



19^e CONGRÈS NATIONAL 2019

CNGE Collège Académique

Exercer et enseigner la médecine générale

27 - 29
NOVEMBRE
2019

La cité des congrès de

NANTES

Congrès CNGE 2019

Psychothérapie et médecine générale	2
I) Psychothérapie de soutien du médecin généraliste	2
Questions et débat	6
II) Psychothérapie et médecine générale	7
Questions et débat	11
III) Intervention d'un psychiatre, le professeur Raphaël GAILLARD	13
Questions et débat	18

Mercredi 27 novembre 2019, de 17H10 à 18h30

Modérateur :

Marc Chanelière – CNGE Collège académique

Intervenants :

Alain Bardoux – Lille

Raphaël Gaillard – Paris Descartes

Alain Mercier – Paris Nord Bobigny

Psychothérapie et médecine générale

1) Psychothérapie de soutien du médecin généraliste

Alain MERCIER

Bonjour à tous, je suis médecin généraliste, ce qui n'est pas tellement original ici. Je suis également Directeur du Département de médecine générale de Paris XIII, en Seine-Saint-Denis, à Bobigny et je fais également partie de l'équipe de recherche du Laboratoire Éducation et Pratiques de Santé.

Je n'ai pas de lien d'intérêt financier particulier à déclarer, mais peut-être que ce n'est pas le plus important. Le plus important des liens d'intérêt, c'est que je suis médecin généraliste et que j'aime mon métier. Peut-être que c'est très bien que j'aime mon métier, d'ailleurs, et que j'aie ce lien d'intérêt là, mais également que je suis appointé par l'université et que je reçois des honoraires de mes patients et donc, indirectement, de l'assurance maladie.

Qu'est-ce qui fait que je vais bien exercer mon métier ? Je suis une jeune interne de médecine générale, avant j'étais à l'hôpital. Je suis en stage de premier niveau chez un médecin généraliste et je dois dire qu'au départ, j'ai eu un petit peu de mal. Moi, au départ, ce que je demandais, c'était essentiellement des trucs, j'avais besoin de trucs pour exercer mon métier : je ne savais pas trop comment m'y prendre. D'ailleurs, c'est pour ça que je suis en phase socle. Alors en phase socle, j'ai eu un petit peu de mal, au départ, parce que je trouvais que c'était plutôt, en fait de phase socle... j'imaginais qu'on allait me donner des certitudes ; là, c'est plutôt le contraire qui s'est passé, au moins au début. Ça fait un mois et demi que je suis en stage, j'ai plutôt trouvé que j'étais vers les doutes alors que c'était, au départ, plutôt la simplicité que j'imaginais dans la médecine générale. Et puis il y a mon maître de stage. Mon maître de stage, je n'arrête pas de lui poser des questions. Alors il est plutôt bien, il y répond. Mais le problème, c'est qu'il répond par des questions.

Tenez, regardez, je vais vous raconter une de nos premières patientes. Ce n'était pas compliqué, c'était juste du cholestérol, enfin, c'était juste une personne qui avait du cholestérol. Alors, j'étais super contente, parce qu'il me laisse débiter la consultation. Il me laisse débiter la consultation, j'interroge la patiente, comme on me l'avait appris et là, au bout de cinq minutes, il se sent obligé de prendre part à l'interrogatoire, il s'arrête et il regarde la patiente et il lui dit : « à part ça, comment ça va ? » Et alors là, la patiente s'est mise à pleurer. Je ne savais plus quoi faire, quoi dire. D'ailleurs, lui non plus, il n'a rien dit, il n'a rien fait, il s'est contenté de l'écouter. Alors, elle a parlé, elle a parlé de ses deux enfants pour lesquels elle s'était sacrifiée, de son divorce, il y a dix ans, manifestement toujours pas digéré. Elle a parlé de son appétit qui n'allait pas, elle était triste, elle avait du mal à dormir. Son travail, ça allait. « La mort ? Non, heu, il y a mes enfants, docteur. » Bref, elle s'est plutôt calmée en parlant et à la fin, il lui a dit : « comment avez-vous l'intention de vous occuper de vous ? » Elle s'est tue et elle n'a rien dit. Du coup, il lui a proposé un autre rendez-vous, en lui disant que c'était important d'en parler. Et elle est partie.

Alors là, je lui ai sauté dessus, naturellement, en tout bien tout honneur : « tu ne lui as rien donné ? Enfin, d'abord, elle est dépressive, cette femme ! Enfin, au moins, elle a un problème de santé mentale. » Alors là, j'aurais mieux fait de me taire parce qu'il m'a demandé ce que c'était que la santé mentale et j'étais bien embêté pour lui répondre. Enfin si, je pense qu'il y a des réponses dans la salle, vous allez m'aider. Et puis j'ai continué : « voilà, elle a du cholestérol ! Je ne comprends pas, pourquoi tu ne lui as rien prescrit ? » Moi, je suis une patiente cardio, alors tous les cholestérols élevés, on les mettait sous statine, ce n'est pas compliqué, il suffit de suivre les recommandations. Donc, du coup, il a répondu aussi par une autre question : il m'a demandé si je connaissais ce gars-là. Je ne connaissais pas ce gars-là du tout et heu, ben oui, il me dit : « c'est intéressant et à propos, tu parles de

médicaments, est-ce que tu connais le médicament le plus courant, le plus mal prescrit ? » Naturellement, il n'y avait aucune idée qui me venait en tête et donc, il m'a demandé d'aller voir ce que disait ce gars-là dans ses bouquins.

C'est ce que j'ai fait, ça m'a donné envie de prendre en charge mes patients autrement et ça m'a donné envie de vous exposer ce que j'ai trouvé.

Alors, qu'est-ce que j'ai trouvé ? Je suis allée voir ce gars-là, oui, il a fait une vidéo qui est pas mal, bon c'est en anglais, enfin, moi, je suis en Seine-Saint-Denis, j'ai déjà deux ou trois langues à mon actif, donc, l'anglais en plus, ça ne me dérange pas. Donc, je suis allée l'écouter, aucun problème. C'est un petit professeur de psychiatrie d'une petite faculté américaine qui s'appelle Harvard. Et il est le cinquième directeur d'une étude qui est la plus longue cohorte au monde, qui a pour objectif de savoir quels sont les déterminants du bien vieillir. Dans sa vidéo, il explique que la solitude et la souffrance psychique tuent. Que si l'on s'intéresse aux personnes de cinquante ans et que l'on retourne dans leur existence, pour savoir quels étaient les déterminants en question à l'âge de cinquante ans, eh bien là encore, la qualité des échanges sociaux et de la vie affective est beaucoup plus déterminante du bien vieillir que le taux de cholestérol. Enfin, ces déterminants, la qualité des rapports humains, sont des éléments qui déterminent la santé psychique aussi bien que la santé physique. Bon, je ne suis pas bête, hein, j'ai bien compris où mon maître de stage voulait m'amener.

Alors après, je suis allée voir les bouquins, alors je n'ai pas lu tous les bouquins, parce que c'était un petit peu long, quand même, mais là, il ne m'a pas fallu bien longtemps, pour comprendre que le médicament – et c'est ce qu'explique Balint dans ses bouquins – que le médicament dont personne ne connaît la qualité exacte et la composition exacte, la dose et la durée, c'est le médecin généraliste, et le médecin en général.

Du coup, j'ai voulu creuser encore, j'ai fait mon boulot d'interne en médecine générale et je suis allée chercher un certain nombre d'informations. J'ai d'abord voulu savoir qui étaient mes patients et mes futurs patients. Alors là, j'étais un petit peu estomaqué, tout de même : une personne sur quatre, à un moment donné de sa vie, souffrira d'un problème relatif à la santé psychique. 30 % de nos patientèles et de ma future patientèle souffrirait de troubles psychiques. 1,5 million de mes patients entre quinze et vingt ans auraient besoin de suivi ou de soins (dépression, oui, je connaissais à peu près ce chiffre-là, qui mérite d'être répété), mais surtout que la santé mentale, contrairement à ce que beaucoup de personnes croient, c'est finalement le premier poste de dépenses de l'assurance maladie devant les maladies cardiovasculaires et devant le cancer. C'est pour ça, d'ailleurs, que la psychiatrie, semble-t-il, a beaucoup plus de crédits recherche que les cardiologues, mais je... enfin, c'était une remarque.

Bref ! En tout cas, ce qui est sûr et que j'ai trouvé, c'est que la prévention et les interventions précoces sont totalement insuffisantes et que nous faisons des diagnostics trop tardifs. Alors là, j'étais un petit peu estomaqué et j'ai voulu en savoir un tout petit peu plus long sur : « mais alors, finalement, nous autres, médecins généralistes, on fait quoi ? » Alors là, j'ai été plutôt contente, parce que finalement, 75 % des prescriptions émanent des médecins généralistes : ça veut dire qu'on s'occupe bien des patients.

Alors le problème, c'est aussi que j'ai trouvé que les benzodiazépines étaient surprescrites, qu'il y avait dix millions de Français sous somnifère et que les antidépresseurs étaient plutôt prescrits aux patients simplement tristes et sous-prescrits aux patients dépressifs, que je n'ai pas osé appeler « vrais dépressifs », parce que mon maître de stage m'aurait demandé ce que ça voulait dire « un vrai dépressif ».

Bref, là encore, les médicaments, ça ne m'a pas suffi, j'ai voulu aller encore plus loin. Et là, franchement, j'ai fait le bon petit soldat : je suis allée trouver une première méta-analyse, celle de Bandello, sur l'anxiété et une deuxième, celle de Cipriani, sur les antidépresseurs. Alors qu'est-ce qu'ils nous disent ? Bon, j'ai appris quelques éléments techniques. Par exemple, là, ce qui est présenté comme chiffre, c'est le « d » de Cohen, qui montre la puissance d'un effet, d'un traitement, par rapport à une hypothèse nulle. Alors, quand on est au-dessus de un, c'est pas mal : donc, les médicaments, ça marche super bien.

Psychothérapie, bon alors ça dépend des études, quand même. Parce que thérapie en pleine conscience, ça marche pas mal. La relaxation, finalement, la relaxation, on est sur un effet quand même assez conséquent. L'exercice physique également. Le placebo, pas mal placé, le placebo. Ou alors quand on fait simplement que d'attendre le médecin, ça ne marche pas beaucoup, liste d'attente, 0,1.

Quant aux antidépresseurs, alors, les effets sont variables. Bon, les effets indésirables sont également très variables, mais ça a l'air de marcher pas mal. Bon, sauf que, il y a quand même certaines publications, que j'ai vues, que j'ai lues, qui montrent qu'il y a de gros biais sur toutes les études sponsorisées par l'industrie. Et puis, les psychiatres américains ont fait des études indépendantes : le *national institut for mental health*, ils ont fait des études indépendantes. Bon, elle date un peu cette étude, mais Imipramine égale placebo, je me dis, quand même, les médicaments, il faut peut-être se poser des questions. Et puis il y a Prescrire, aussi, qui dit que les volontaires sains sous Paroxétine, ils ont des idées suicidaires, et qu'on nous l'a bien caché ! Et puis également que, le dernier essai qui est paru dans le *Lancet Psychiatry* montre qu'en soins primaires, les antidépresseurs versus placebo, bref, est-ce que c'est le placebo qui marche bien ? Peut-être, en tout cas les antidépresseurs, pas mieux.

Est-ce que je vais continuer à me laisser endormir par tout ça ? Est-ce que je n'ai pas d'autres moyens pour rendre mes patients un peu plus heureux ? Je vois que je ne vais pas vraiment échapper à une autre prise en charge. Oui, mais quoi exactement ? Effectivement, j'ai de gros doutes sur les médicaments, mais je ne vais pas arrêter d'en prescrire ! J'ai aussi l'impression que d'envoyer tous mes patients chez le psychologue, ce n'est pas forcément accessible pour eux et ce n'est pas forcément adapté. Quant aux psychiatres, je ne sais pas trop, ils sont là pour soigner des maladies psychiatriques. Est-ce que tout patient qui se plaint de problèmes psychiques est atteint d'une pathologie psychiatrique ?

Je continue ma réflexion et je me dis que, finalement, je soigne le corps et l'esprit des personnes, certes, j'ai envie de m'occuper de 100 % de mes patients et de 100 % de leur santé physique, je vais aussi m'occuper, forcément, de 100 % de leur santé psychique. Est-ce que ça a un sens, finalement, de dissocier ces éléments-là ? Je me pose de plus en plus la question. Et je me dis que, finalement, la relation thérapeutique, c'est probablement un élément essentiel du soin, même « dans les affections physiques » (mon maître de stage aime bien les guillemets).

Bref, la solitude et la souffrance tuent. Comment je vais faire autrement ? Alors là, on vient de voir pourquoi, finalement, je viens de réaliser aussi que je vais devoir faire ça tout le temps, je vais devoir le faire à tout le monde et que ça va s'implanter au fil de l'eau tout au long des relations que je vais avoir avec mes patients, mais peut-être aussi d'ailleurs avec mes collègues et mes secrétaires, etc., dans toute situation médicale.

Mais alors tout ça ne me dit pas comment faire. Alors là, j'étais un petit peu embêté, parce que je ne connaissais personne. Alors du coup, je suis retournée voir mon maître de stage et pour une fois, il a accepté de répondre à mes questions. Il m'a donné quelques éléments de réponse. Et oui, je lui ai demandé : « comment faire ? » Parce que c'est compliqué. Il m'a donné quelques éléments pratiques en me donnant pour consigne de les mettre en œuvre à chaque fois que je verrai mes patients. Et il m'a dit : « la première chose, et peut-être la chose la plus importante, c'est l'accueil. Peut-être que notre art de médecin se résume à cet art de l'accueil. » Connaître et reconnaître la personne, la nommer par son nom et son prénom, savoir qu'elle est reconnue, ouvrir cette porte qui est là. Peut-être que je suis uniquement un ouvrier de porte. Et déjà ça, ça fait un petit coin de ciel bleu.

Ensuite, tu regardes, tu te tais, tu observes. Peut-être que tu as envie de parler, tu te tais. Tu écoutes de façon inconditionnelle, attentive, et grâce aux ajustements successifs, qui sont aidés par tes reformulations des propos du patient, cette proximité va arriver, qui va être comprise par le patient. Tu ne juges pas, tes propos ne sont ni jugeants ni le contraire, tu essaies tout simplement de comprendre. Tu as envie de donner une réponse, tu reprends la réponse et tu poses la question. Ce ne sont pas tes réponses à toi qui sont importantes pour le patient, mais tes questions. Toujours avec, jamais contre. Tu chemines avec ton

patient, dans sa direction, à son rythme. Tu n'hésites pas à faire des choses qui peuvent être vécues comme originales, mais qui sont connues, comme prescrire des livres. Et en tout cas, tu te fais superviser. Ah. Là, je me suis tue, puis j'ai récapitulé dans ma tête : j'accueille, je regarde, j'écoute, je me tais, je suis attentive, je pose des questions, je ne donne pas de réponse, tout simplement parce que quand on donne une réponse, ça s'arrête : ma réponse, c'est comme si je laissais tomber ma raquette de ping-pong qui est la question. Et puis, c'est la réponse du patient qui est importante. Toujours avec, on ne fait rien contre les personnes, on prescrit des livres, je me fais superviser.

Mais il y a aussi autre chose à faire. Et tout à l'heure, j'ai demandé des trucs et finalement, s'il n'y avait qu'un seul truc, c'est qu'il n'y a pas de truc. Je m'adapte, c'est la seule chose, je m'adapte, je cherche le bon moment pour dire les choses. Peut-être qu'à cette consultation-là, moi, comme médecin, je suis prêt, mais mon patient n'est pas prêt. Je cherche ce moment-là. Certes, j'ai beaucoup de choses à apprendre, parce qu'il faut travailler cette technique. Cette technique est un prérequis essentiel, mais derrière cette technique, c'est la personne que je cherche.

« Les recommandations ne sont pas à ton service... » Lapsus révélateur... « Les recommandations sont à ton service. Tu n'es pas au service des recommandations. » Alors, ça, je n'ai pas tout à fait compris ce qu'il voulait me dire, d'ailleurs, je vais vous le reformuler. Bien sûr, bien sûr, je veux me servir des recommandations. Les recommandations, elles sont faites pour, en général, s'appliquer à une certaine collectivité. Mais toi, tu vas voir des personnes dans leur individualité. Et c'est cette translation-là qui fait tout l'art de la médecine, toute la beauté, toute la complexité. Non, la médecine, ce n'est pas fait pour appliquer un algorithme d'ordinateur, une recommandation face à une situation. Non, la médecine, c'est d'abord comprendre ton patient. Oui, tu as bien compris ? Tu aides à faire et tu ne fais pas à la place de ton patient. Tu pratiques une communication assertive et non violente. Non, je ne soigne pas des déments, des diabétiques et des alcooliques : je prends en charge et j'accompagne des patients qui sont en souffrance avec l'alcool, ou qui souffrent de troubles cognitifs ou qui tentent, tant bien que mal, de vivre avec leur diabète. Cette communication assertive, non violente, compréhensive, positive, faite de telle sorte qu'elle soit comprise de la personne, elle est absolument nécessaire pour poursuivre la relation et qu'elle soit cohérente et porteuse de fruits.

« Tu apprends de tes patients, tu chemines à leur rythme, tu t'occupes de toi. » Alors, ça, j'ai eu un petit moment de recul, oui, je m'occupe de moi ? « Oui, tu t'occupes de toi, parce que tu as bien compris que l'outil de travail, c'était toi. Et donc, il est absolument indispensable que tu t'occupes bien un peu de ton outil de travail. Ton instrument, c'est toi. Toutes ces postures que tu vas avoir vont te permettre de créer un environnement capacitant pour tous tes patients, c'est-à-dire un environnement bienveillant qui va leur permettre de s'épanouir, de voir leurs compétences s'épanouir, et de leur offrir de la liberté et donc, de la vie, puisque c'est du changement.

Alors là, je me suis arrêtée, je l'ai bien écouté, mon maître de stage, et je lui ai dit : « tu es bien gentil, mais là, tu ne m'as pas présenté beaucoup, beaucoup de références. Certes, il y en a une, mais j'aimerais bien progresser, moi. » Alors là, il m'a répondu : « écoute, pour moi, les références, c'est, certes, des écrits, mais avant tout, ce sont des personnes. Alors, je voudrais juste te présenter quelques personnes : Irvine, Karl, Rita, Mickael, Donald, Robert, Moira, Clarisse, Louis, Marie-Thérèse, Claude, tous ces gens qui m'ont aidé à me donner la liberté de donner de la liberté à mes patients qui m'ont tant appris et que je voudrais remercier, comme je vous remercie de votre attention.

Applaudissements.

Questions et débat

Benoît CAMBON, Clermont-Ferrand

Bonjour. Je te remercie beaucoup, Alain, pour cette magnifique présentation qui résume tout à fait ma pratique de médecin généraliste. Je suis tout à fait d'accord avec l'ensemble de tout ce que tu as dit. J'ai une question sur quelque chose que je n'arrive pas à faire : c'est la supervision. Jusqu'à présent, je n'ai pas réussi à me faire superviser pour les consultations, notamment les consultations de psychothérapie que je pratique. Est-ce que tu as une expérience particulière de ce côté-là ?

Alain MERCIER

Merci Benoît. Alors, j'ai une expérience, parce que j'ai eu le plaisir de faire partie, un certain nombre d'années de ma vie, d'un groupe Balint, et que c'est une façon, aussi, même si, peut-être, on peut discuter cette option, de se faire superviser. Alors, je me suis, tu l'as bien compris, placé dans la peau d'une interne en formation, et il s'agissait, avant tout, de superviser l'interne et de l'accompagner dans cette démarche extrêmement difficile et aussi difficile à superviser pour nous, de qu'est-ce qui se passe quand je me tais ? Qu'est-ce qui se passe quand je prends la parole ? Enfin, bref, tout ce dont je viens de parler.

Je pense aussi que ce qui se pratique à un certain niveau, dans les groupes de pairs, les groupes d'échanges de pratiques ou dans les établissements de soins de santé primaire, est une forme de supervision. Peut-être qu'elle mériterait d'être un peu plus développée. Moi j'ai eu le plaisir, aussi, de faire partie d'un groupe de supervision avec un psychiatre-psychoanalyste. Enfin, des options sont possibles. Il faut que tu essaies de mobiliser des ressources locales. En général, on arrive à former un petit groupe pour aller un petit peu plus loin.

Marc CHANELIERE

Merci. On a une autre question dans la salle ?

Jimmy GIRARDET, Lyon

Bonjour. Je voulais savoir, puisque vous avez décrit que le médecin devait quand même être assez en retrait et facilitateur, où on positionne, là-dedans, le renforcement positif qu'on peut faire pour le patient, en fait.

Alain MERCIER

Oui, alors, merci de ta question. J'ai fait un petit peu dans la provocation en disant qu'il ne fallait pas donner de réponse. Bien sûr... après, peut-être que les avis d'après vont développer un peu plus ce point-là. Tout dépend où se situe le patient, où il se trouve, à quel niveau de relation, dans quel espace transitionnel il est. Mais bien sûr, le renforcement positif a une place dans ce type de relation également. Je suis tout à fait d'accord avec toi. Il faut également qu'il arrive au bon moment. La façon de le faire vaut autant que le faire, en l'occurrence. Et s'il arrive au bon moment – et ça, ça ne peut être que repéré grâce à une écoute attentive et des reformulations judicieuses – il aura d'autant plus d'effets. L'un n'exclut pas l'autre. Je ne sais pas si j'ai répondu à ta question.

Marc CHANELIERE

Une dernière question et on changera d'intervenant.

Pierre-André BONNET, Marseille

J'aurais voulu préciser une ligne qui a été juste lue qui était : « prescrire des livres ». Alors, je m'intéresse un petit peu à ça depuis un moment et j'aurais voulu savoir, à titre

personnel, si, dans tes références bibliographiques ou ton expérience personnelle, comment tu utilisais ça, et de quelle manière et avec quel genre de support, etc.

Alain MERCIER

Oui, merci, ça ne m'étonne pas que ça soit toi qui poses la question. Ça peut aller très loin. Alors, je prescris des livres à des internes. Voilà, ça, c'était en filigrane. Donc voilà, ils peuvent aussi bien repartir avec un bouquin d'Irvin Yalom, et voilà, puis on en reparle. Je prescris rarement les bouquins d'Irvin Yalom à mes patients ou patientes, parce que ça nécessite un certain niveau de literacy. Donc, voilà, c'est plutôt rare. Mais certains livres choisis, que ce soit des romans, que ce soit des bouquins fondamentaux, par exemple, ça m'arrive assez couramment de demander à mes patients de lire un bouquin de Christophe André qui s'appelle « Imparfait, libre et heureux », qui les aide et qui peut nous aider, au cours des relations suivantes, à avoir un support de discussion et à aller plus profondément dans la relation, tout ce qui est relatif à leur problème et pourquoi ils consultent. Voilà, je fais très court, hein, Pierre-André.

Après, quels livres choisir et lequel conseiller, ce n'est pas évident parce qu'il faut naturellement que le livre soit adapté à la personne et que d'autre part, on se le soit approprié soi-même, pour pouvoir le prescrire correctement. Donc, ça, c'est tout un travail que... enfin, je suis au niveau débutant.

Marc CHANELIERE

Merci beaucoup Alain, pour cette présentation très lyrique.

II) Psychothérapie et médecine générale

Alain BARDOUX

Bonjour, merci de cette belle présentation qui, déjà, déblaie pas mal de choses. Je suis médecin généraliste à Maubeuge, c'est le nord de la France, juste à côté de la frontière belge. Je suis rattaché à la faculté de Lille. Et quand on voit arriver des internes qui viennent de Paris, on est content : ils ont appris beaucoup de choses, en stage, notamment que l'on faisait de la psychothérapie dite de soutien, mais peut-être pas que et qu'on voyait beaucoup de patients atteints de maladies chroniques pour lesquels les patients allaient avoir des demandes engageant un mode d'existence que les soins vont avoir à modifier et qu'en cela, déjà, c'était déjà presque un processus de psychothérapie qui pouvait se mettre en place.

Alors, cette approche Centrée Patient et cette conception bio-psycho sociale des maladies et des soins est importante et du coup, on imagine que tous les soins vont tourner autour de la relation et que la relation allait être dans les soins, et qu'il y avait une intrication entre ces deux choses-là.

Alors, il y a eu des questions par rapport au fait d'être supervisé, de travailler en groupe et justement, ça tombe bien, parce qu'on va passer du temps à débriefer et à reprendre des situations. Et justement, j'avais envie, dans cet exposé, de vous présenter quatre vignettes cliniques, qui sont des exemples, un petit peu, de situations débriefées qui ont pu être vues avec des internes dans une pratique de médecine générale.

Alors, il y a des limites, souvent ce qui se passe dans un domaine dit psychothérapique a besoin d'un peu d'intimité et de temps. On est un peu pris par le temps et l'intimité, ce n'est pas vraiment le cas ce soir. Mais on va avancer.

Alors, voilà Marc, qui est un nouveau patient retraité de 73 ans et qui vient pour renouveler un traitement d'apnée du sommeil, c'est un formulaire qui a été demandé par ailleurs. Et puis lui est embarrassé, le médecin aussi est irrité et se retrouve à faire des choses qu'il n'a pas vraiment l'habitude de faire, il ne sait pas bien comment faire. Alors du coup, il ne sait pas comment se débrouiller. Et puis l'insomnie est toujours importante. Alors du coup, pendant ce temps-là, le médecin bidouille, cherche sur l'ordinateur et se retrouve

à éditer un agenda du sommeil. La consultation se continue et il y a un passage sur le divan d'examen, parce qu'il y a un examen clinique habituel pour ce renouvellement d'hypertension. Le patient s'allonge et dans ce changement de position, poursuit son exposé : de toute façon, l'appareil, ça ne m'aide pas tant que ça : « je me réveille deux heures après, puis je traîne le restant de la nuit. C'est peut-être à cause de la maladie et du décès d'un parent il y a deux ans, à l'époque, j'ai veillé pendant de longs mois, surveillant les appareils. »

En débriefant après cette situation, on se rend compte qu'un renouvellement de traitement et le suivi d'une machine sont devenus des modes fréquents de consultation ; on pourrait même désormais parler d'une relation entre un médecin, un malade, la maladie et le système de soins. Ça va être la place donnée au patient comme acteur des soins et de la maladie qui peut retrouver une dynamique de changement et permettre d'éviter ainsi les automatismes induits par les objets techniques. Le ralentissement du machinal, notamment quand quelque chose grince et qu'on a envie d'aller vite à un protocole ou à une recommandation, qui risquent de faire tourner court la relation avec le patient, la transformant ainsi en une succession d'automates. Cette bonne utilisation des objets techniques permet de gagner du temps. Ça va être ce temps gagné qui va favoriser la relation. Loin d'une technophilie et d'une technophobie, on va avoir du temps pour des moments de silence, des relances, du temps pour penser, pour penser à des choses, avoir des sentiments, des taux de protagonistes et tout cela va donner une tournure psychologique et au lieu d'une simple prise de constante ou d'une observation d'une maladie, en quelque sorte extérieure au patient.

Il y a ces deux faces aussi de la consultation médicale, ce temps en face à face, et puis aussi ce temps de l'examen clinique. Examen clinique qui introduit une dimension corporelle à travers le toucher, la proximité physique. Le mouvement de rapprochement, comme la prise de tension, l'attention, fait émerger de nouveaux éléments qui rendent accessible autrement. On peut dire qu'il y a quelque chose qui va au-delà de l'empathie : ça englobe une connaissance émotionnelle et physique de l'autre. Ça se construit au fil du temps et il n'y a pas besoin, pour autant, d'une anamnèse complète. Ces perceptions, ces impressions émotionnelles, tous ces éléments qui peuvent dire : « c'est tout lui ! » en s'exclamant, un peu comme quand on voit une caricature, vont aider à maintenir une stabilité dans la relation de soin. Il y a, dans cette individualisation des soins, des liens avec les concepts d'individuation, comme gage de bonne santé mentale.

Alors, tout à l'heure il était question de positif, on peut dire aussi qu'il est intéressant de suivre le chemin du poète qui promeut la recherche du bon comme le plus sûr chemin pour trouver l'individu. Cela commence par le visage, de prendre du temps pour se regarder. C'est ce qui invite aussi à aller chercher, au-delà des souffrances et du négatif, des côtés lumineux et positifs des personnes pour nouer la relation. Et d'ailleurs, qu'il s'agisse d'éducation thérapeutique, de soins, de développement personnel ou de psychothérapie, il y a une concordance, dans cette valorisation des aspects positifs. Un courant de médecine fondé sur les valeurs dit de s'appuyer d'abord sur le positif et tout à l'heure il était question de Carl Rogers et de cette croyance dans cette capacité de développement de l'autre qui est bien au cœur d'une démarche humaniste.

Alors, la journée continue et voici d'autres patients : Tony qui vient avec son épouse, il a quarante ans et il vient ici, car c'est elle qui s'occupe de tout et ici, ça ne fait pas peur. Il souffre de poly pathologies, il y a une hypertension, du diabète, l'obésité, bref, beaucoup de choses pour nous. Madame l'assiste durant les entretiens, comme pour le protéger. La prise en charge articule des prescriptions, des examens, les facteurs de risques cardiovasculaires, etc.

Ce jour, la question du tabac arrive, Monsieur a baissé avec le traitement de substitution, mais il reste encore une dizaine de cigarettes. C'est madame qui fait les tubes, car toutes les manipulations l'énervent trop. Il est question d'activité motrice, de rituel, d'une exploration de la vie quotidienne, de ce qui parfois énerve, rassure. Pas de grande prescription, pas de grand discours, mais des rires, des regards, un travail mental pour pouvoir nommer les

difficultés. Il y a de la sueur, une sorte de satisfaction en fin de consultation, attestant, en quelque sorte, d'un processus en cours.

Tout à l'heure la photo de Louis Velluet est passée à l'écran et il reprenait une citation : « n'importe quel médecin ne peut pas soigner n'importe quel malade. » C'est presque une introduction à cette demande du patient : ne pas faire peur. Et parmi nos patients en médecine générale, nombreux sont ceux pour qui l'expression et même l'identification des émotions sont difficiles : la vie mentale est réduite, tous les aspects concrets de l'existence prennent le dessus. Il y a une pensée opératoire qui s'installe avec un discours factuel et une focalisation sur les symptômes corporels, au détriment d'une expression d'émotion ou même de sentiment. Dans ces cas-là, garder le contact, analyser et partager des impressions pour stimuler l'expression et sortir d'une passivité toxique sont des objectifs importants. Accueillir, se mettre au diapason demandent une attention et une extension du domaine de la clinique, par la prise en compte de tout ce qui est perceptible : les faits du quotidien, le mode d'être, la façon d'être, ainsi qu'aux éléments transmis chez le soignant : nos propres sensations et émotions et sentiments. D'ailleurs, dans la description des techniques psychothérapiques - le livre est passé tout à l'heure à l'image - il est proposé de considérer que tout ce qui se passe dans l'intersubjectivité soit rapporté à la problématique du patient. C'est une adaptation un peu singulière d'approche Centré Patient, qui offre un grand avantage, c'est-à-dire que notre engagement professionnel est en quelque sorte protégé, ainsi que notre vie privée.

Il s'agit d'enrichir la vie mentale en prêtant un peu de notre cerveau, de notre appareil psychique, l'espace des consultations, pour avancer. Cependant, si on est trop proche, la consultation s'enlise et on perd tout sens critique, et trop loin, on va gagner en tranquillité, à l'abri de protocoles, mais notre propre épanouissement de soignant s'en ressentira aussi, car nous risquons de nous ennuyer. Reconnaître ces mouvements transférentiels, ainsi que les dynamiques de couples, les accepter et non s'y opposer font d'ailleurs partie de la pratique médicale. Ici, accueillir ses patients avec ses craintes et ses plaintes, aller un peu plus loin que la symptomatologie fonctionnelle, en étant attentifs aux émotions et aux sentiments, cela peut diminuer le stress et permet d'avancer dans les soins médicaux. Outre un apaisement des organes sous tension – on est en apaisement somatique – il y a des changements limités quoique considérables, chez des patients qui, pour de multiples raisons, auront du mal à accéder à des soins psychologiques.

L'après-midi continue et voici Anne, qui vient régulièrement au cabinet avec ses deux enfants. Au début, ce sont des motifs aussi banaux que des viroses, puis elle a parlé d'elle, disant, petit à petit, des éléments d'une vie marquée par des violences subies, un isolement et une détermination à vivre malgré tout : « dans mon coin, trouver des lieux d'écoute n'est pas facile ; alors en attendant, il faut parer à l'urgence et tenir malgré tout. » Pendant qu'elle se confie, les enfants sont Youtube, derrière le divan d'examen, ou parfois avec la secrétaire : c'est du bricolage, faute de mieux. Elle a déjà vu des travailleurs sociaux et nos psychologues, mais elle revient : les amis la trahissent, les institutions sont en difficultés, tout rejoue une partie qu'elle connaît bien. Bien sûr, j'ai envie qu'elle voit d'autres personnes, vu l'importance des souffrances, mais elle est là et semble se sentir bien. Il n'est pas facile de passer la main sans la lâcher.

Il a été dit tout à l'heure par Alain, que l'isolement majorait toutes les pathologies et avait bien à voir avec les souffrances psychiques. Et dans notre dispositif médecin traitant, une certaine organisation des soins doit se mettre en place pour assurer cette recherche de justice sociale et permettre d'entendre le besoin urgent de se confier à quelqu'un. En même temps, partager une blessure intime engage le patient et le soignant : un entretien qui intègre des dimensions psychologiques et une attention à la vie émotionnelle va perdre de sa neutralité et on se retrouve pris un petit peu.

Pour un médecin en première ligne, face à toutes ces charges morbides, cela nécessite des protections, des défenses. On peut ne pas voir, ne pas sentir, ne pas entendre, ce sont les choses les plus simples, mais il y a d'autres mécanismes, comme un recours à un examen physique un peu rapide, l'adressage à un confrère, etc.

Alors, on peut les repérer et en les repérant, en se prenant un petit temps de repos, de répit, s'en dégager un petit peu. Ici, ce qui pourrait être perçu comme une erreur d'adresse est aussi un premier pas pour obtenir un soulagement. Acquérir une certaine souplesse, aussi ne pas insister, cela va favoriser l'établissement d'une relation sécurisée, ce qui n'est pas rien en telle situation et déjà une forme de réparation. Tenir la main, être présent est un premier soin, un soin de base, un soin premier avant d'aller plus loin. C'est notamment vrai dans les troubles de l'attachement, et l'adaptabilité et la permanence des soins que l'on peut trouver en médecine générale sont très intéressantes.

Pour autant, vous l'avez vu, il y a une forme d'ajustement, une forme d'aménagement des cadres, et cela nécessite une attention éthique, pour assurer une forme de contrôle et de soutien. Ce sont utilement ces aspects qui peuvent être retravaillés et ajustés dans les espaces de discussions et d'échanges, travailler sur la relation et utiliser la relation comme un outil thérapeutique supposent d'être soutenu.

Alors, je voudrais aborder un autre aspect à travers une histoire de vie plus complexe et plus longue : celle d'Adèle, qui a commencé à consulter pour une colopathie, dans un contexte de grande anxiété, présente, un peu plus tard, un cancer génital évolué. Chez une patiente sans enfant, c'est vécu comme un grand bouleversement. Lors du long parcours, une arythmie est mise en lien avec une intensité du stress et il va survenir, comme cela, lors d'une visite à domicile, l'apparition d'une ascite, qui est un séisme ; le médecin est tout aussi pris que la patiente par ce côté dramatique et pour autant, des images de grossesse viennent à l'esprit du médecin, comme pour se rassurer ou pour penser à des choses un peu positives. Quelque chose est transmis de cela, la patiente vit une tristesse intense et c'est un moment un peu charnière dans la prise en charge. Un changement s'en suit et il y a un apaisement des angoisses, avec une poursuite des soins oncologiques.

Bien plus tard, elle exprimera une sorte de satisfaction d'avoir progressé dans sa vie, grâce à cette maladie qui lui a fait gagner de l'assurance et une stabilité d'humeur. Son compagnon le confirme dans une connivence touchante. Il y a des phénomènes de guérison à la fois psychique et corporelle, qui s'est organisée, dans une collaboration entre des soins techniques et une relation centrée sur les besoins et expressions émotionnels.

Dans les patients que l'on suit en médecine générale, la durée et l'intensité lors de suivis qui comportent parfois des centaines de consultations et même parfois plus créent une connaissance importante partagée, tant du côté du médecin que du côté du patient. La proximité de la mort, le côté dramatique va faire parfois rechercher des moyens hétéroclites au-delà des actes habituels du soin, pour contenir l'effroi et les angoisses. C'est ainsi que, dans le bain de langage, qui peut entourer les consultations, des images surgissent : raccorder une arythmie et des palpitations à un stress un peu habituel, tentative d'explication avec vocation d'un gonflement de ventre participait de ce même mouvement, mais il y a une forme de compréhension qui a pu intervenir par rapport à ce drame en train de se jouer, qui a pu, peut-être, aider la patiente.

Il est question, par rapport à cela, d'un élément qu'on pourrait appeler « flash thérapeutique », d'autres vont parler d'inside, de tilt, d'eurêka, de quelque chose qui, à un moment, va traverser les protagonistes et va faire changer le cours des choses, ou tout au moins la situation. Il est question, un petit peu, de liberté, avec la liberté de ne pas trop se soucier de théorie, pour se focaliser, parfois, sur des aspects apparemment mineurs, mais hautement significatifs et une discipline pour rester attentif à distinguer, dans les observations, ce qui vient du patient et du médecin.

C'est cette relation unique, construite entre deux personnes, qui permet une croissance mutuelle, avec la perspective de dépasser la maladie, à travers de nouvelles découvertes existentielles. Pour cette patiente, dans du travail après réflexion, du travail en groupe, ces images de grossesse survenant chez un médecin ont été chargées de multiples significations : ça pouvait renvoyer à une blessure, à un succès dans une relation conjugale, à plein de choses. En tout cas, c'est resté dans l'ombre.

Alors, en guise de conclusion par rapport à ces quelques vignettes qui, j'espère, montrent qu'au-delà d'être simplement quelque chose de soutien, la psychothérapie du

médecin généraliste avait affaire avec nos patients, on voit que cette relation médecin/malade nécessite une vraie attention pour devenir thérapeutique. Alors, il a été question, tout à l'heure, beaucoup de Balint et les groupes Balint qui portent le nom du médecin qui les a théorisés et développés il y a quelques années, présentent trois grandes caractéristiques ou trois caractéristiques qui semblent assez importantes.

Tout d'abord, la narration d'un cas vécu sans prise de notes, pour pouvoir se centrer un petit peu sur les émotions, les sentiments et faire venir le plus d'éléments relationnels. Ce qui permet de prendre une sorte d'habitude à se centrer sur la demande existentielle du patient, en intégrant les différents points de vue, puisque le travail du groupe va faire émerger différentes choses.

En même temps, une référence à l'inconscient, c'est-à-dire d'être un petit peu – tout à l'heure il était question de la personnalité du médecin comme son principal outil de thérapeutique – c'est-à-dire d'aller explorer ce qui était méconnu, ce qui n'est pas apparent, n'est pas immédiatement disponible et on se rend compte qu'on en sait beaucoup plus sur nos patients que l'on pourrait en dire quand on répond à des questions et quand on s'interroge.

Et puis aussi cette présence d'un animateur qui va garantir un travail en groupe et, plutôt que de chercher des consensus, qui va chercher une ouverture à différents points de vue.

Alors, bien entendu, ça soutient la créativité, l'inventivité des soignants. Quelque part, cela peut avoir à voir avec... ça a un retentissement important sur le bien-être du médecin qui va gagner en bienveillance par rapport à ce qu'il faut, par rapport à ce qu'il sent et par rapport son propre métier.

Je vous remercie de votre attention.

Applaudissements.

Questions et débat

De la salle

Bonjour, je suis tout jeune médecin généraliste, et la question que je me posais, c'est est-ce que ces consultations prennent plus de temps ? Et puis pour mettre en place cette relation thérapeutique, combien de consultation il faut ?

Alain BARDOUX

Ces consultations, elles sont dans une habitude et donc elles ne prennent pas beaucoup plus de temps. C'est plutôt un style relationnel qui va permettre de garder des portes ouvertes. Certains auteurs parlent de « psychagogie », comme on parle de l'éducation thérapeutique comme un style. Eh bien là, il y a un style : maintenir ouverte une porte pour parler un petit peu, pour partager des choses.

Et bien entendu, il y a des moments un peu charnière qui prennent plus de temps parce que la situation l'impose, mais ce n'est pas ça le plus important. Le plus important, c'est la porte ouverte et l'aménagement du cadre.

Ces cas de situations présentés n'ont pas pris plus de temps que d'autres consultations, à l'exception de cette situation de bouleversement émotionnel quand il y avait la charge de la mauvaise nouvelle chez la patiente présentant un signe clinique d'aggravation, chez lequel le médecin, tout autant que la patiente, était pris par une mauvaise nouvelle et ils essayaient de se dépêtrer comme ils pouvaient avec ce moment-là.

Marc CHANELIERE

Est-ce qu'on a une autre question ? Il y a une main qui se lève au fond, vers la régie. Il y en a une ici aussi.

Nicolas, Marseille

Je me suis interrogé sur le choix des mises en scène avec des Playmobils qui sont quand même le symbole même de la non-expressivité des émotions. J'ai trouvé ça audacieux et ça m'a posé des questions. Peut-être tu aurais un mot à dire dessus, je ne sais pas.

Autre chose, c'est le processus de construction de la relation quand les internes arrivent dans les cabinets, ils voient déjà une relation qui s'est construite ou qui est en train de se construire et ils la prennent sur un instant t. La difficulté, pour eux, c'est de comprendre que cette relation, elle s'est peut-être construite sur des années ou des mois ou des semaines, ça dépend un petit peu de ce qui s'est passé. Et ça m'est arrivé d'emmener des internes sur des groupes Balint, comme témoins, comme participants, mais pour une séance ponctuelle et ils ont compris, au fur et à mesure de la séance qu'effectivement, quand on parlait de la relation avec un patient, d'abord on revenait aux sources, on revenait un petit peu au moment où la relation s'était établie et ensuite, à ce qui l'avait nourrie. Et de retour au cabinet, c'était plus simple pour eux de voir qu'effectivement, on était dans un processus et on était bien dans quelque chose qui se construisait, qui se vivait et qui, des fois, se défaisait aussi, mais que ce n'était pas quelque chose de figé, à la différence des Playmobils !

Alain BARDOUX

Les Playmobils, c'est une facilité, c'était plus compliqué, pour moi, de dessiner, voilà.

Après, bien entendu, faire venir les internes dans des groupes, qui puissent avoir du temps pour réfléchir et pour penser à distance de la situation, c'est intéressant. Après, souvent, dans ma pratique, j'essaie de me débrouiller pour que les internes revoient des patients et qu'il y ait un suivi. Après, ce sont les formes, les différentes formes de travail en groupe, dans des groupes d'échanges de pratiques, un certain nombre d'aspects peuvent être repris. Ce qui me semble intéressant, dans les groupes Balint, c'est que les internes vont pouvoir se rendre compte à quel point les émotions et le ressenti du médecin sont importants dans la relation et donc de reprendre ces éléments-là, petit à petit, dans le travail avec eux, dans des temps de supervision, en mettant un peu le focus sur quelles étaient leur perception, leur impression, et en quoi ça avait été en écho avec ce que pouvait vivre ou ne pas vivre le patient et de les amener, petit à petit, à découvrir ça.

Un acquis, aussi, dans les groupes, c'est la stimulation à la créativité. Pour être créatif, il faut oser se tromper, oser des hypothèses, se laisser aller à faire des associations d'idées, voilà. Donc, c'est un élément assez important, me semble-t-il, dans le cadre de la formation, d'oser dire tout ce qui nous passe par la tête, en dehors des situations avec le patient, bien entendu.

Marc CHANELIERE

On avait une dernière question en bas.

De la salle

Bonjour, je vous remercie tous les deux pour vos présentations. Non, ce n'était pas une question, c'était une remarque. Moi, souvent, pour rassurer mes internes, en fait, avant de parler de tout ça, je parle de la communication. Finalement, parce que quand on leur apprend les principes de l'écoute active, quand on leur apprend la rhétorique, quand on leur apprend la synchronisation, quand on leur apprend un certain nombre de choses, je trouve que c'est beaucoup plus simple, pour eux, d'aborder la psychothérapie. C'est tout ce que je voulais dire.

III) Intervention d'un psychiatre, le professeur Raphaël GAILLARD

Raphaël GAILLARD

Merci beaucoup. Alors mes liens d'intérêt n'ont pas grand-chose à voir avec les psychothérapies, mais je vais aussi parler de médicaments. Et puis mes principaux liens d'intérêt, c'est que je suis psychiatre, ce qui est peut-être incongru, en responsabilité du pôle hospitalo-universitaire de l'hôpital Sainte-Anne de Paris Descartes, qui est un pôle qui comprend cinq services, un service universitaire, trois services de secteur, un service d'addictologie et puis, au sein d'un de ces services, un Institut Hospitalier de Psychanalyse, donc un pôle qui a des approches très variées.

Évidemment, la question, c'est : que fait un psychiatre parmi vous à ce congrès ? D'abord, je suis très content d'avoir été invité, je suis très content de pouvoir participer à ces discussions, parce que je pense que ce que j'ai entendu m'a beaucoup intéressé et que ça suscite plein d'interrogations de ma part. Je crois qu'il y a beaucoup d'internes ici et moi, je ne me lasse pas de ce merveilleux tumblr qui, hélas, est à peu près clos, et dans le tumblr de l'interne, voilà le psychiatre dans deux différents moments de la journée. Je pense que c'est très bon de voir comment les internes nous considèrent. Ça ne me déplaît pas, honnêtement !

Alors, je vais vous parler de trois grands points qui vous être très liés, d'ailleurs, à ce qu'on a dit, en essayant de battre en brèche trois idées qui sont, à mon avis, des idées reçues sur cette question de la psychothérapie.

Premièrement, est-ce que c'est une question de technique ? J'essaierai de vous montrer que la psychothérapie n'est pas un acte technique – elle peut l'être bien évidemment – mais elle est avant tout le fondement de toute relation médecin/patient.

Deuxièmement, est-ce que cette démarche se situe en dehors du champ technique ? Là, je montrerai que non, et qu'en fait considérer que oui, c'est tout de suite être dualiste. Et d'ailleurs, je me demande si on ne tend pas à l'être par moments, dans les échanges que nous avons eus, là, il y a quelques minutes.

Et puis troisièmement, si on n'est pas dualiste, si on associe donc la technique et la psychothérapie, l'humain et la technée, est-ce que ce sont des temporalités distinctes ? Je répondrai que non, en considérant que ce sont des approches au contraire intégrées. D'une façon générale, vous savez que les psychiatres n'aiment pas la dissociation.

Alors la psychothérapie est-elle un enjeu technique ? Eh bien la réponse est non, parce qu'il faut avant tout la considérer comme ce qui fait l'ensemble de l'exercice de la médecine, c'est-à-dire la relation médecin/patient. Et cette relation, elle est tellement spécifique, qu'elle est, par nature, psychothérapeutique.

D'abord, parce qu'elle se produit dans des conditions très particulières qui sont celles du colloque singulier. Le colloque singulier, on le dit, on le reprend comme ça, c'est une très belle expression, très très belle expression, qui est problématique : c'est en soi presque une oxymore : un colloque sous-entend qu'on est à plusieurs et « singulier » est, en fait, l'inverse, l'opposé de ce qui est pluriel. Donc, c'est quasiment une oxymore et pourtant, je pense que c'est vraiment essentiel de le penser en termes de colloque singulier, parce que c'est ce qui définit, ce qui permet l'intime dans une consultation.

Alors moi, j'exerce dans un hôpital, à l'hôpital, ce n'est pas facile de cultiver le colloque singulier parce que l'hôpital fonctionne comme il fonctionne. D'abord, il nous rappelle tout le temps qu'il faut gagner de l'argent, et donc, il y a des caisses. Qui plus est, il faut garder la tête sur les épaules pour trouver la caisse en question – ça, c'est une véritable photo, ce n'est pas un montage : c'est l'Hôtel Dieu, en l'occurrence. Ça, c'est désorganisant, au sens de la dissociation bleulerienne. Et puis aussi parce que l'organisation à l'hôpital, elle est ultra hiérarchique, c'est-à-dire qu'il y a un gros matou, qui frappe un moyen, qui frappe un petit. Voilà, c'est comme ça que ça se passe à l'hôpital.

Applaudissements.

Et on est toujours le moyen ou le petit matou d'un autre. Je vous rassure, ne rêvez pas à d'autres possibilités. J'ai pu y croire, à une époque, mais non. Je prends des roustes.

Alors le colloque singulier, malgré tout, malgré l'hôpital, si je puis dire, eh bien d'abord, il est au cœur de notre exercice – peut-être que tout le monde n'a pas, aujourd'hui, soutenu cette thèse de médecine et prêté serment, il existe plusieurs versions du serment d'Hippocrate – mais il faut toujours se rappeler ce qui est dit : « *Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés.* » C'est très particulier, cette phrase parce que, la réalité, c'est : « *mes yeux verront ce qui s'y passe, mais tairont ce qui s'y passe.* » Et il y a une phrase qui, je trouve, condense cette question de l'intime, du secret dans la consultation, que je cite souvent, même parfois à mes patients, qui est une phrase de Louis Porte, qui dit : « Il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confidence et de confidence sans secret. » J'aime beaucoup cette phrase – on peut la dire dans un sens et dans l'autre – parce qu'elle dit bien que l'intime, ce qui est couvert par le secret, c'est ce qui fonde l'exercice de la médecine. Quand on se dit : est-ce que je viole le secret professionnel ? Qu'est-ce que ça signifie dans cette situation précise ? Etc., il faut toujours se demander ce que ça signifie plus généralement pour l'ensemble de la médecine, pour le prochain patient qui viendra me voir, pourquoi c'est secret, pourquoi c'est intime ? Eh bien en fait, parce que sinon, il n'y a pas d'exercice de la médecine.

Alors la question de la plainte, là-dedans, pas la plainte ordinale, la question de la plainte du patient, eh bien, cette plainte correspond à ce qu'on décrira avant tout comme un dysfonctionnement, comme une souffrance. Je n'aime pas du tout d'ailleurs la définition de l'OMS de la santé – je pense qu'elle est complètement mégalomane – elle fait état de bien-être physique, mental et social. Elle est complètement folle, cette définition. Moi, j'aime cette définition de Leriche : « la santé, c'est la vie dans le silence des organes. » Et le moment où la santé est altérée, c'est le moment où il n'y a plus ce silence des organes, où il y a une souffrance et c'est celle que nous recevons. Et toute demande de soin, toute demande de soin est le fait d'une souffrance.

Alors, comment on l'entend ? Qu'est-ce que c'est que, pour nous, médecins, quel que soit notre exercice, la capacité d'entendre la plainte du patient ? Qu'est-ce que le patient lui-même sait de cette souffrance ?

Alors, deux grandes règles, mais elles ont été tout à fait rappelées par mes deux confrères juste avant que j'intervienne : eh bien, ça ne correspond pas à ce que le patient commence par dire. On pourrait presque dire, par définition, la plainte ne correspond pas à ce que le patient commence par dire. Ça n'est même pas toujours ce qu'il croit savoir. Et d'ailleurs, il nous prête, lui, un savoir supérieur au sien et il s'en remet au médecin. S'en remettre au médecin, c'est l'obliger, dans le sens vraiment « plainte » du terme. Ça veut dire que cette situation spécifique du colloque singulier, entourée de cette grande parenthèse qu'est le secret, qui permet l'intime, c'est un moment où un individu s'en remet à un autre. Ça ne veut pas dire que ma vision de l'exercice est paternaliste. Ensuite, cet espace, ce colloque singulier se construit à deux et c'est une co-construction. Mais il y a une asymétrie qui est celle du savoir prêté par le patient au médecin.

Alors là, je vais utiliser quelques gros mots : je ne suis pas lacanien, mais j'en ai beaucoup autour de moi et le Lacanien, c'est comme l'anglais ou les différentes langues qu'il faut apprendre, c'est compliqué à apprendre et quand on arrive à percer un peu, on voit qu'il y a des choses intéressantes. Et il y a une phrase qui est très belle, qui est celle du gendre de Lacan, Miller, qui dit : « *celui qui se suppose un inconscient en supposera le savoir à un autre et celui-là, il l'aimera.* » Alors, c'est typiquement la façon de parler de Lacan, c'est insupportable, je suis d'accord. Mais qu'est-ce qu'il dit en fait ? Il dit qu'il vous arrive, à tout un chacun, il nous arrive, à tous, de nous dire que ce qui détermine notre comportement, nous n'en avons pas conscience. Il y a des choses qui nous échappent dans ce qui détermine notre comportement. Et si je peux me dire, à un moment donné, qu'une autre personne en face de moi est capable de comprendre pour moi, ce qui me motive, ce qui conduit à mon comportement, à mes pensées, eh bien celui-là, je vais me sentir lié à cette personne. ça va encore au-delà du colloque singulier : ça dit qu'à partir du moment où je

suppose qu'un autre comprend des choses que, moi-même, je ne comprends pas bien de moi, eh bien à ce moment-là, je suis intimement lié à cette personne.

Alors au-delà de Lacan, comment on peut faire ? Eh bien d'abord, il faut apprendre à écouter. Et pour apprendre à écouter, il faut apprendre à lire, il faut apprendre à écrire – on a cité Rita Charon tout à l'heure – la médecine narrative, je crois que c'est essentiel d'y revenir. C'est en même temps un peu consternant qu'on doive réinventer une médecine narrative, puisqu'on a tellement sélectionné les jeunes médecins sur autre chose que des qualités littéraires, qu'il faut réapprendre quelque chose qui soit d'ordre littéraire. Et j'ai l'habitude de dire, et c'est très important, qu'ici, le narrateur, c'est le médecin, le docteur Watson, et des deux, le plus intelligents n'est pas le médecin. Ce n'est pas le même métier, ce ne sont pas les mêmes enjeux, celui qui fait l'enquête et celui qui écoute. Et je crois qu'il vaut mieux savoir écouter qu'avoir l'intelligence de Sherlock Holmes.

Toujours dans les lectures, moi je suggère souvent, à mes étudiants, de grandes lectures qui sont fondatrices, comme les récits, les nouvelles comme *Les Diaboliques* de Barbey d'Aurevilly, où on voit vraiment – c'est chabrolien, ce médecin qui est témoin du meurtre du mari par la femme adultère et son amant et qui les retrouve et qui ne peut rien en dire, parce que le secret justement, mais qui en a suivi l'ensemble. Finalement, il faut le lire comme étant cette position centrale du médecin qui voit et taira.

Et puis il y a de grands témoins de cette démarche. Et moi je voulais dire ici que, dans mon propre choix de la médecine, dans ma vocation, quand j'étais adolescent, j'ai découvert ce livre, *la consultation*, de Norbert Bensaid, qu'on peut décrire comme balintien d'une façon générale, qui est un ouvrage absolument remarquable sur l'enjeu de la consultation, qui est d'ailleurs très bien écrit. Et au passage, je souligne que Bensaid avait une capacité à anticiper les grands sujets, puisqu'il a aussi écrit sur ce qu'est devenu le principe de précaution, en le dénonçant, trente ans avant, et aussi sur la dérive des médecines alternatives, avec une acuité qui est vraiment remarquable. C'était mon premier point : la psychothérapie, toute relation thérapeutique, toute relation médecin/patient est de nature psychothérapeutique.

Est-ce que cette démarche, pour autant, se situe hors du champ technique ? Alors, je ne vais pas parler de technique psychothérapeutique, je pourrais vous en dire plein de choses, mais je ne crois pas que ça soit l'objet, mon point est plus général. Est-ce que c'est de l'ordre de la technique ou pas et comment ça se situe par rapport à la technique ?

Eh bien je pense que face à cette question, en permanence, nous sommes coupables d'un crime : celui d'être dualistes. Ça veut dire qu'en permanence, on se dit qu'il y a, d'un côté, ce corps malade et de l'autre côté, cette fonction psychique, ces pensées, en monal, comme ça, au-dessus du cerveau, qui se baladent, et que, soit je m'adresse au corps, avec mon traitement antihypercholestéroliant, par exemple, pour reprendre ce qui a été évoqué, soit je m'adresse à la personne, à sa pensée. Et les deux sont séparés. Et pour moi, évidemment, ça n'a pas de sens, de penser comme ça. Je pense que c'est une aporie, je pense qu'on ne peut pas raisonner ainsi et que, d'ailleurs, c'est mettre le patient lui-même dans une situation infernale, de dialogue avec lui-même impossible, de cette façon à se répondre lui-même sur, d'un côté la pensée et de l'autre, le corps. Ce qui est bien brisé, littéralement brisé, dans la dépression, c'est la volonté de, l'énergie de – c'est l'enjeu principal au-delà de la tristesse – et ce n'est pas la force de la pensée qui viendra compenser cette fracture de l'envie, du plaisir, de l'énergie qui caractérise la dépression.

En fait, parce que tout ça s'incarne, dans un corps et notamment dans un organe d'une complexité incroyable, qu'on peut regarder aussi froidement que cela, mais d'une façon générale, dans un corps qui sous-tend tout ce dont nous parlons aujourd'hui, en matière psychothérapeutique. Je crois qu'il n'y a pas de possibilité à l'exercice, aujourd'hui, de la médecine, en étant dualiste. Et je pense en même temps qu'en permanence, même quand on fait l'effort de ne pas être dualiste, on est dualiste.

Alors, je pourrais rester dans ce registre quasi philosophique, qui me passionne. Mais je me dis, quand même, que, parfois, un peu à la façon de Paris Match « le poids des mots, le choc des photos », c'est important de voir les choses et de voir comment les choses

évoluent. Je trouve que, pour le coup, la technologie nous amène parfois à repenser la façon dont on considère l'Homme.

Et je fais une parenthèse, ce qui peut paraître un peu incongru dans cette session sur les psychothérapies, sur les techniques de neurostimulation, pas pour leurs vertus thérapeutiques, ici, mais pour vous dire, quand même, que ça amène à penser différemment le fonctionnement psychique et en tout cas à ne pas le penser de façon dualiste. Vous savez qu'aujourd'hui – vous avez vu une photo d'Alim Benabib qui est l'inventeur de ces techniques de neurostimulation, vous voyez un tremblement parkinsonien absolument typique, d'ailleurs un patient absolument typique parkinsonien, y compris dans l'hyponymie, la fixité du regard, la perte du clignement, ce tremblement que vous voyez ultra invalidant, et puis ce patient, il a des électrodes dans le cerveau et le neurochirurgien allume la télécommande du pacemaker de ces électrodes et ce que vous allez voir, c'est la réponse à ces stimulations intracérébrales, avec un amendement complet du tremblement et regardez bien le visage, vous voyez comment il s'anime, comment les yeux clignent, la bouche, l'hyponymie rétrocede complètement et la motricité fine qui est retrouvée. Ça, ce n'est plus de la recherche, c'est de la pratique médicale courante. Des implantations Parkinson, il y en a plein, donc, on n'est plus dans le registre de la recherche.

Et ce que je voulais vous montrer, ce ne sont pas les succès dans une pathologie motrice, c'est que ce type de stimulation nous a aussi amenés à nous poser la question de ce qui se passait du point de vue émotionnel et notamment au travers d'un cas clinique qui date, maintenant, parce qu'il a vingt ans et qu'il est un magnifique cas clinique. Et curieusement, il n'est pas bien connu. Moi, je milite beaucoup pour les cas cliniques, on publie beaucoup de sciences, mais en fait, souvent, ce qui amène à de vraies ruptures, ce sont les cas cliniques. Et donc, dans ce cas clinique, cette patiente, qui avait une pathologie neurologique – je ne vais pas détailler – eh bien un des plots de l'électrode était placé à un endroit un peu différent et quand on le stimule, eh bien, elle s'effondre et vous allez voir les quatre temps – vous allez voir cette patiente juste avant – on allume, vous la voyez qui s'effondre, vraiment qui s'effondre, et puis quand on a éteint la stimulation, je ne sais pas si vous voyez le timing : 15 heures 24 et à la fin, 15 heures 33, donc en l'espace de dix minutes, vous allez la voir traverser ces différentes émotions. Donc, la stimulation est allumée (*stimulation turned on*), vous la voyez qui s'effondre, le médecin lui demande si elle a mal : « j'en ai marre de la vie », « j'en ai marre de la vie », « j'en ai marre de la vie ». Là, on a éteint, c'est quelques minutes après et on lui demande ce qui se passe et elle est tout étonnée et elle en rit. Ça veut dire qu'une stimulation cérébrale profonde à un endroit précis d'un circuit provoque, l'espace de quelques secondes, non pas un rire ou pleurer spasmodique – ce n'est pas de la symptomatologie bulbaire – mais une détresse morale intense, qui se résume, pour la patiente, par : « j'en ai marre de la vie », qui est une idée qu'elle n'avait même pas dans le périmètre de ses pensées quelques minutes avant.

Je fais l'effort de vous montrer cette vidéo de façon un peu incongrue, parce que je pense qu'elle participe, au-delà du point de vue philosophique – on pourra en discuter – à battre en brèche cette tentation qu'on a toujours d'être dualiste et qui s'applique complètement à l'enjeu psychothérapeutique qui consiste à dire, pour ce patient, est-ce que je vais être psychothérapeute ou technicien ? Ce qui, à mon avis, est un non-sens. Un non-sens et peut-être même quelque chose qui nuit profondément à nos patients.

C'était résumé, d'ailleurs, par, mieux que les philosophes, les poètes, ici, ce début de poème très connu de Paul Valéry : « Maître cerveau sur son homme perché, tenait dans ses plis son mystère. » En fait, vous le savez, d'un point de vue philosophique, d'un point de vue cartésien, si on pense dualisme, alors on finit à l'homonculus, qui est une espèce de petit bonhomme qui viendrait nous commander et superviser, en quelque sorte, ce grand corps malade, pour produire la pensée, ce qui n'a vraiment pas de sens, ni du point de vue philosophique, ni du point de vue scientifique.

Alors, à partir du moment où on dit : ce n'est pas dissocié, est-ce que, pour autant, ce sont des temporalités distinctes ? Est-ce que ce sont des approches qui doivent se séparer ? Qui seraient, en gros, je caricature, d'un côté, la thérapeutique, la chimiothérapie et de l'autre, la relation thérapeutique, la psychothérapie.

Eh bien, moi, je pense que pas du tout, et je pense que, là aussi, c'est ne pas aider nos patients que de leur imposer cette dichotomie, cette dissociation entre, d'un côté, la chimiothérapie et, de l'autre, la psychothérapie. En fait, en pratique, dans la vraie vie, on a donné là quelques techniques, je pourrais en développer aussi, ce qu'on voit le plus souvent, c'est une synergie : ce n'est pas du tout une bifurcation. Moi, ma situation la plus fréquente, c'est celle d'un cercle vertueux avec une relation psychothérapeutique, la relation, en fait, médecin/patient, qui permet la prescription médicamenteuse et qui, surtout, permet l'observance – parce que je vous rappelle que le principal problème, c'est qu'on fait des prescriptions et que les patients ne les suivent pas du tout – et en fait, assez souvent, ils ont raison ou plus exactement, assez souvent, c'est parce que nous n'avons pas fait le job. Mais si on le fait correctement, alors oui, on peut prescrire un traitement qui aura des effets, parce qu'il sera pris. Ce traitement médicamenteux, il donne quelques degrés de liberté, qui manquaient pour un changement, pour autre chose. Et à partir de ces quelques degrés de liberté, ce changement permettra de s'affranchir du traitement. Prenez la situation d'un trouble anxieux sévère avec un type de troubles paniques, par exemple, bien souvent, initier une psychothérapie sera difficile si cette pathologie est très invalidante. Par contre, l'amélioration que vous rendrez possible avec un traitement médicamenteux permettra la psychothérapie qui, elle-même, permettra de se passer du traitement médicamenteux. Donc, moi je ne crois pas du tout à la dissociation, je crois au lien entre ces approches. Au passage, on peut en discuter, mais autant je suis d'accord avec l'essentiel de ce que j'ai entendu jusque-là, autant il y a des points sur lesquels je suis fortement en désaccord, notamment pour ce qui est de l'évaluation de l'efficacité des traitements antidépresseurs. Je vous rappelle qu'on a connu, dans la littérature scientifique, une inflation terrible de l'effet placebo dans le champ de la psychiatrie, que cette inflation terrible de l'effet placebo est bien caractérisée par le fait qu'on inclue aujourd'hui, dans les essais nord-américains, les patients qui sont peu sévères. Je vous rappelle que les indications d'un traitement antidépresseur, c'est la dépression et la dépression caractérisée d'intensité modérée à sévère, et que si on prend ces populations, alors la différence entre le bras traitement actif et le bras placebo, elle est majeure. Je suis prêt à en discuter, mais je crois qu'on ne peut pas, dans une session de psychothérapie, battre en brèche la question des traitements, même si vous avez entendu mon intérêt pour la psychothérapie.

Je pense en fait, et je le redis, que quand on le fait, c'est qu'on est victime de dualisme et ce n'est pas bien d'imposer, à nos patients, d'être dissociés entre, d'un côté, l'esprit, de l'autre, le corps.

Et puis je finirai par ce point : la question de la formation. Comment on se forme à ça ? Eh bien je crois, en fait que, pour l'essentiel, ça consiste à être médecin. Être médecin, c'est être psychothérapeute, ça, j'en suis convaincu. C'est valable pour le médecin généraliste, c'est valable pour le cardiologue, c'est valable pour le psychiatre. Je pense qu'il n'y a pas de médecine sans ce type de relation.

Pour autant, je me pose la question – ça sera peut-être mon deuxième point polémique – de l'intérêt qu'il y a pour les médecins généralistes à passer en psychiatrie. Alors, je ne le dis pas pour l'enjeu technique, l'enjeu technique qui serait la prescription ou les techniques psychothérapeutiques – il y a 10 000 DU de techniques psychothérapeutiques ou sociétés savantes. Mais je le dis parce que je pense qu'en médecine, on apprend beaucoup d'une prise en charge, quand on est confronté à la situation la plus tordue, la plus bizarre, la plus extrême de la pathologie considérée. Et qu'à ce titre, apprendre la relation thérapeutique dans des situations où elle est étrange – c'est le cas de la psychiatrie – eh bien peut-être que c'est utile pour l'ensemble des prises en charge psychothérapeutiques.

Merci pour votre attention.

Applaudissements.

Questions et débat

De la salle

Bonsoir, je suis interne en médecine générale à Montpellier. J'avais une question un peu de synthèse sur ce qu'on a entendu. On a beaucoup parlé d'écho, on a beaucoup parlé de transfert, de contre-transfert, de relation médecin/patient et aussi de situations en soins primaires où le patient en détresse arrive devant un médecin qu'il ne connaît pas forcément – il y avait un exemple de première visite.

Ma question est : est-ce que le but, au final, c'est de développer un style relationnel pour réussir à parler à tout le monde ? Et sinon, comment on fait ?

Alain MERCIER

Pour commencer par celle-ci, je ne suis pas absolument certain que parler à tout le monde soit un objectif réaliste. Je pense qu'on peut faire le constat qu'il y a des relations qui ne sont pas possibles et qui sont difficiles et qu'il faut passer la main.

Alors maintenant, on est praticiens de soins primaires, c'est-à-dire qu'on est le premier recours, également le dernier recours, d'ailleurs. Donc, effectivement, avoir une réponse pour laquelle on se dit que, par exemple, ce patient qui est en détresse et qui demande un secours à toi qui représentes le système de soins primaires, le plus important va être de trouver le style ou la posture, plutôt, qui va te permettre d'accrocher les choses. Et après, tout de suite ou après quelques consultations, de faire le constat que tu peux le prendre en charge, toi ou si quelqu'un d'autre dans le cabinet de soins primaires ou un spécialiste de médecine générale ou d'une autre spécialité doit le prendre en charge.

Peut-être que l'honnêteté ou l'authenticité dans ce cas-là, c'est de faire le constat qu'on est sur une consultation dont l'essentiel est de créer une relation et que le reste, il faut le laisser tomber. Et après, tout est possible, on ouvre les choses.

De la salle

Je suis interne en médecine générale et j'avais une question concernant la phrase du Professeur GAILLARD : « il n'y a pas de médecine sans confiance, pas de confiance sans confiance et pas de confiance sans secret. » Du point de vue du médecin, en termes de confiance, où est-ce qu'on place le curseur ? Enfin, je veux dire, qu'est-ce qu'on peut se permettre de dire et jusqu'où on peut se permettre de le dire avant de passer la main à un confrère ? Je ne sais pas si c'est clair...

Raphaël GAILLARD

Ça, c'est un enjeu complexe de la médecine, en fait, qui est le moment où on fait appel à d'autres, un confrère, quel qu'il soit, parce qu'on considère qu'un autre devra intervenir. Moi, je n'ai pas de réponse type là-dessus. Je pense que d'une façon générale, il faut savoir faire appel à d'autres quand on se sent débordé. Mais ce qu'on a pointé d'une façon plus immédiate, c'est que ces confidences, elles ne viendront que si on garantit le secret à ces confidences – je le redis, mais c'est vraiment, à mes yeux, le socle de l'exercice de la médecine – mais aussi si on a l'ouverture qui a été rappelée à l'instant, qui permet à un individu de s'exprimer. Ça a été décrit dès le premier cas clinique.

En fait, si on ne laisse pas la place à ces confidences, alors notre exercice, il peut être un exercice de plombier qui consiste à répondre très spécifiquement à ce qui semble être une demande, en ratant complètement les enjeux de cette consultation. Je crois que le risque, il est beaucoup plus important à ne pas entendre la demande du patient, qu'à trop en entendre. Ce n'est pas une façon de ne pas répondre à cette question, mais je pense que le risque est beaucoup plus important à ne pas laisser la place au patient de l'expression de sa demande qu'à être débordé par cette demande.

Alain BARDOUX

Et puis peut-être aussi entre tout dire et ne rien dire, il y a peut-être des formulations un peu moyennes qui permettent de faire intervenir d'autres.

De la salle

Bonjour. Moi j'avais une question. Vous dites que, finalement, la psychothérapie en médecine générale, c'est beaucoup la relation médecin/patient, je voulais savoir si quelqu'un s'est déjà occupé, dans ce cadre-là, de l'éventuel problème que peut poser le fait qu'il y ait des internes ou des remplaçants chez le médecin généraliste, dans la mesure où je trouve que c'est beaucoup d'occasions, où, finalement, la relation médecin/malade ne peut pas s'établir avec le médecin, parce que c'est quelqu'un d'autre qui est là. J'ai eu cette sensation avec des patients qui ont vu deux, trois fois l'interne et après, ils arrivent, l'interne est parti, moi, je suis là, et finalement, ce qui a été fait avant, c'est un peu « gâché ».

Je voulais savoir s'il y a déjà des gens qui avaient cherché des trucs là-dessus.

Alain MERCIER

Merci de ta question. Je ne suis pas au courant de toutes les recherches qui se font, mais peut-être certaines thèses ou collègues se sont intéressés à cela. Ce que l'on peut observer dans la pratique, c'est que ça permet, de mon point de vue, beaucoup de choses. Avoir une relation à trois, certes, ça peut paraître compliqué au cours d'une consultation, mais il est quand même assez courant que ça soit aussi une ouverture et que le point de vue de l'autre, les questions de l'autre ou le silence de l'autre permettent au patient de s'exprimer. Et moi je ne compte plus les consultations qui ont pu débiter, d'ailleurs, à trois, pour se poursuivre avec l'interne, où il y a eu une meilleure connaissance du patient lui-même, une ouverture sur autre chose. Et en ce sens – mais, là, c'est mon opinion qui se base sur mon expérience – c'est beaucoup plus source de richesse, que source de problèmes. Je ne sais pas si, Alain, tu veux...

Alain BARDOUX

Oui, dans les démarches psychothérapiques, c'est souvent acquérir de nouveaux points de vue, partager des expériences, s'enrichir et voir les choses un peu différemment et modifier un peu des perceptions. Et en cela, si c'est accepté, amené, entouré, etc., la présence de quelqu'un d'autre acceptée, ça permet de donner un autre éclairage, de stimuler un peu les choses et souvent, c'est accepté. C'est non seulement accepté, mais parfois même demandé.

Après, il y a la question de la dilution si ce sont trois ou quatre intervenants successifs, là, il y a un autre problème de dilution, de fil conducteur qui peut être perdu. Mais c'est, à mon avis, un autre problème, c'est dans la stabilité de la relation.

De la salle

Bonjour. Je suis interne en médecine générale et je suis également en master de psychologie et je voulais simplement vous poser la question de savoir si, dans toutes les interventions que j'ai entendues, j'ai beaucoup repéré d'éléments qui s'inscrivent plutôt dans une orientation psychanalytique ou rogersienne. Est-ce qu'on n'entretient pas une forme de dualisme à vouloir dissocier, d'un côté, quelque chose qui serait de l'ordre de l'émotionnel qu'on théoriserait et de l'autre, la pratique faussement réassurante du somatique. Est-ce qu'on n'entretient pas une forme de dualisme, dans le sens où la psychologie, notamment clinique, fait beaucoup de progrès ces dernières années, qui sont un peu lents à s'inscrire en France, mais la quatrième vague des TCC (thérapies cognitives et comportementales) par exemple, s'intéresse beaucoup à l'émotion et à sa place de façon également étayée par autre chose que des doctrines d'auteurs.

Donc, voilà, est-ce qu'en entretenant, un petit peu, ce côté de la psychothérapie qui serait seulement quelque chose de relationnel et de subjectif pur, on ne reste pas aussi dans

une forme de dualisme ? Est-ce qu'il ne faut pas réintégrer la psychothérapie dans une approche plus intégrative, donc, qui comprend aussi les approches cognitives et comportementales, les approches humanistes, les approches systémiques dont on n'a pas du tout parlé, par exemple.

Alain MERCIER

Il n'est pas possible de tout dire en une présentation, on est forcé de s'axer sur un certain axe. Mais il est évident que, non seulement, dans mon esprit, je devrais dire dans notre esprit, il n'y a pas d'exclusion, mais en pratique, ça m'arrive, moi, d'être dans le motivationnel : les TCC avec une psychologue et le patient consulte aussi quelqu'un qui est dans le « psychanalytique ». Donc, non, il n'y a pas de volonté d'exclusion du tout. Et peut-être que... enfin, de la part de ma présentation et de celle des autres, je ne pense pas.

Après, il y a des querelles d'écoles que vous connaissez, qui sont sans doute stériles, comme toutes les querelles d'écoles.

Raphaël GAILLARD

Oui, je suis tout à fait d'accord. D'ailleurs, je pourrais dire que ma culture n'est pas psychanalytique ; moi, je fais plutôt des neurosciences et les psychothérapeutes avec lesquels je travaille – on a évoqué Christophe ANDRÉ, par exemple, son activité, c'était dans mon service – c'est clairement autour de ces approches-là.

Je crois qu'il faut simplement considérer que les querelles de chapelles, d'obédiences entre les différents courants psychanalytiques, psychothérapeutiques d'une façon générale, ça nuit beaucoup à ce que nous puissions bénéficier des lumières de chacune de ces approches. Je crois qu'il faut simplement faire feu de tout bois et qu'en la matière, il n'y a pas de religion qui tienne.

Donc, je souscris tout à fait à la question de TCC, quatrième vague, qu'est-ce que ça nous apporte, comment on peut le penser, etc. Et peut-être que ça revisite le paradigme. Mais en même temps, bien que je ne sois pas psychanalyste, je pense qu'il faut écouter les psychanalystes, parce qu'il y a un savoir qui, au-delà du jargon, est, de fait, intéressant pour tout médecin.

Marc CHANELIERE

Un dernier commentaire, peut-être de la part de nos intervenants ?

Alain MERCIER

Je voulais juste reparler des médicaments. Alors, je prescris des médicaments et des antidépresseurs, OK, soyons clairs là-dessus. Après, les données factuelles sont ce qu'elles sont, elles sont très, très compliquées à analyser et faire des inférences sur les données disponibles, c'est très difficile.

Je crois qu'il y a un message essentiel que je tente, que je répète et que j'essaie de faire passer auprès de mes internes, c'est : « ce n'est pas une urgence de prescrire un antidépresseur, prends ton temps, il n'y a aucune urgence à cela. La plupart du temps, tu verras que le médicament, c'est toi et qu'après, oui, effectivement, dans les formes sévères, dans ce qui n'est pas tristesse – lisez le bouquin d'Horwitz à propos de la tristesse – eh bien, oui, là, on peut prescrire. » Le problème, c'est qu'on ne sait pas toujours exactement chez quelle personne on va avoir une bonne réponse, mais ça, c'est un autre problème.

Donc, il n'y a pas d'opposition.

Raphaël GAILLARD

Oui, mais je m'en doutais. Je rebondissais parce qu'il était quand même écrit, à un moment « égale placebo » dans des études.

Alain MERCIER

J'étais dans la provocation.

Raphaël GAILLARD

Je préfère.