
- Les entretiens durent en moyenne 45 minutes

- En ambulatoire ou hospitalisation
- Modèle MOTHIV
- Démarche éducative
- C-R dans dossier patient et envoi aux médecins référents

Quelques chiffres

1. En 2009 : 72 patients
2. De janvier à juin 2010 : 54 patients

- Les ateliers

Tous les mardis AM. Hospitalisation et ambulatoire. De l'IRC à la transplantation

Envoi de 150 programmes/mois

1. Les demandes d'auto soins :

- « Le médicament et moi »
- « Un grain de sel bien dosé »
- « Bien manger, une valeur sûre pour la santé »
- « Information pré-dialyse et transplantation »
- « L'hypertension »

2. Les demandes psychosociales en groupes de paroles

- « Affirmation de soi : savoir dire non »
- « Comment mieux communiquer avec mes proches autour de la maladie »
- « Estime de soi »
- « Image du corps »

Et prochainement… atelier de sophrologie

Équipe d'animateurs comportant: les diététiciennes, les infirmières la psychologue, la pharmacienne ...

et staff ETP mensuel

Quelques chiffres :

1. En 2009 : 131 patients

2. De janvier à juin 2010 : 73 patients

- Difficultés rencontrées au sein du programme

Le choix des patients

Selon les recommandations de la HAS « *toute personne (enfant et parents, adolescent, adulte) ayant une maladie chronique, quel que soit son âge, le type, le stade et l'évolution de sa maladie. Aux proches du patient (s'ils le souhaitent), et si celui-ci souhaite les impliquer dans l'aide et la gestion de sa maladie.* »

Il n'est pas possible de voir tous les patients, comment définir à qui proposer l'ETP ?

La communication

- Au sein du service : que chaque acteur de soin se sente impliqué
- Auprès des patients (faire des affiches, poster…)

La coordination

Les difficultés actuelles

- Compétences patients : « psychosociales »
  en néphrologie
- Maintenir ses capacités fonctionnelles le plus longtemps possible
- Maintenir son degré de socialisation (prévenir l'isolement et le retrait social liés à l'âge et aux restrictions alimentaires)
- Gérer son dossier social (emploi, AAH, ALD)
- Savoir demander de l'aide
- Savoir expliquer sa maladie aux autres référents médicaux
- Savoir parler de la maladie et de ses contraintes à son entourage
- Continuer à faire des projets
- Maintenir une bonne estime de soi
- Savoir prendre les décisions adaptées (projet de vie professionnel, familial ou personnel) selon les stades de la maladie
- Savoir repérer une perte de motivation, la survenue de situations stressantes
- Prendre des décisions pour soi, prendre soin de soi
- Les bénéfices attendus pour les patients

- Compétences des professionnels

  Pour dispenser l'ETP, les compétences réparties en 4 domaines :*

  - Relationnelles (empathie, écoute)
  - Pédagogiques et d'animation (transmission des savoirs, apprentissages)
  - Méthodologiques et organisationnelles (choix théorique du modèle, méthodes, évaluation, circuit du patient, adressage, prise de rendez- vous)
  - Biomédicales et de soins

- Formation permanente au sein du service
- Formation courte par formateurs agréés
- Diplôme Universitaire 150 heures/an
- Master : 500 heures/an

Au sein du service de néphrologie, une formation délivrée par « *Comment Dire* »: une approche sur les questions des traitements et accompagnement des patients avec des techniques: approche centrée sur le patient, le non jugement, l'intervention empathique, le climat motivationnel …

- Bénéfices attendus pour les professionnels

- " Brassage " et gain de compétences
- Reconnaissance professionnelle
- Elargissement des champs d'actions des soignants
- "Nouveaux" partenariats avec les patients
- Facilitation et valorisation des professionnels de santé :

  - patient acteur de sa santé
  - coordinateur du parcours éducatif
  - notion de premier recours éducatif *(assurer sa mise en sécurité)*

- Création de centres de ressources éducatifs

(Ex : réseaux)

- Les limites…

- Difficultés pour les soignants de changer de posture : du soignant au «soignant éducateur» ou «soignant pédagogue»
- Dérapages observés sur les terrains entre diagnostic éducatif et questionnaires d'évaluation des connaissances
- Manque de formation des soignants aux techniques d'animation de groupes
- Conflit de culture entre le monde de la médecine et le monde de la pédagogie
- Manque de reconnaissance et de valorisation des personnels formés en ETP
- Manque de ressources humaines pour constituer une équipe pluridisciplinaire
- Le savoir des patients n'est pas valorisé comme une ressource pédagogique valide
- Difficultés à introduire une approche éducative dans des institutions de soin autoritaires

****
****

LAURENCE BOUFFETTE, LAURENT ATTIA, CORINNE ISNARD-BAGNIS
- L'alliance thérapeutique[7] au coeur de la relation d'aide

L'environnement d'un patient traité pour une maladie chronique ou aiguë est en constante évolution. Les facteurs psycho-sociaux ou cognitifs négatifs le conduisent souvent au découragement. En créant un espace d'écoute et de dialogue, le soignant joue un rôle indispensable dans la dynamique positive que constitue l'éducation thérapeutique. Parcours de vie d'un patient au fil de la construction de l'alliance thérapeutique.

The therapeutic alliance at the heart of the helping relationship. The environment of a patient being treated for a chronic or acute illness is constantly changing. Negative psycho-social or cognitive factors often lead to despondency. By creating an environment of listening and dialogue, the healthcare worker plays an essential role in the positive dynamics, which constitute therapeutic training. Journey of a patient during the construction of the therapeutic alliance.

MOTS CLÉS: • Accompagnement ; • Alliance; thérapeutique; Éducation ; thérapeutique ; Pratiques professionnelles ; Qualité de vie ; Relation d'aide ;
KEY WORDS: Helping relationship ; Professional practices ; Quality of life ; Support ; Therapeutic alliance; Therapeutic training.

L'accompagnement est un processus indispensable dans l'éducation thérapeutique de la personne et fait partie intégrante des soins infirmiers. Dans le cadre du réseau de santé ville-hôpital en néphrologie d'Ile-de-France, la possibilité de rencontrer un professionnel formé à l'éducation thérapeutique est offerte aux soignants et aux personnes soignées. Accompagnateur en santé, ce dernier aide les patients qui font face à une difficulté dans leur parcours de vie et/ou de soins.

REGARD CLINIQUE D'UNE INFIRMIÈRE EN ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Monsieur A. est adressé par sa néphrologue au réseau de néphrologie d'Ile-de-France (Rénif) 1 pour une prise en charge en éducation thérapeutique. Infirmière, je l'accueille pour une première consultation[8].

1ère CONSULTATION, MISE EN CONFIANCE
Monsieur A., quadragénaire, est cadre banquier. Il vit seul suite à son divorce. Ses deux enfants lui rendent visite un week-end sur deux. Sportif régulier, il s'applique à un régime alimentaire trop rigoureux, pauvre en sel et en sucre depuis l'annonce d'un diabète de type 2 en 2003. En 2006, un bilan de santé complet révèle l'absence d'un rein provoquant une insuffisance rénale chronique (IRC) sévère obligeant le rein unique à fonctionner au quart de ses capacités. Cette découverte intervient lors de sa séparation et du décès de sa mère. Il rompt avec son médecin traitant, lui reprochant cet oubli de diagnostic.

[7] SOINS -n° 746 - juin 2010

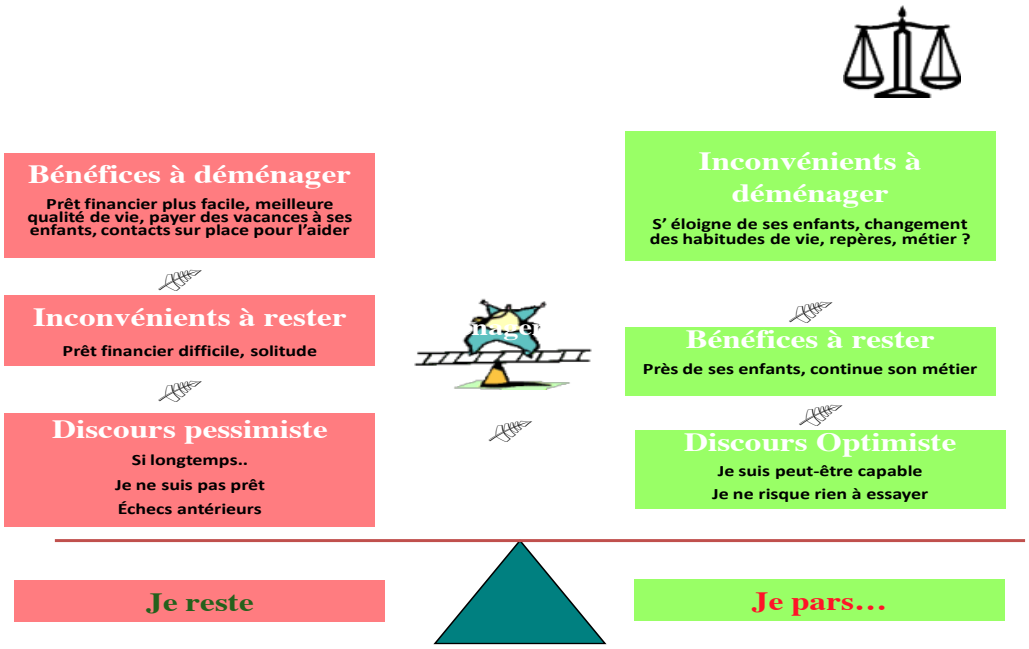
[8] Le professionnel prend des notes sans influencer le patient et explore les valeurs de ce dernier, ce qui lui tient le plus à coeur en ce moment dans sa vie par rapport à ce qu'il vient d'énoncer. L'ambivalence est normale et souvent confondue avec la négation ou le déni. Elle doit être explorée et non confrontée.

Dès le début de la première séance, en décembre, Monsieur A., en état de fragilité émotionnelle, décide de confier ses craintes. La honte qu'il ressent liée à son anomalie parasite sa confiance en lui et perturbe sa vision de la normalité. Sa préoccupation est de savoir comment annoncer son IRC à sa nouvelle amie et à ses enfants. Pour explorer cette problématique, j'utilise la mise en situation (jeux de rôle). Monsieur A. choisit un restaurant comme lieu de scénario et la fin du dîner comme moment de déclaration. Après cet exercice, nous explorons nos ressentis. La peur de la solitude et son manque de confiance génèrent la crainte d'une réaction négative chez son amie. Il considère alors son projet d'annonce comme trop précoce. Il repart soulagé par notre entretien.

2ème CONSULTATION, DÉPRIME ET ESPOIR

En janvier, Monsieur A. exprime de nouveaux questionnements sur sa maladie et ses complications. Ses réflexions se sont cristallisées sur la projection inconsciente d'un incident de dialyse vécu par un ami. Cet épisode le conduit à réorganiser la vision de sa santé. Sa première défense réactionnelle est de lire dans des médias sociaux des témoignages, souvent négatifs. Conscient de ses doutes, il développe une réaction instinctive en organisant sa "fuite". Il projette un changement de vie au Canada. À cela, s'ajoutent l'anxiété et la solitude.

Je décide d'approfondir ses peurs liées à la dialyse et utilise la confiance qu'il m'accorde pour le conforter dans ses réflexions. Puis, nous explorons son ambivalence au sujet de son projet canadien en utilisant la balance décisionnelle, qui permet de poser les avantages et les inconvénients perçus par la personne de chaque situation, que celle-ci soit actuelle ou souhaitée (schéma 1). Cet outil lui permet de prendre conscience qu'aucun ailleurs n'effacera ses doutes. Il quitte la consultation avec plusieurs éléments de décision.



3ème CONSULTATION, LA FATIGUE S'INSTALLE, LES PROJETS ÉMERGENT

Des améliorations significatives sont apparues depuis janvier. Notre précédent entretien a permis à Monsieur A. d'affronter sereinement ses doutes. Il a décidé de mettre un terme à son projet d'expatriation. Il accepte de se confronter à ses analyses sanguines dont il appréhendait les résultats et renoue avec un nouveau médecin traitant. Mais il n'a pas conscience de la somme d'efforts que lui ont demandé ses affrontements. En conséquence, un relâchement physique et moral surgit. J'axe mon travail sur le soutien et le maintien de ses compétences psychosociales, tout en argumentant la

légitimité de ses affaiblissements. Ses efforts doivent l'aider à prendre un élan suffisant pour reprendre confiance en lui. Son état émotionnel le conduit à se focaliser sur ses défaillances.
L'abandon de sa relation amoureuse lui semble acceptable pour le moment. Cependant, agressivité et stress sapent son travail de réassurance.

4ème CONSULTATION, L'HOSPITALISATION, UNE PRISE DE CONSCIENCE
Une hospitalisation en urgence pour hyperkaliémie affaiblit Monsieur A. physiquement et moralement. De surcroît, des difficultés de sommeil et des perturbations de concentration au travail apparaissent. Il réalise qu'il est dans un état d'épuisement. Ses hésitations pour demander un arrêt de travail à sa néphrologue le submergent. En parallèle, le processus thérapeutique de transplantation rénale est initié. Anticipant d'éventuels recours à une dialyse, il appréhende les conséquences liées à sa qualité de vie, la solitude et le fait de ne plus être le "père idéal".
Je base mon action sur l'écoute active, l'attention et la reformulation de ces incertitudes. L'entretien terminé, je contacte la néphrologue pour partager les inquiétudes de Monsieur A.. Nous nous accordons sur les bénéfices certains d'une interruption momentanée de son activité professionnelle, permettant de rétablir son équilibre vital.

5ème CONSULTATION, S'AUTORISER À PRENDRE SOIN DE SOI
Depuis la dernière consultation, Monsieur A. a réorganisé son quotidien avec l'aide d'une diététicienne. Cette initiative balise son parcours d'adaptation diététique, résolvant notamment les difficultés alimentaires liées au dogme de sa religion, l'isolant de ses collègues au déjeuner. Cependant, une situation paradoxale apparaît : remédier à sa fatigue croissante par l'utilisation de l'arrêt de travail prescrit le culpabilise. Je lui propose d'explorer d'éventuels projets à mettre en oeuvre pendant cette période de récupération. Il élabore alors diverses possibilités : s'accorder des temps de repos, programmer des examens médicaux reportés, reprendre une activité physique.

6ème CONSULTATION, OBJECTIFS ATTEINTS, MIEUX-ÊTRE
En août, Monsieur A. a le sourire. Il est satisfait des bienfaits de sa période de repos : pratique de la course à pied, stabilisation des marqueurs d'évolution de sa maladie, diminution de son objectif de perte de poids à un niveau réalisable et amélioration évidente de son moral. Il a repris la relation avec son amie, celle-ci ayant bien accueilli l'annonce de son IRC. Il me remercie chaleureusement pour mon aide. Nous décidons de rester en contact ponctuellement.

Le parcours de Monsieur A. révèle les obstacles et les différentes interactions vécues avec la maladie.
L'importance du regard de l'autre, où la moindre faiblesse morale et/ou physique est jugée socialement non conforme, nous renvoie une image déformée de soi. Demander de l'aide devient alors presque insurmontable et correspond à accepter de ne plus être dans la norme sociale. **Monsieur A. a franchi ce pas,** il a redonné sa confiance aux professionnels de santé. Ses besoins l'ont amené à affronter ses peurs, réduire son anxiété[9], développer ses compétences psychosociales et d'auto-soins. Il a renforcé son estime de soi et son sentiment d'auto-efficacité. Ce dernier est un facteur protecteur des comportements de santé et nécessaire au processus de changement.

[9] Graziani P. Anxiété et troubles anxieux. Armand Colin, 2008.

LE RÔLE INFIRMIER D'ACCOMPAGNEMENT ET D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

La démarche d'accompagnement et d'éducation thérapeutique du patient (AETP) fait partie intégrante des soins dans une prise en charge personnalisée.

UNE DIMENSION DES SOINS INFIRMIERS

Ce récit de vie éclaire le processus de l'alliance thérapeutique, relation entre soignant et soigné qui se crée dans un esprit de collaboration avec une intention et une implication sincères pour atteindre les buts recherchés. Celle-ci s'installe au fur et à mesure de la relation d'aide. L'accompagnement contribue à traverser les étapes de changement d'état de santé et à soutenir les personnes pour mieux vivre leur maladie. Une relation d'aide infirmière est fondée sur l'aptitude à personnaliser l'interaction, à comprendre l'individu et à l'aiguiller dans ses choix le plus librement possible. Le jugement, la culture du blâme ou, pire, les messages préconçus pour convaincre du bien-fondé des actions soignantes détruisent jusqu'au dernier espace d'autonomie du patient.

L'attitude empathique, la congruence nécessaire, refusées aux infirmières, requiert de la part des professionnels un long réapprentissage de la relation avec l'autre[10]. Les émotions ressenties doivent s'exprimer avec le soutien indispensable d'un psychologue pour acquérir le recul nécessaire, libérer sa souffrance, analyser sa pratique, optimiser la qualité des soins relationnels et rester efficient[11].

UNE PRISE EN CHARGE RECONNUE OFFICIELLEMENT

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires[12] légitime l'AETP en l'inscrivant dans le parcours de soins. La Haute Autorité de santé (HAS) en recommande la réalisation[13] en impliquant les patients ou leurs associations et les professionnels de santé, formés notamment aux techniques pédagogiques et de communication. Dans ce but, l'équipe de l'association Comment dire (Paris 14e) organise des formations et développe ces actions.

UN MODÈLE CONCEPTUEL

Couramment utilisée, la méthode Mothiv[14] apporte une structure aux entretiens. Cette approche provenant des sciences humaines permet d'intégrer d'autres techniques comme la sophrologie[15] fondée sur la phénoménologie[16], étendant la compréhension des états de conscience, du vécu et de la connaissance de l'être.

---

[10] Liégeois M. L'entretien de soutien psychologique. Lamarre, 2003.

[11] 5. Filliozat I. L'intelligence du coeur. Rudiments de grammaire émotionnelle. JC Lattès, 2000.

[12] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art. L 1161-1. Consultable sur www.legifrance.gouv.fr

[13] Pauchet-Traversat AF. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. Haute Autorité de santé (HAS), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), 2007.

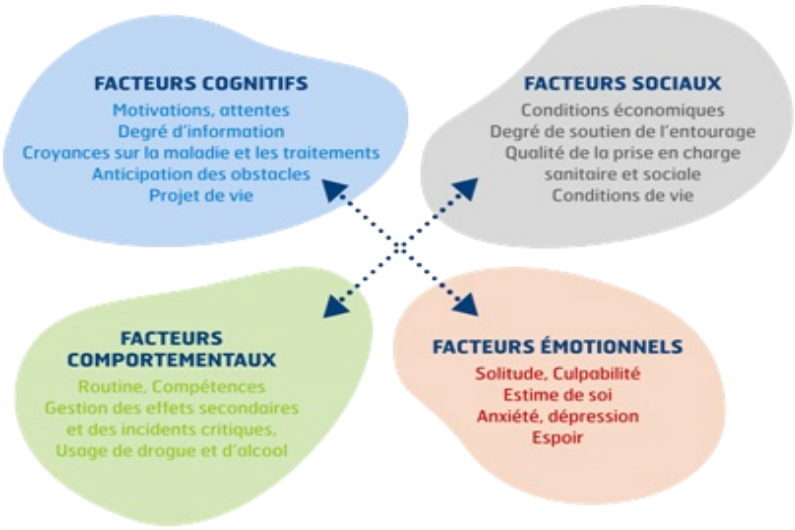
[14] Tourette-Turgis C, Isnard-Bagnis C, Pereira-Paulo L. L'éducation thérapeutique dans la maladie rénale chronique. Le soignant pédagogue. Comment Dire, 2009.

[15] Étchelecou B. Comprendre et pratiquer la sophrologie. InterEditions, 2007.

[16] Depraz N. Comprendre la phénoménologie. Une pratique concrète. Armand Colin, 2006.

Cette méthode centre le travail des soignants sur la personne, développe un style d'intervention empathique, soutient l'estime de soi et l'auto-efficacité des patients. Ce modèle permet d'explorer pas à pas avec le patient les quatre composantes en jeu dans son rapport à la santé, sa maladie et ses traitements :

- cognitive (ce que le patient sait, croit, se représente) ;
- comportementale (ce qu'il fait et met en oeuvre, organisation de son planning thérapeutique, etc.) ;
- sociale (conditions économiques, degré de soutien de l'entourage, qualité de la prise en charge sanitaire et sociale, etc.) ;
- émotionnelle (estime de soi, états émotionnels négatifs, espoir, etc.).



LES MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE

La prise en charge en AETP peut avoir lieu dans les centres de santé, les associations, les réseaux de santé ou en cabinet, notamment infirmier.

L'AETP peut être proposée au patient et/ou à ses proches, s'il le souhaite (schéma 2), par les professionnels médicaux et paramédicaux, en fonction des besoins d'aide formulés par les personnes elles-mêmes ou évalués avec les soignants.

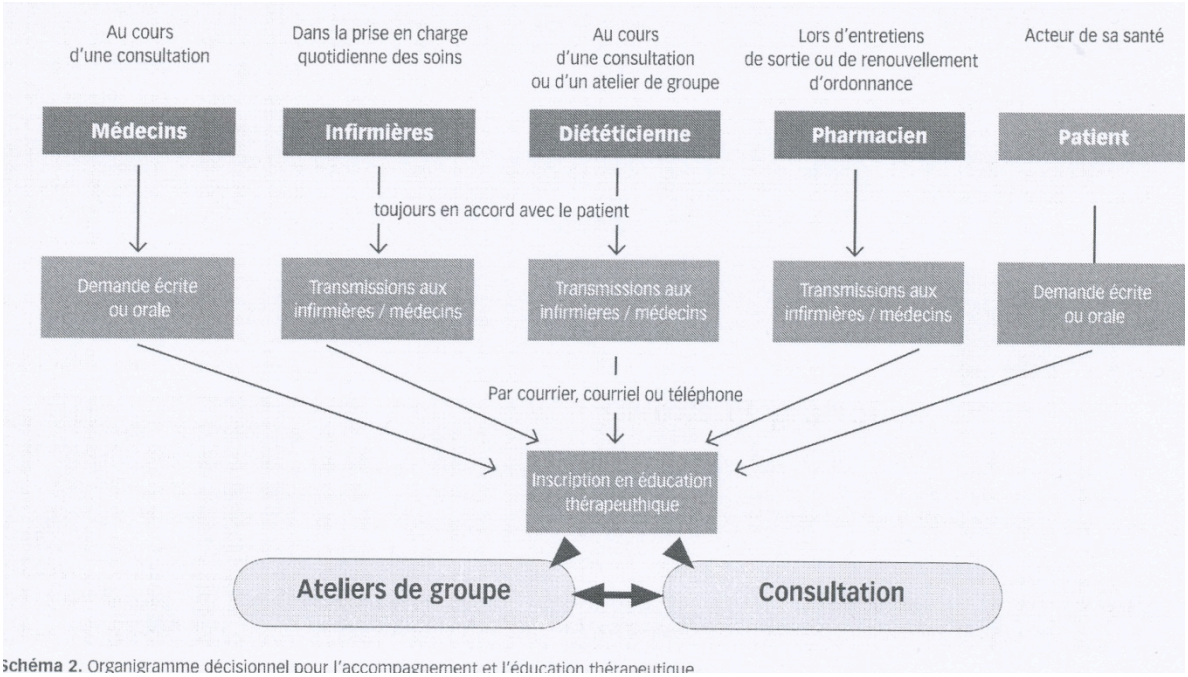


Schéma 2. Organigramme décisionnel pour l'accompagnement et l'éducation thérapeutique

La difficulté réside dans la mise en place de partenariats entre les diverses structures de soins et le réseau de santé en néphrologie, plus précisément dans la coordination du parcours de soins du patient.

Réalisé dans le cadre de consultation individuelle ou en atelier de groupe, l'accompagnement peut prendre plusieurs formes : information, éducation, compétences d'auto-soins et d'adaptation) ou groupe de parole si les personnes le souhaitent.
Les thèmes sont définis lors d'un groupe de travail avec les personnes en fonction de leurs attentes, la participation des patients ressources étant indispensable. Un bilan éducatif partagé peut être proposé à la fin d'un atelier ou en consultation individuelle.

ÉVOLUTION ET PERSPECTIVES

Les établissements et les outils pour faire de l'AETP une pierre angulaire sont à la portée de tous : patients, associations, équipes soignantes hospitalières et professionnels de santé libéraux. Mais dans les faits, la politique de réorganisation des soins hospitaliers, la mutualisation des réseaux de santé, l'alourdissement de la charge de travail et la "surdité" de certains chefs de service face à l'évolution des pratiques professionnelles sont autant d'obstacles à franchir pour assurer une offre de soins de qualité. Enfin, n'oublions pas qu'il revient à chacun de se former, de s'améliorer de reconnaître les compétences de l'autre, en gardant à l'esprit l'élément principal : le bien-être du patient.

****

COORDONNÉES
Comment dire
99 bis, avenue du Gal Leclerc
75014 Paris
tél. : 01 42 85 34 54
www.commentdire.fr

Les auteurs remercient Monsieur A. pour son témoignage et son soutien dans l'avancée de la pratique clinique infirmière. Les auteurs n'ont pas déclaré de conflit d'intérêts.

LES AUTEURS

Laurence Bouffette,
Coordinatrice infirmière en accompagnement et éducation thérapeutiques, Réseau de néphrologie d'Ile-de-France (Rénif), sophrologue, Paris (75), laurencebouffette@yahoo.fr

Laurent Attia,
Adhérent et membre du conseil d'administration du Rénif

Corinne Isnard-Bagnis,
Professeur des universités–néphrologue, hôpital La Pitié-Salpêtrière (AP-HP), Paris (75), vice-présidente de Rénif

****
****

DR ISABELLE TOSTIVINT NEPHROLOGUE
- CHRISTINE BONNAL PSYCHANALYSTE

- Lithiases urinaires, témoins d'histoires de vies
- Intérêt d'une approche psychosomatique dans la prise en charge des patients

Introduction

Le centre interdisciplinaire de la lithiase Urinaire

Le cadre des investigations psychosomatique

Calculs

Les urines

Les hypothèses

Lithiases rénales : 10% de la population en France

- 50% de récidives dans les 5 ans
- Centre d'expertise interdisciplinaire de la lithiase urinaire intégrant un(e) psychosomaticienne
- personnes ayant plus de 1.2 opération chirurgicale/an
- 200 patients en 2.5 ans.

- Biologiste : Dr Piéroni
- Diététicienne: Mme Dousseaux
- Néphrologue: Dr Tostivint
- Psychosomaticiens: Mme Bonnal, Mr Modat
- Radiologue : Dr Renard-Penna
- Rhumatologue: Dr Inaoui

Urologues: Dr Conort, Dr Mozer

- Mise en commun d'informations provenant d'acteurs différents
- Mise en perspective et interprétation selon le contexte

Un processus de 18 mois

- **HOSPITALISATION DE JOUR**

- **JOUR 1 : Chercher les causes possibles des calculs urinaires.**
- **A quoi servent les reins?**
- **Pourquoi fait-on des calculs?**
- **Que trouve-t-on dans les urines?**
- **Adapter le volume des boissons et l'apport de calcium**
- **6 mois JOUR 2 :**
- **Diagnostiquer le processus à l'origine de la formation des calculs.**
- **Qu'est-ce qu'un calcul ? Quelle est sa nature chimique ?**
- **Le « voyage » du calcium dans le corps.**
- **Quels sont les retentissements possibles des calculs urinaires?**
- **Questionnaire : points calcium.**
- **Adapter l'apport de sel et de protéines.**

- **18 mois JOUR 3:**
- **Prévenir les récidives en contrôlant au mieux le processus**
- **Alimentation variée, équilibrée, adaptée au besoin individuel.**
- **Questionnaire : points sel.**
- **Traitement personnalisé.**
- **Le diagnostic du processus qui est à l'origine de la formation des calculs est complexe et multi factoriel chez les personnes qui ont des récidives**

Déroulement d'une journée d'hospitalisation

Consultations individuelles

Infirmière
Diététicienne
Psychosomaticien
Urologue
Néphrologue

Introduction

Le centre interdisciplinaire de la lithiase Urinaire

Le cadre des investigations psychosomatique

Calculs

Les urines

Les hypothèses

Cadre des investigations psychosomatiques

- Il s'agit :
    - de laisser le maximum de liberté d'expression au patient, de favoriser le récit de son histoire et la nature de ses relations affectives…
    - tenter d'intéresser le patient à sa vie psychique, voir à l'existence de son inconscient
    - La priorité est donnée à l'entretien lors du 1er hôpital de jour

L'investigation

- Offrir un espace-temps différent de celui de la consultation médicale
- Cette investigation permet de
    - faire des hypothèses sur le fonctionnement psychosomatique de la personne
    - apprécier un risque de potentiel désorganisation psychique pouvant présager une aggravation du tableau clinique
    - explorer les possibilités d'un suivi psychothérapeutique adapté
- Les limites
    - Le temps : un entretien souvent unique de 30 à 45'
    - Le manque de suivi psy et/ou la difficulté de trouver des référents surtout en province
    - Comment redonner et rétablir une meilleure homéostasie narcissique

Autres éléments du cadre

- Règle de confidentialité rappelée par le médecin.
- Communication de certains éléments aux soignants concernant la vie des patients, si ceux-ci s'avéraient essentiels dans leur prise en charge
- Partage d'une appréciation du risque psychosomatique
- Toute autre communication au médecin a fait l'objet d'une demande d'autorisation au patient.
- Quelques chiffres
    - Sur 2009, 50 patients ont été vus
    - 30 patients sur 6 mois en 2010

Introduction

Le centre interdisciplinaire de la lithiase Urinaire

Le cadre des investigations psychosomatique

Calculs

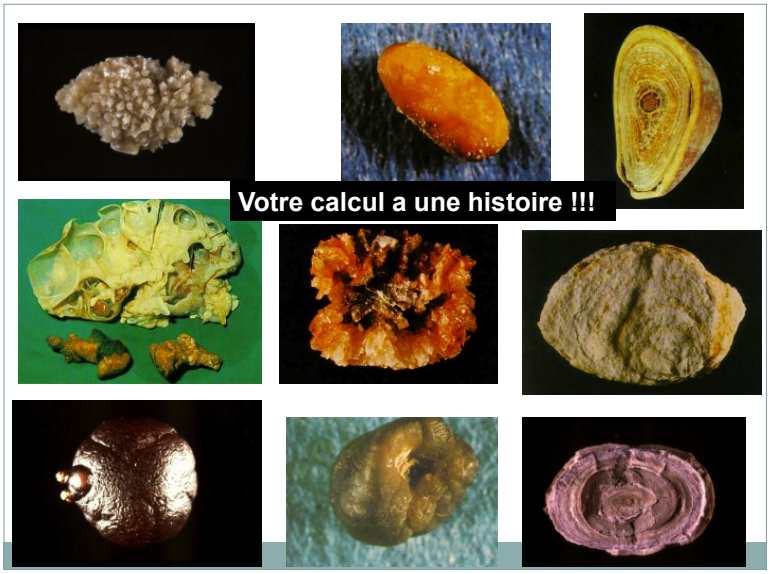
Les urines

Les hypothèses

Calculs

- **Constat : les calculs sont un « disque dur » du passé**

    1. **Histoire de leur construction: Composition spécifique avec strates spécifiques**
    2. **Moments de migration**



Quelle est la recette utilisée par l'organisme ? Pourquoi les récidives ?

- **Le processus lithiasique**
    - **Multifactoriel**
    - **Incluant dimension psychique**

Reconstruction de l'histoire de tous les calculs

- **Mise en perspective**
- **Selon les évènements de vie de la personne**

Calculs très récidivants

- **Intérêt majeur de l'approche psychosomatique la compréhension de la construction lithiasique**
    - **Exemple : l'intensification de l'activité lithiasique**

Introduction
Le centre interdisciplinaire de la lithiase Urinaire
Le cadre des investigations psychosomatique
Calculs
Les urines
- **Le calendrier mictionnel**
- **La cristallurie**

Les hypothèses

Les urines témoins du « le voyage des fluides

- **Rien ne se perd rien ne crée tout se transforme…**
  - **Déséquilibre entrées/sorties**
- **Facteurs aggravants**
  - **Pleurs**
  - **Sueurs en particulier périménopause**
  - **Sécrétions « humeurs »**
  - **Le premier aliment est un liquide**
  - **Calcium/lait**

Illustration : Chantal

diurèse des 24h: Inférieure à 0.5L/j

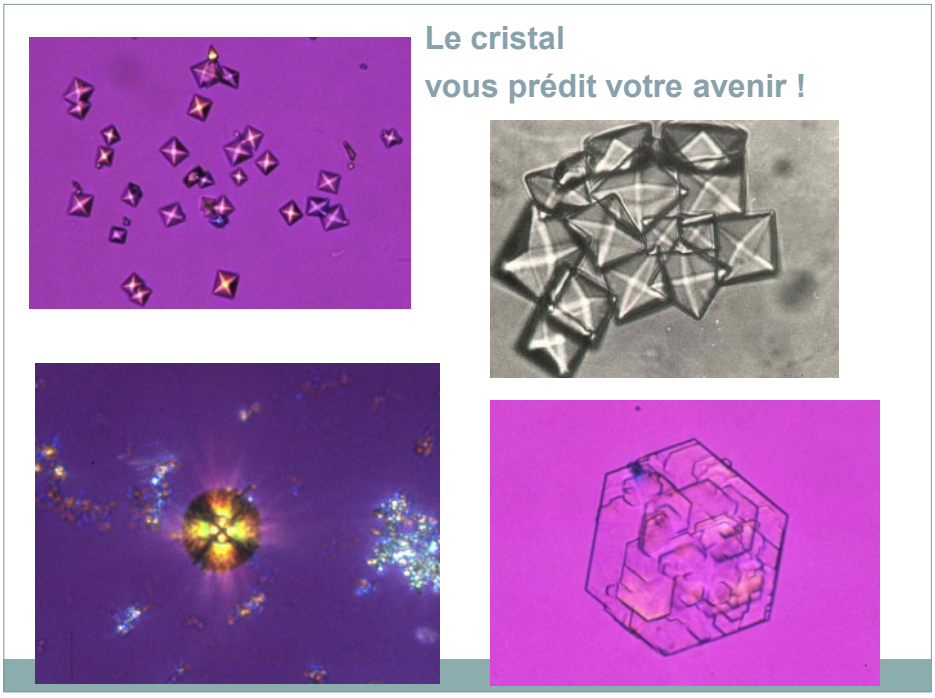
- **Je pleure tout le temps**
- **Je suis une bouillotte, j'ai chaud tout le temps**
- **Je n'ai pas soif**
- **Je n'écoute pas ma soif**
- **Je n'ai pas le temps de boire**
- **Je n'ai pas le temps d'uriner**
- **Je n'ai pas envie d'uriner (fuites, pollakiurie)**

Calendrier mictionnel

- **Oligurie :**
  - **Le matin et le soir**
  - **Pollakiurie associée ? Toutes les 5 minutes**
  - **Faible volume mictionnel ?**
  - **Répartition déséquilibrée sur le nycthémère**
  - **Comment j'évacue mes urines ?**
  - **Problèmes vésico-sphinctériens**
  - **Auto-sondage**
    - **Stéphanie**

La cristallurie

- **Informative :**
  - **sur le processus lithogénique car parfois pathognomonique**
  - **Sur la durée de la miction et le délai nécessaire pour obtenir un échantillon**
  - **Intéressante : réaction étonnée et « positive » des patients devant la beauté parfaite des cristaux**
  - **Réparatrice? D'un point de vue narcissique (par opposition à la « gravelle »)**



Introduction
Le centre interdisciplinaire de la lithiase Urinaire
Le cadre des investigations psychosomatique
Calculs
Les urines
Hypothèses et conclusion

Quelques points communs

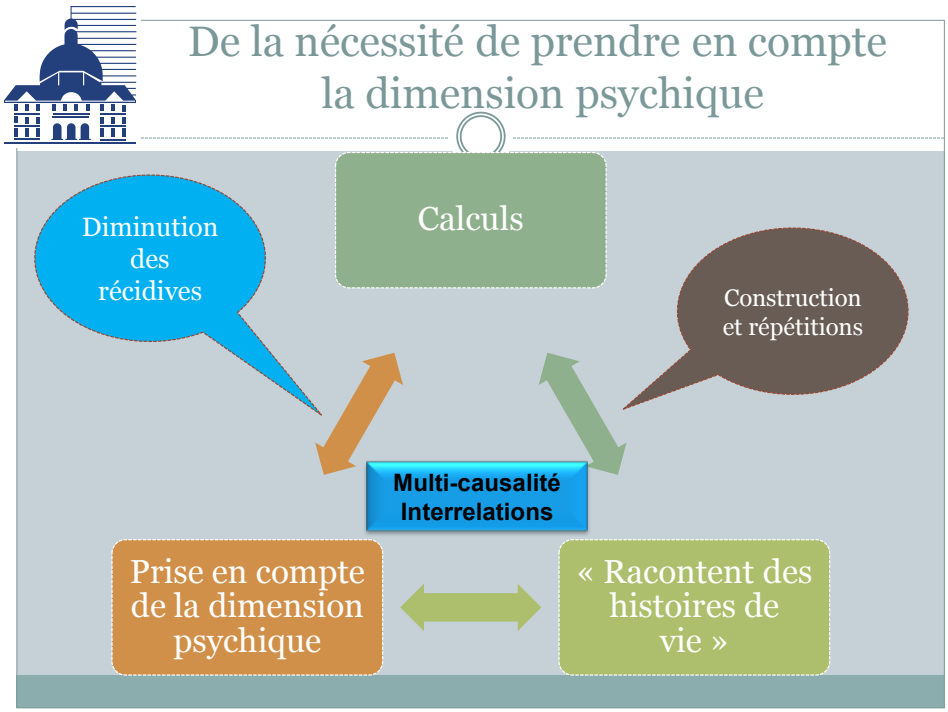
- **Une douleur (pendant les crises) qui a besoin d'être entendue**
- **La douleur qui autorise**
- **Une agressivité qui a besoin d'être entendue**
- **« syndrome du rein unique »**
  - **Atteinte à l'image du corps**
  - **majoration de l'angoisse de mort après réalisation de la néphrectomie**
- **Peur de la dialyse assimilée à une perte d'indépendance**
- **complications sexuelles liées aux représentations symboliques inconscientes du rein**
- **Réactivation d'angoisse d'intrusion et d'abandon**
- **Les problématiques les plus fréquentes se situent au niveau pré-génital. Problématique narcissique**

Les limites et vigilance

- **Quand le psychosomaticien est absent ?**
- **La capillarité : créer une ouverture chez le médecin + devoir de mettre des limites pour se protéger lui même sans mettre en danger le patient**
- **L'effet « groupe »**

CONCLUSION

De la nécessité de prendre en compte la dimension psychique



Lithiases urinaires, témoins d'histoires de vies.
Intérêt d'une approche psychosomatique dans la prise en charge des patients

Symposium Psychosomatique intégrative

****

PR. JEAN BENJAMIN STORA
- UNITE DE SYNDROME METABOLIQUE
- SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE DU PR. E. BRUCKERT
- GHU LA PITIE-SALPETRIERE

- Le risque psychosomatique: risque psychique, risque somatique et environnement : convergence, divergence et pronostic
- Étude de 150 patients - syndrome métabolique

Je tiens à présenter à l'intention des participants du 2ème symposium de la Société de Psychosomatique Intégrative les résultats de la première recherche épidémiologique en psychosomatique intégrative. Cette recherche utilise une combinaison de l'ancienne classification Pierre MARTY et la nouvelle méthode d'évaluation du risque psychosomatique dont les derniers éléments ont été développés dans les récentes années complétés par une nouvelle nosographie.

J'ai de 2007 à fin 2009 investigué sans bénéficier ni de soutien de chercheur ni de soutien financier plus de 180 patients de l'unité de syndrome métabolique du service d'endocrinologie du Pr. Eric Bruckert. Je suis consultant de ce service de puis 1993.

La méthode d'investigation est développée dans mes deux ouvrages publiés chez Odile Jacob: "Quand le corps prend la relève, stress, traumatismes et maladies somatiques" (1999) et " Vivre avec une greffe, accueillir l'autre" (2005). En annexe de ce document on trouvera la fiche permettant de coder le fonctionnement psychique des patients investigués.

Aux paramètres psychiques j'ai ajouté après consultation des médecins du service et surtout de mon collègue le Dr. Philippe Giral, PH avec qui je travaille depuis plus de 15 ans, les paramètres biologiques. L'originalité de cette étude épidémiologique réside dans la combinaison des paramètres psychiques qualitatifs et des paramètres biologiques quantitatifs. Les psychanalystes qui seraient surpris devront prendre en considération les efforts lointains de Sigmund Freud et ceux plus proches de certains psychanalystes de la Société Britannique de Psychanalyse pour étudier de façon statistiques une cohorte de patients. Nous ne retenons dans une telle étude que les paramètres de structuration psychique (cf. fiche en annexe).

Les paramètre psychiques et biologiques pris en considération sont les suivants:

NOM PRENOM Date Naissance patient ou patiente

Paramètres psychiques: fonctionnement psychique ; Comportements ; Affects ; Environnement ; Risque global ; Structure psychique ;

Paramètres biologiques: Sexe ; STATINE ; HTA ; Age ; Poids ; Taille ; BMI ; Tour de taille ; TAS ; GAJ ; Insuline à jeun ; CT ; TG ; HDL ; actuel.

Le traitement statistique de cette communication ont été effectués par mes soins; les calculs de la communication suivante ont été effectués par Benoît Depreux, Ingénieur des Arts et Métiers, psychothérapeute en formation à la Nouvelle faculté Libre, et diplômé de psychosomatique intégrative.

Nosographie Psychosomatique de Pierre Marty

- **S121. Névrose bien mentalisée** : Certitude, névrose classique au sens freudien
- **S122. Névrose à mentalisation incertaine** : Doute
- **S123. Névrose mal mentalisée** : Défauts avérés. La mentalisation apprécie d'un coup trois qualités fondamentales du préconscient : Epaisseur de l'ensemble des formations représentatives ; fluidité des liaisons entre les représentations ; permanence habituelle du fonctionnement.
- **S131. Névrose de comportement** : Insuffisance originelle du préconscient ; expression habituelle de l'inconscient et du ça dans les comportements.
- **S161. Psychose de comportement**

Cotations variable environnement (rubrique de la méthode J.B.S)

1. Niveau très satisfaisant, 2. Satisfaisant, 3. Légère altération temporaire, 4. Difficultés d'intensité moyenne, 5. Altération importante, 6. Altération majeure conduisant à une incapacité de fonctionnement temporaire, 7. Incapacité durable de fonctionnement autonome.

Cotations risque psychique et risque somatique

Evaluation du risque psychique

« **5 » absence de risque**

De 5 à 10 risque faible à modéré

De 10 à 15 risque modéré à élevé

15 et plus risque élevé à très élevé

Evaluation du risque somatique

4 risque très élevé

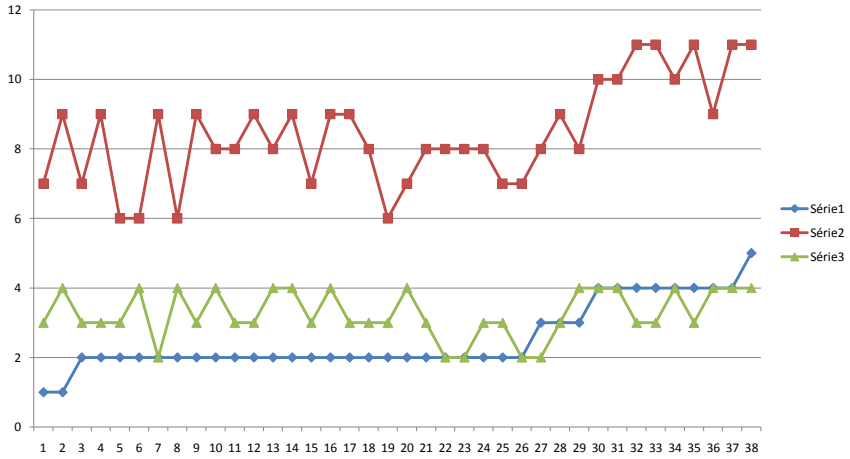
3 risque élevé

2 risque moyen

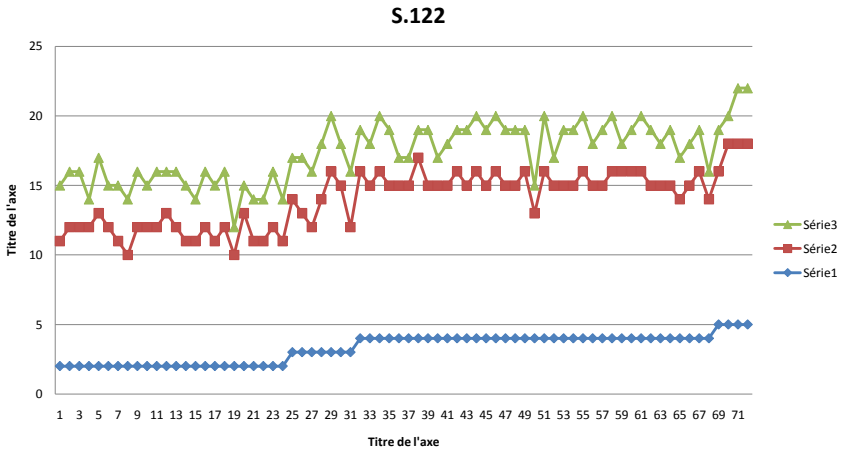
1 risque faible

0 absence de risque

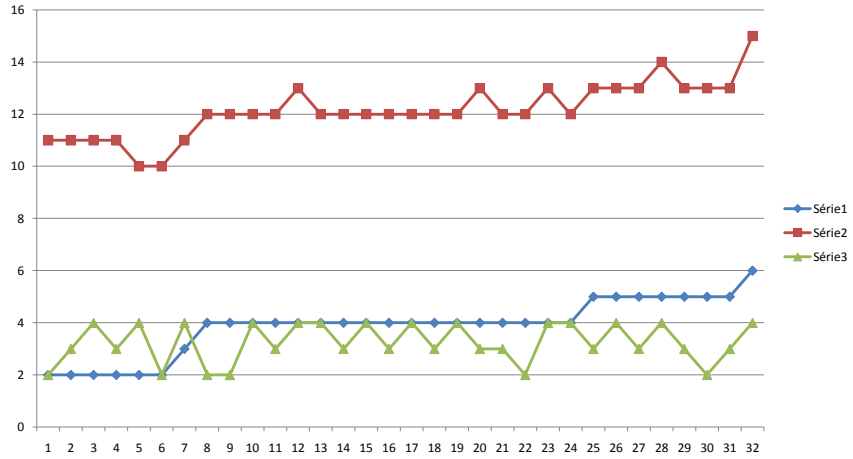
Névrose bien mentalisée: S.121
37 patients: psy 29 valeur 8
soma15 valeur 4 et 23 valeur 3
environnement 23 valeur 2 soit 62,2%



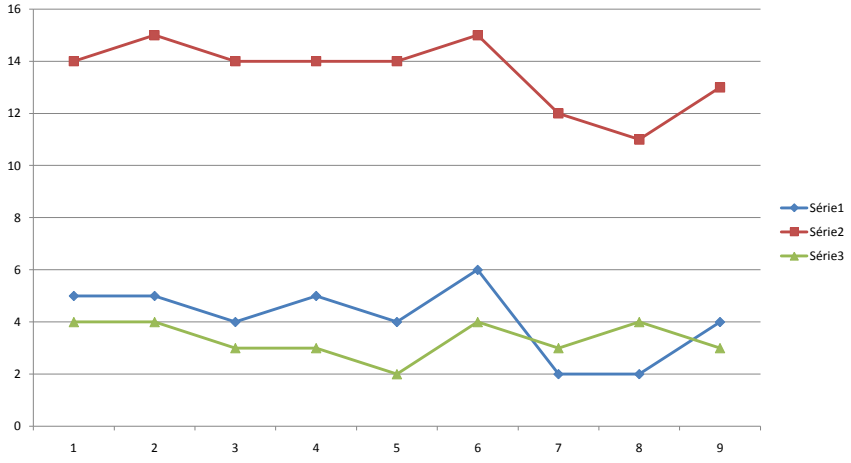
Névrose à mentalisation incertaine, S.122:
71 patients dont 23 avec un environnement stable et 24 avec un risque psychique modéré. Pronostic favorable pour 32,39% des patients



Névrose mal mentalisée S.123
31 patients dont 6 avec un environnement stable et 6 risque modéré,
pronostic favorable pour 19,35%



Névrose de comportement et psychose de comportement S.131 et S.161
9 patients dont deux en S.131 pronostic favorable mais réservé dans un environnement stable; convergence des risque psychique et somatique



PR. JEAN BENJAMIN STORA
- BENOIT DEPREUX
- GHU LA PITIE-SALPETRIERE

- Risque Psychosomatique et Syndrome Métabolique

Étude sur le risque psychosomatique de 151 patients de la Pitié Salpêtrière (57 femmes 94 hommes) patients dans l'unité de syndrome métabolique.

Les études statistiques ont été effectuées par Benoît Depreux.

Avertissement : Les évaluations du risque psychosomatique ont été réalisées suivant la grille d'évaluation mise au point par le Professeur Jean-Benjamin Stora (cf. commentaires de J.B.Stora ci-dessus, présentant l'étude). Les 151 évaluations ont été faites par la même personne, en l'occurrence le professeur Jean-Benjamin Stora lui-même. Ceci garantit un bon calibrage des évaluations.

L'échantillon est suffisant pour mener des interprétations sur un critère. En revanche, sur plus d'un critère, le nombre d'occurrences est trop faible pour en tirer des conclusions sûres. Tout au plus cette première étude qui a déjà le mérite d'exister, permet de poser des hypothèses à vérifier et de cadrer de nouvelles études pour aller de l'avant.

Abréviations : SD Met = Syndrome métabolique, fact = Facteur du syndrome métabolique, PS = Pitié Salpêtrière, F = Femme, H = homme, HTA>=140 = Hypertension artérielle, CT>2,5 = Hypercholestérol, BMI>=30 = Obésité, Gaj>=1,26 = Diabète.

La définition du syndrome métabolique utilisée dans ce document est celle du NCEP III.

Comment se situe l'échantillon de l'étude épidémiologique du Pr. J.B.Stora par rapport à la prévalence dans la population française du syndrome métabolique ?

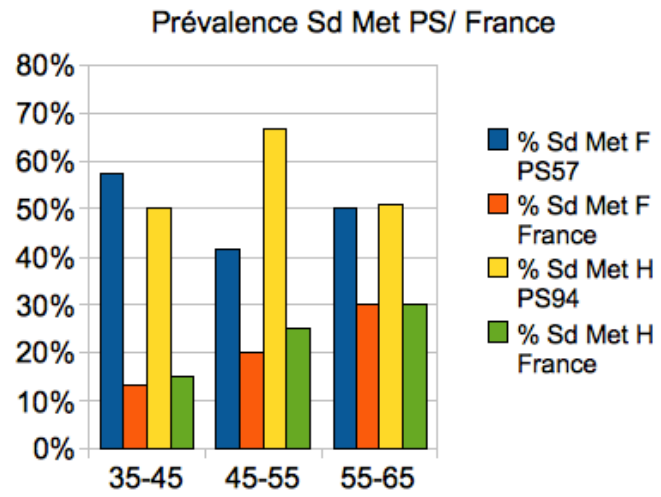


Illustration 1: Sources : Jean Dallongeville - Institut Pasteur de Lille INSEM U744 - Etude 2007

Les données en France n'existent que pour la tranche d'âge de 35 ans à 65 ans. Aussi nous ne pouvons situer l'ensemble de notre échantillon dont l'âge varie de 25 ans à 75 ans.

La population qui consulte dans l'unité de syndrome métabolique est évidemment une population plus touchée par le syndrome métabolique que la population normale française. Nous constatons un différentiel de comportement entre les hommes et les femmes : Par exemple, dans la tranche des 45-55 ans, l'écart entre hommes et femmes est deux fois plus fort dans l'échantillon que celui constaté entre les hommes et les femmes de la population française. La sensibilité à venir consulter en fonction de son état ou l'effet du traitement n'est manifestement pas le même entre les hommes et les femmes pour les deux tranches les plus jeunes.

Pour situer cet échantillon, pouvons-nous avoir une base de comparaison plus large en dehors de la France ?

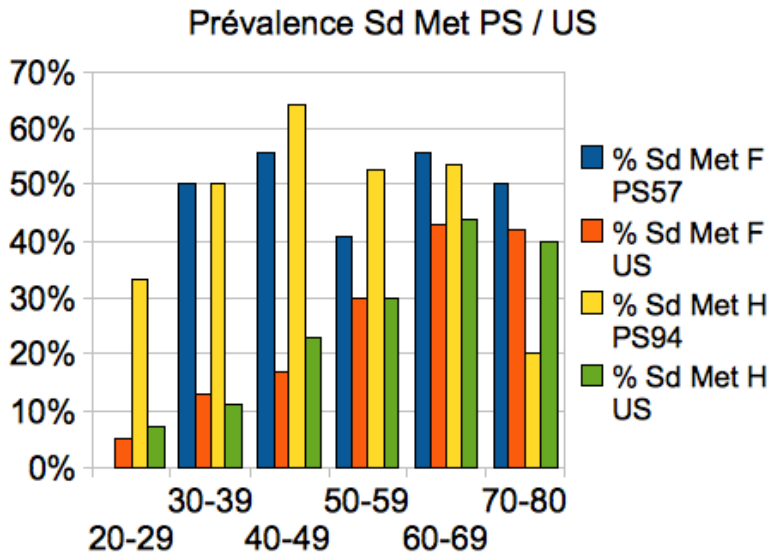


Illustration 2: Sources : Jean Dallongeville - Institut Pasteur de Lille INSEM U744 - Etude 2007

Les données françaises étant limitées à la tranche des 35- 65 ans. Nous avons utilisé les données concernant la prévalence du syndrome métabolique dans la population des Etats-Unis. Là, aussi peu de surprise. Remarquons qu'il n'y a pas de femmes qui aient consulté dans la tranche la plus jeune. La prévalence du syndrome métabolique chez les hommes dans la tranche la plus âgée est anormale en raison du faible nombre de cas dans l'échantillon de 94 patients hommes. Nous retrouvons un différentiel de comportement homme-femme pour toutes les tranches d'âges.

Comment se situe cet échantillon par rapport à la prévalence des différents facteurs du syndrome métabolique dans la population française ?

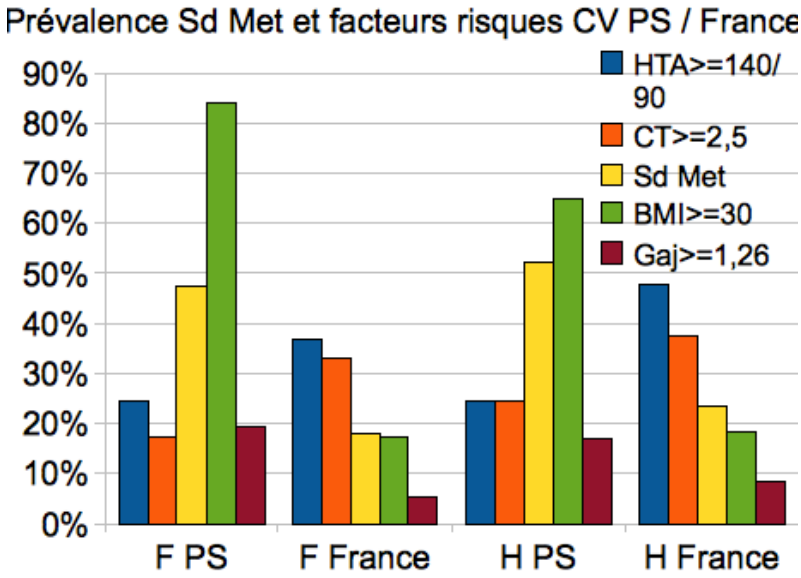


Illustration 3: Sources : Jean Dallongeville - Institut Pasteur de Lille INSEM U744 - Etude 2007

En décortiquant facteur par facteur le syndrome métabolique, il apparaît sans surprise que l'échantillon qui consulte a en son sein, par rapport à la population française :

- deux fois plus de personne ayant dépassé le seuil du syndrome métabolique
- 3 fois plus d'obèses hommes
- 4 fois plus d'obèses femmes
- 2 fois plus de diabétiques hommes
- 4 fois plus de diabétiques femmes.

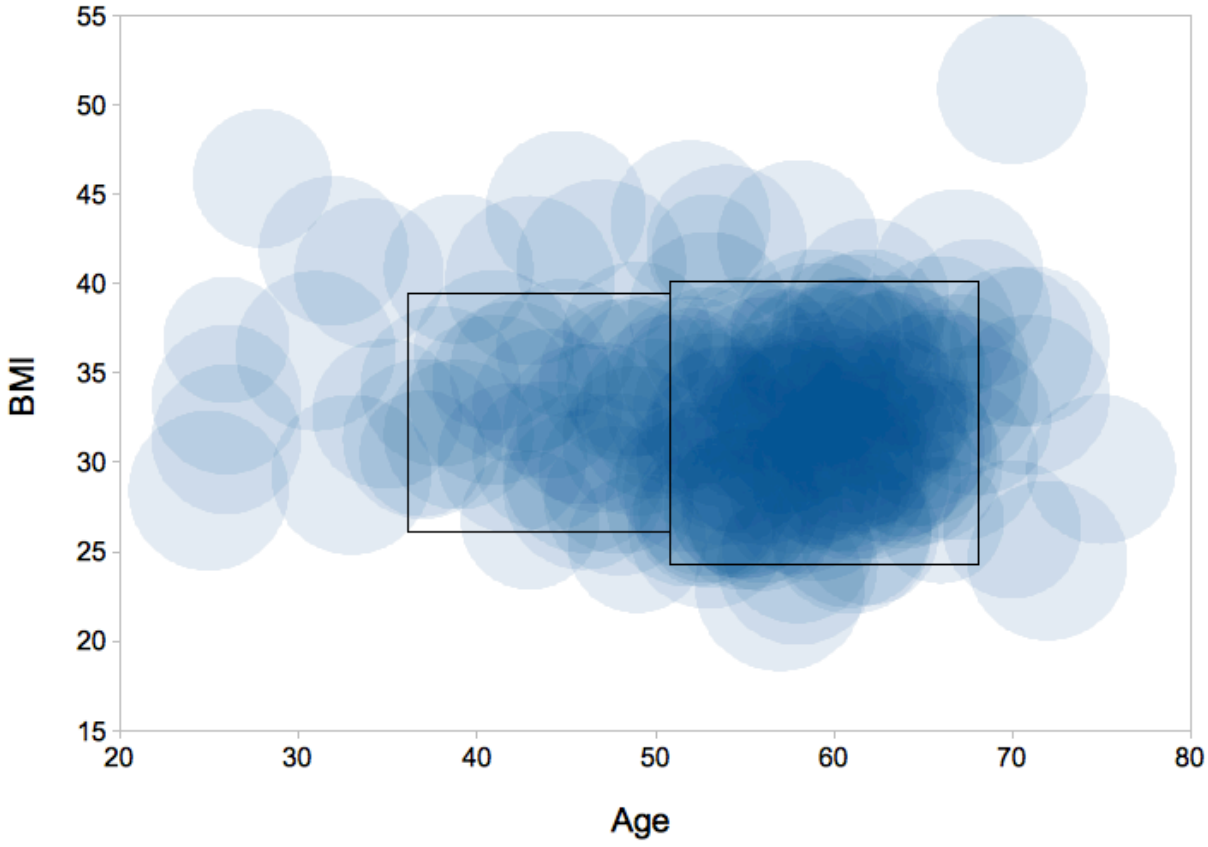
Mais en revanche :

- 2 fois moins d'hypertension chez les hommes
- 1,5 fois moins d'hypertension chez les femmes
- 1,5 fois moins d'hyper-cholestérol chez les hommes
- 2 fois moins d'hyper-cholestérol chez les femmes

L'obésité et le diabète semblent être des facteurs dominants, à l'origine de la première consultation ou du suivi dans l'unité.

Les femmes de l'échantillon consultent moins en nombre que les hommes, 57 femmes pour 94 hommes. Pourtant, la prévalence dans la population française est légèrement supérieure pour les hommes que pour les femmes en ce qui concerne le syndrome métabolique et comparable pour l'obésité. Pour le diabète, la prévalence est 1,5 fois plus élevée pour les hommes, cependant dans l'échantillon, il y a quasiment autant d'hommes que de femmes en pourcentage qui consultent entre autre pour cette pathologie. Les femmes qui consultent sont, en nombre, beaucoup plus obèses.

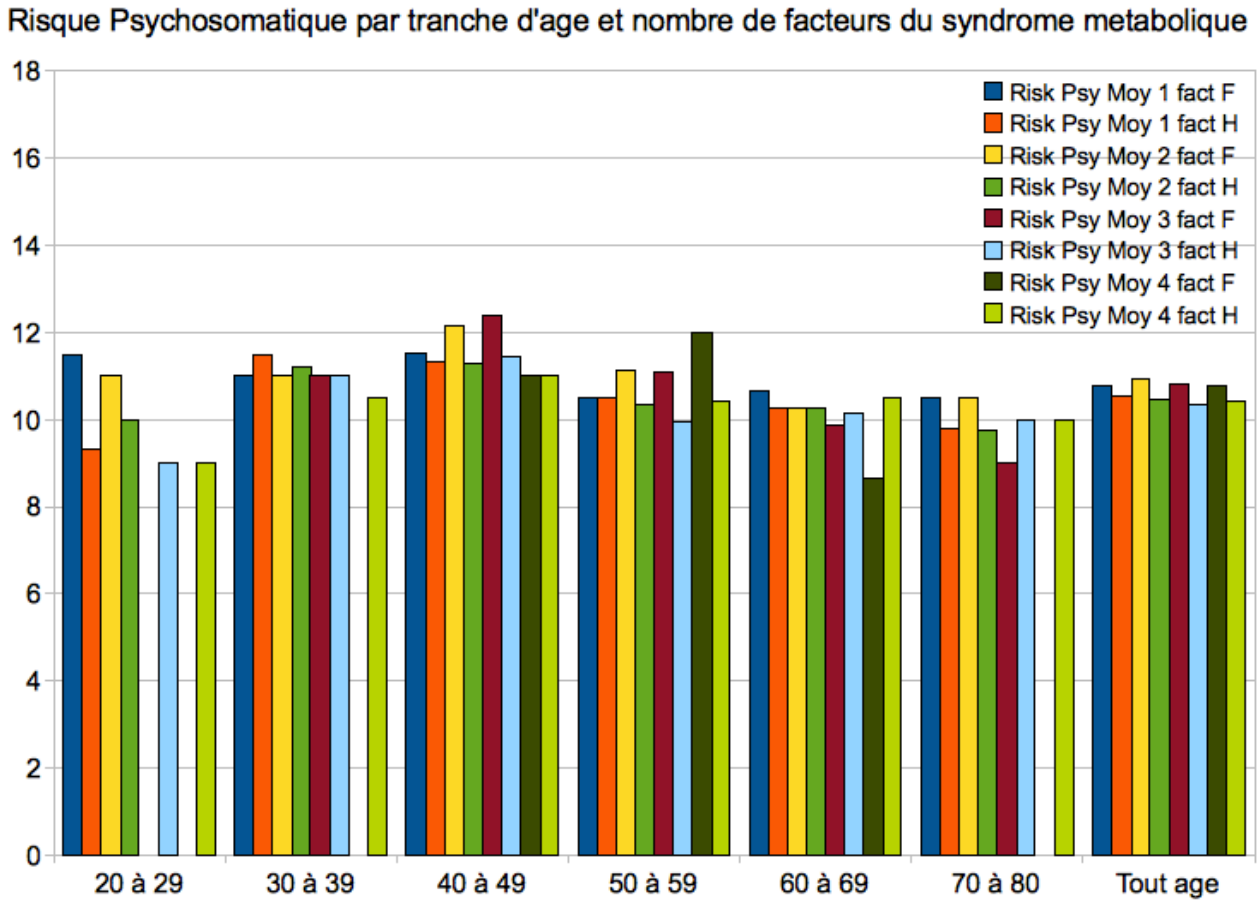
Qu'en est-il de la composition de l'échantillon de patients ?



80 % de la population de l'échantillon est surtout concentrée dans deux blocs allant de 36 ans à 70 ans. Pour cette majorité de consultants du service, un premier bloc homogène de 36 ans à 51 ans pour lequel le BMI va de 26 à 40 et un deuxième bloc homogène encore plus nombreux de 52 ans à 70 ans pour lequel le BMI va de 25 à 40.

Les analyses présentées par la suite peuvent avoir un sens dans ces deux blocs. En dehors, le nombre d'occurrences est trop faible pour en déduire des orientations surtout quand plus d'un critère de tri est utilisé.

Y-a-t-il un lien entre le niveau de risque psychosomatique et le nombre de facteurs du syndrome métabolique des patients de notre échantillon ?



Pour rappel, le risque psychosomatique est la somme des risques relatifs au fonctionnement psychique, au comportement, aux affects et à l'environnement. Son échelle va de 1 à 18.

La moyenne tout âge confondu est de 10,64 sur une échelle qui va jusqu'à 18. De 10 à moins de 15, le risque est modéré à élevé. Les défenses psychiques sont moyennes voir faibles et l'environnement n'est pas stable voire très instable. Cette moyenne est de 10,93 pour les femmes et de 10,49 pour les hommes. Les femmes seraient-elles soumises à un environnement plus sévère que les hommes ou auraient-elle moins de défenses psychiques ? Ou alors franchissent-elles la porte de l'hôpital quand elles se sentent psychiquement plus fragiles ?

La moyenne est la plus élevée, hommes et femmes confondus, pendant la quarantaine avec 11,43 suivie de la trentaine 11,30 puis de la cinquantaine 10,50 (respectivement 11,56, 11,00, 10,50 pour les femmes et 11,36, 11,5 et 10,5 pour les hommes). Les hommes subissent un risque psychosomatique plus élevé à la trentaine, les femmes à la quarantaine.

La moyenne du risque psychosomatique voit une évolution dans la tranche de la quarantaine et de la cinquantaine pour les femmes en fonction du nombre de facteurs du syndrome métabolique. D'au

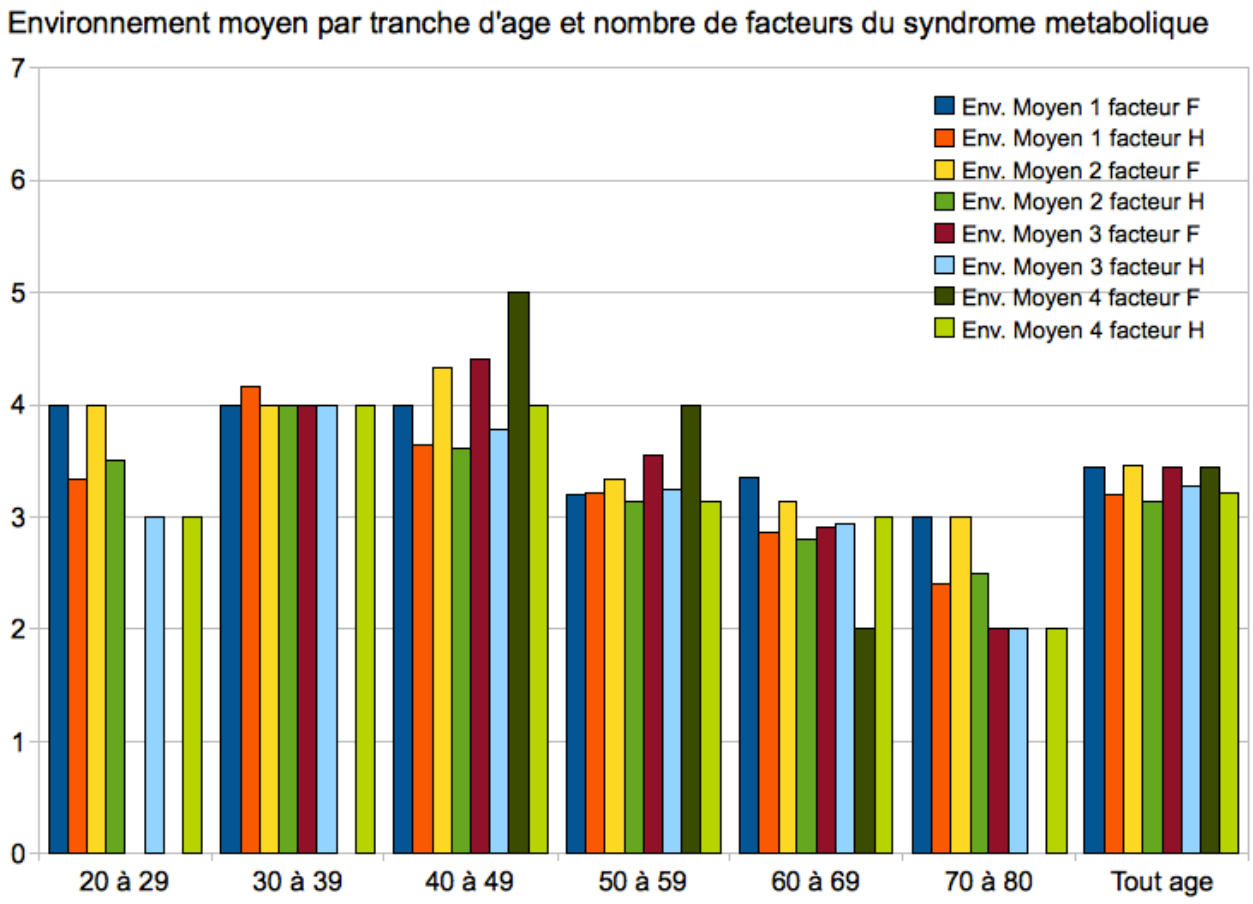
moins 1 à au moins 3 facteurs, le risque psychosomatique augmente. Les femmes sont-elles dans cette période plus soumise à des risques environnementaux qui les fragilisent plus que les hommes ?

Pour les hommes, dans ces tranches d'âges de la quarantaine à la cinquantaine, la moyenne du risque psychosomatique ne dépend pas du nombre minimum de facteurs. Le niveau de défense psychique ne les prémunit pas plus contre au moins 1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 facteurs du syndrome métabolique. Il est soit insuffisant ou soit indépendant.

L'échantillon des tranches extrêmes très âgées et très jeunes, surtout quand le nombre de facteurs du syndrome métabolique dépasse 4, est faible. Les résultats au-dessus de 4 facteurs sont donc difficilement interprétables pour ces tranches. Les résultats des tranches de la vingtaine et de la septantaine sont à prendre à titre indicatif.

Une étude comparative avec une population non malade est nécessaire pour juger du niveau d'insuffisance ou d'indépendance du risque psychosomatique.

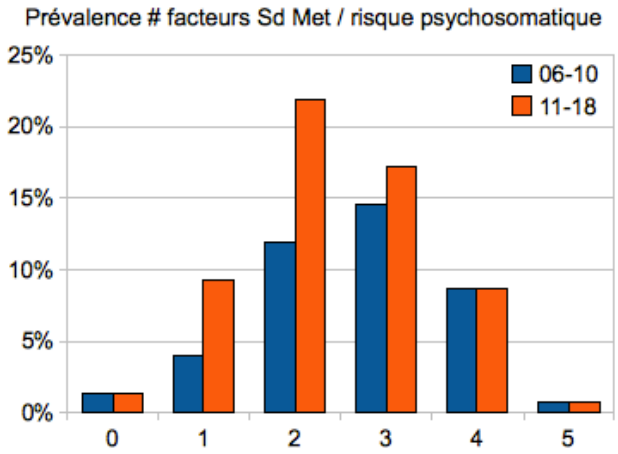
Y-a-t-il un lien entre le niveau de risque environnemental et le nombre de facteurs du syndrome métabolique des patients de notre échantillon ?



Sans être une surprise le risque environnemental est plus fort dans la période de la trentaine et de la quarantaine puis il ne cesse de diminuer. C'est la période des risques de divorce, de stress professionnel, de responsabilité parentale, de restructuration psychique comparable à l'adolescence. Les femmes sont plus sensibles à l'environnement dans la période de la quarantaine et de la cinquantaine. Subissent-elles un environnement plus agressif ? Ou, somatisent-elles plus facilement ? Ou consultent-elles plus tardivement quand elles se sentent psychiquement plus fragiles ?

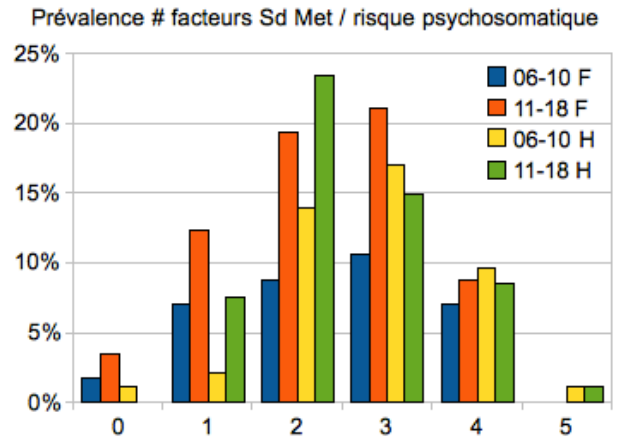
L'environnement est l'explication majeure des écarts constatés précédemment entre les hommes et les femmes pour les tranches de la quarantaine et de la cinquantaine. La dépendance entre le risque environnemental et le nombre minimum de facteurs du syndrome métabolique est ici visible aussi pour les hommes mais dans une moindre mesure car le risque environnemental est plus faible. Nous pouvons poser l'hypothèse que le niveau de défenses psychiques se comporte comme une digue. Quand elle devient insuffisante, peu importe le niveau d'eau qui dépasse. De la même manière quand il est insuffisant peu importe le niveau de pression environnementale, la maladie se développe malgré les défenses mentales. Le psychisme est débordé, il ne constitue plus momentanément un système de défense de l'individu qui doit faire appel à une aide psychothérapique pour renforcer les défenses mentales et les reconstituer.

Un risque psychosomatique faible à moyen agit-il comme une digue ?



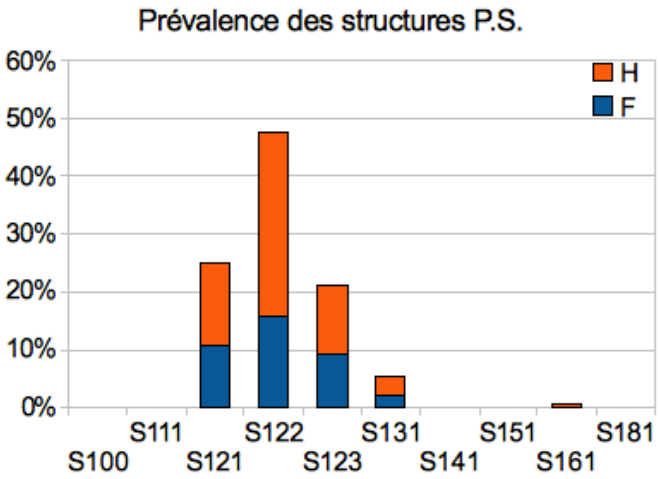
Pour des patients totalisant 1 ou 2 facteurs du syndrome métabolique, ceux ayant un risque psychosomatique élevé à très élevé (note allant de 11 à 18, sont 2 fois plus nombreux que ceux ayant un risque faible à moyen. En revanche pour les patients totalisant 3 facteurs, cet effet diminue et passe de 2x à 1,15x. Enfin pour les patients totalisant au moins 4 facteurs, le risque psychosomatique n'est plus discriminant. Quand la maladie prend de l'ampleur, cela se passe quel que soit le niveau du risque psychosomatique. La détérioration affaiblit encore plus le psychisme mais le risque psychosomatique l'intègre-t-il ?

Y-a-t-il une différence de ce point de vue entre les femmes et les hommes ?



Le même phénomène est observé pour les deux sexes, mais pour les femmes le doublement s'observe jusqu'à 3 facteurs.

Quelles sont les structures psychiques en présence dans notre échantillon ?



Pour mémoire, la nomenclature utilisée est l'ancienne nosographie psychosomatique élaborée par le Dr. Pierre Marty et non pas la nouvelle nosographie élaborée dans les dernières années par le Pr. J.B.Stora:

S111. Névrose mentale symptomalogiquement organisée, au fonctionnement soutenu. Névroses polymorphes sans symptomatologie mentale dominante et soutenue. Il peut s'agir d'organisations anales avec manifestations obsessionnelles passagères ou d'organisations hystériques avec phénomènes de conversion ; la systématique mentale névrotique ou psychotique a été débordée par le conflit au moins momentanément.

S121. Névrose bien mentalisée : Certitude, névrose classique au sens freudien

S122. Névrose à mentalisation incertaine : Doute

S123. Névrose mal mentalisée : Défauts avérés. La mentalisation apprécie d'un coup trois qualités fondamentales du préconscient : Epaisseur de l'ensemble des formations représentatives ; fluidité des liaisons entre les représentations ; permanence habituelle du fonctionnement.

S131. Névrose de comportement : Insuffisance originelle du préconscient ; expression habituelle de l'inconscient et du ça dans les comportements.

S141. Psychose : Symptomatiquement organisée, au fonctionnement soutenu

S151. Psychose, autres formes : Polymorphe.

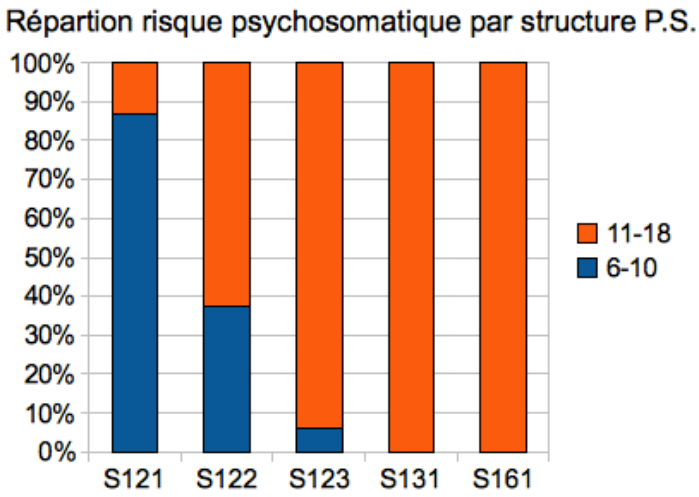
S161. Psychose de comportement

S181. Organisation allergique essentielle, catégorie nosographique psychosomatique (P. Marty)

S100. Autres

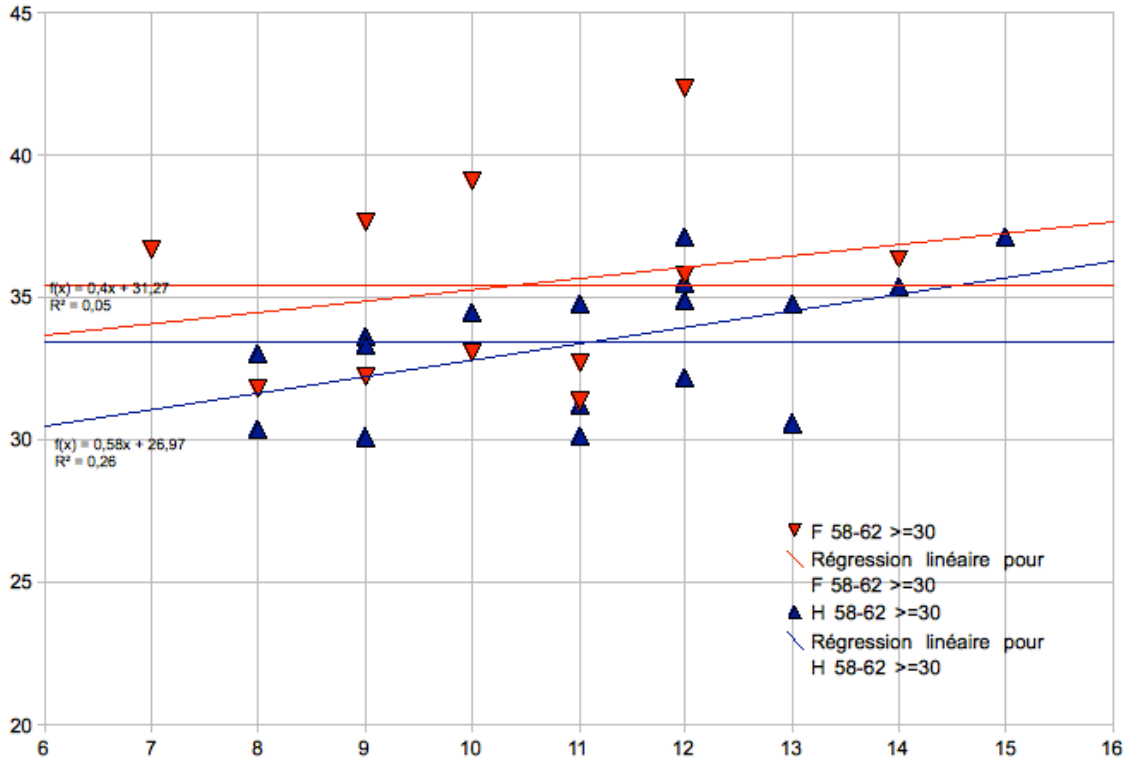
Nous avons donc principalement 1/4 de notre population du type « névrosé bien mentalisée », une petite moitié du type « névrosé à mentalisation incertaine », 1/5 du type « névrosé mal mentalisé », quelques cas du type « névrose de comportement » et 1 cas du type « psychose de comportement ». La représentativité homme / femme est équivalente dans les structures présentes. (Attention sur la figure la proportion homme – femme est celle de l'échantillon. Il faut comparer les barres bleues entre elles pour visualiser les proportions des structures de notre population de femmes)

Où se situe le niveau de risque psychosomatique dans chacune des structures présentes dans cet échantillon ?



Sans surprise le niveau de risque est majoritairement faible à modéré pour les structures du type « névrosé bien mentalisé » à plus de 85%. Pour les structures du type « névrosé à mentalisation incertaine », le risque est élevé dans plus 60% des cas. Enfin pour les structures du type « névrosé mal mentalisé » le risque est élevé dans plus de 90% des cas.

Y-a-t-il un lien entre le BMI et le niveau de risque psychosomatique ?



Notre population a beaucoup d'hétérogénéités : sociale, culturelle, d'historiques de la pathologie, d'âges, etc. En moyenne, un jeune ne se nourrit pas de la même façon qu'une personne plus âgée. Un patient peut se soigner depuis plus ou moins longtemps en observant plus ou moins les prescriptions. Nous ne pouvons pas éliminer les bruits de notre échantillon, mais nous pouvons au moins pour les limiter choisir une tranche d'âge étroite où nous avons le plus de patient possibles.

En fonction de ces critères, nous avons retenu la tranche de 58-62 ans. Sur 24 cas, nous observons une tendance d'augmentation du BMI en fonction du niveau de risque psychosomatique à la fois pour les hommes et les femmes de l'ordre de 1 point de BMI tous les 2 points de niveau de risque. Pour confirmer cette tendance avec un bon coefficient de régression, il faudrait élargir la base de notre échantillon.

Conclusions :

Cette étude épidémiologique est limitée, mais a le mérite de poser des jalons pour engager de nouvelles études. Nous observons plusieurs enseignements :

- La nécessité de prendre en considération dans toute étude médicale épidémiologique l'évaluation du fonctionnement et des dysfonctionnements de l'appareil psychique face à la maladie.
- Il s'agit de la première étude jamais effectuée à ce jour en médecine prenant en considération la dimension psychique des patients utilisant une méthode développée par le Pr. J.B.Stora au cours des 20 dernières années.
- Un long chemin est encore à parcourir pour que les épidémiologistes tiennent enfin compte de l'existence d'un appareil mental chez les êtres humains. Les études publiées jusqu'à nos jours sont-elles pertinentes ?
- C'est la question que nous poserons à nos collègues.

ANNEXES

RESULTATS DE L'EXAMEN CLINIQUE PSYCHOSOMATIQUE

Nom
Prénom
Date de naissance
Date de l'examen clinique

<table>
<tr><td colspan="2">L'EXAMEN CLINIQUE PREND EN CONSIDERATION LES 4 DIMENSIONS DU FONCTIONNEMENT DE L'UNITE PSYCHOSOMATIQUE

1. LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES, LES MANIFESTATIONS CARACTERIELLES, DE COMPORTEMENT, LES ACTIVITES SUBLIMATOIRES, ETC.
2. LA PREVALENCE DES COMPORTEMENTS
3. LA CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS
4. LE RISQUE LIE À L'ENVIRONNEMENT familial et professionnel</td></tr>
<tr><td>1. LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES,
• Axe 1A : relation d'objet :
• 1-présence de l'objet
• 2-évaluation de la dimension narcissique (présence Soi grandiose, Idéal du Moi)
• 3-de la dimension masochique
• 4-de l'épaisseur du pré-CS (cap. imaginaire, associations, rêves)
• Axe 1B : états psychiques et événements de vie personnels :
angoisses
deuils
dépressions
traumatismes
influence de la culture
• Axe 1C : fixations somatiques
fixations psychiques
• Axe 1D : mécanismes de défense
Axe 1E : présence de traits de caractère :
phobique
hystérique
pervers
à dominante orale
à dominante anale
phallique-narcissique
relation sado-masochique
• Axe 1F : activités sublimatoires</td><td>1. Capacité de remémoration du passé, Capacité d'aller-retour présent – passé, Capacité d'élaboration;

2. Irrégularités du fonctionnement mental – débordements momentanés des possibilités d'élaboration mentale par excès d'excitations ou répression des représentations

3. Insuffisance; vie et pensée opératoire

4. Désorganisations au cours de dépression essentielle</td></tr>
<tr><td>2. PREVALENCE DES COMPORTEMENTS

1. comportement contrôlé et intégré. 2. Faible. 3. Moyenne. 4. Forte.</td><td></td></tr>
</table>

3. **CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS** **1=représentations et affects bien intégrés ; 2=répression avec 3 destins possibles (déplacement ex phobie, obsessions ; délié de la Représentation: ex hystérie ; transformation: ex Névrose d'angoisse) ; 3=prédominance des affects de vitalité dans la relation ; 4=affects représentant la mémoire d'un vécu irreprésentable traumatique ; 5=alexithymie**		
4. **RISQUE LIE À L'ENVIRONNEMENT :** **NATURE DE L'ENVIRONNEMENT** **ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET** **ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL.** L'examen évalue les capacités d'adaptation mises en œuvre et/ou les nuisances possibles à la santé psychosomatique (traumatismes). **1. Niveau très satisfaisant, 2. Satisfaisant, 3. Légère altération temporaire, 4. Difficultés d'intensité moyenne, 5. Altération importante, 6. Altération majeure conduisant à une incapacité de fonctionnement temporaire, 7. incapacité durable de fonctionnement autonome**		

DIAGNOSTIC SELON LA NOSOGRAPHIE PSYCHOSOMATIQUE: .....
.....

Evaluation du Risque Psychique

Absence de risque stable, débordement passager: 5 **Risque faible à modéré: 5 à 10** **Risque modéré à élevé: 10 à 15 risque modéré à élevé - possibilité de réversibilité, réorganisation à partir des points de fixations-régression, surveillance, instabilité.** **Risque élevé à très élevé: 15 ou plus risque élevé à très élevé (instabilité globale de l'unité psychosomatique désorganisée)**

Axe 5	**Evaluation du risque somatique**
5 niveaux : **Risque très élevé** **risque élevé** **risque moyen** **risque faible** **absence de risque**	A partir des résultats d'observation et de diagnostic et des pronostics communiqués par les médecins du patient.

Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique	
Rapprocher le risque psychique du risque somatique pour parvenir à une évaluation globale. * Sujet à risque élevé –instabilité globale de l'unité psychosomatique désorganisée * Sujet à risque moyen –possibilité de réversibilité des symptômes, réorganisation à partir de points de fixation. Surveiller l'instabilité possible. * Sujet à risque faible, potentialité élevée de réorganisation * Sujet stable atteint par un débordement passager de l'appareil psychique.	**Vous devez comparer le risque psychique (tableau ci-dessous à remplir) et le risque somatique ci-après communiqué par les médecins pour parvenir à l'évaluation du risque psychosomatique global. Evaluer convergence et divergence des deux risques qui sont en interrelation dynamique entre eux selon la théorie des systèmes (J.B.S).**

Vous devez donner ci-dessus vos conclusions (diagnostic et pronostic), par exemple grande vulnérabilité, difficultés d'observer les traitements, recommandation de suivi psychothérapique, etc.).

Les médecins ont besoin d'avoir des conclusions pour mieux apprécier l'évolution de leurs patients.

signature du psychothérapeute psychosomaticien

Nosographie psychosomatique

- **Névrose polymorphe sans symptomatologie mentale dominante**
- **psychonévrose = N. de transfert = N classiques au sens freudien = bien mentalisé : obsessionnelle, phobique, hystérie de conversion.**
- **N. actuelles = N. d'angoisse, N. de caractère, N. traumatique, hypocondrie, N. relation d'objet allergique = N. à mentalisation incertaine (doute) et N. mal mentalisée (défauts avérés).**
- **Etats limites psychosomatiques: Troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement = N. de comportement, hypocondrie archaïque, troubles du narcissisme, troubles de l'identité, troubles addictifs, psychose froide ou non délirante. = insuffisance originelle du préCS, inorganisation.**
- **Etats Psychotiques aigus (BDA), chroniques (Schizophrénie, délire parano, psychose hallucinatoire chronique, paraphrénie ou délire chronique imaginatif)**
- **Maladies de l'humeur (dépressions, PMD)**

NB La **mentalisation** apprécie d'un coup 3 qualités du préCS :

- L'épaisseur de l'ensemble des représentations
- La fluidité de liaisons entre les représentations
- La permanence habituelle du fonctionnement.

N. de caractère définie dans la 1ère topique par un fonctionnement irrégulier dans le temps révélant l'existence d'un PréCS peu perméable.

Selon la 2è topique présente des altérations repérables notamment au niveau du Surmoi qui semble mal différencié prenant aisément les caractéristiques d'un Moi idéal.

N. de comportement insuffisance originelle du PréCS. Expression habituelle de l'ICS dans les comportements. On ne repère que la vie opératoire → recours à l'activité et aux conduites comportementales. Moi fragile, carencé.

AGENDAS DES SYMPOSIUMS
« MEDECINE ET PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE »

Vendredi 11 septembre 2009 de 14h à 18h à La Pitié-Salpêtrière

La participation au symposium n'est pas payante ; compte tenu du nombre limité des places, prière de remplir le bulletin d'inscription ci-dessous et de le renvoyer

Modérateur : Jean Benjamin Stora, service d'endocrinologie

14h – 14h15 **Introduction du Symposium**
Pr. Jean-François Allilaire, Chef du Service de Psychiatrie
Co-Directeur du D.U de psychosomatique Intégrative

14h15 - 14h30 **Qu'est ce que la Psychosomatique Intégrative ?**
«Médecine, Neurosciences et Psychanalyse»
Pr. Jean Benjamin Stora, Psychosomaticien- Psychanalyste
Service d'endocrinologie du Pr. E. Bruckert
Co-Directeur du D.U de psychosomatique Intégrative

14h30 – 15h15 **Urologie et Psychosomatique Intégrative**
Pr. Marc-Olivier Bitker, Service d'Urologie
Directeur du D.U de psychosomatique Intégrative
Alexandra Cabanel, Psychothérapeute, service d'Urologie

15h15 – 16h **« Vivre avec les complications graves du diabète »**
Pr. Agnès Hartemann-Heurtier, Service de diabétologie
Sylvie Glissant, Psychothérapeute-Psychanalyste, service de Diabétologie

16h – 16h30 Pause

16h30 – 17h15
Cancer du sein : **Evaluation du risque évolutif en Médecine et en Psychosomatique**
étude comparative de cas sur dix patientes
Pr. Jean Benjamin Stora
Dr. Pascale Surugue, gynécologue, sénologue

17h15 – 18h ***Discussion avec le panel composé des intervenants***

****

S.P.I	2ème Symposium Médecine et Psychosomatique Intégrative

Société de Psychosomatique Intégrative "Quand le Corps Prend la Relève "

2° SYMPOSIUM

« MEDECINE ET PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE »

Vendredi 24 septembre 2010 de 14h à 18h30 à La Pitié-Salpêtrière
salle de staff d'urologie

La participation au symposium n'est pas payante ; compte tenu du nombre limité des places, prière de remplir le bulletin d'inscription ci-dessous et de le renvoyer

Modérateur : Jean Benjamin Stora, service d'endocrinologie

14h – 14h15 **Introduction du Symposium**
Pr. Marc-Olivier Bitker, Chef du Service d'Urologie
Directeur du D.U de psychosomatique Intégrative
Membre d'honneur de la Société de Psychosomatique Intégrative

14h15 - 14h30 **Introduction au deuxième paradigme de la médecine**
Pr. Jean Benjamin Stora, Psychosomaticien-Psychanalyste
Service d'endocrinologie du Pr. E. Bruckert
Co-Directeur du D.U de psychosomatique Intégrative
Président de la Société de Psychosomatique Intégrative

14h30 – 15h15 **«Programme pilote d'éducation thérapeutique en Néphrologie »**
Pr. Corinne Bagnis, PU-PH, Service de Néphrologie
Maud Grimault, psychologue-chercheure, service de néphrologie
Laurence Bouffette, coordinatrice ETP réseau Rénif, praticienne en Sophrologie

15h15 – 16h **«Comment faciliter la parole du patient en éducation thérapeutique ? »**
Dr Claude Sachon, PH, Service de diabétologie, responsable de l'unité de semaine d'éducation thérapeutique
Pr. Agnès Hartemann, Chef du Service de diabétologie
Membre d'honneur de la Société de Psychosomatique Intégrative

16h – 16h45 « **Calculs et urines : témoins d'histoires de vie**
Une approche psychosomatique intégrative des patients souffrant de lithiases récidivantes »
Dr. Isabelle Tostivint, PH, service de néphrologie, chargée d'enseignement en Ethique Biomédicale à la Faculté de Médecine de Paris VI, GHU La Pitié-Salpêtrière
Christine Bonnal, Psychanalyste-Psychothérapeute. Consultante en psychosomatique, service de néphrologie, GHU La Pitié-Salpêtrière

16h45 – 17h15 **PAUSE**

17H15 - 18H Une nouvelle approche, l'usage des concepts psychanalytiques et psychosomatiques dans une étude épidémiologique : **étude pilote de 150 patients de l'unité de syndrome métabolique**
Pr. Jean Benjamin Stora
Dr. Philippe Giral, MCU-PH, service d'endocrinologie
Benoît Depreux, diplômé des Arts et Métiers Paris Tech, Formation de Psychothérapeute Intégratif à la Nouvelle Faculté Libre de Paris

18h – 18h30 ***Discussion avec le panel composé des intervenants***

****
****