

## Description détaillée de l'action

### **Initiation à la psychosomatique relationnelle**

Programme mixte

#### Non présentiel intégré à l'exercice professionnel :

Evaluation préalable des connaissances et des besoins par un questionnaire adressé à chaque participant, lui permettant de faire le point sur sa connaissance de la psychosomatique.

Outil pédagogique : questionnaire et bibliographie envoyés par mail.

#### Présentiel, didactique et d'analyse des pratiques :

Lors de la séance sur une demi-journée, dans un premier temps et dans une approche didactique seront abordés les thèmes de la psychosomatique et de l'éthique médicale. Nous ferons une reprise des connaissances face à la pratique et apports bibliographiques.

Les apports théoriques seront ajustés aux attentes du groupe.

Au cours de la deuxième demi journée, à partir de l'étude d'un ou plusieurs dossiers qui permettront échanges et débat entre les médecins en présence, les difficultés de prise en charges seront analysées. La confrontation des attitudes cliniques doit permettre de dessiner des améliorations dans la prise en charge des patients. Tenter de s'approcher d'une éthique propre au praticien sera l'enjeu de cette session de DPC, à partir d'un retour aux fondements de la psychosomatique et d'un examen des modèles majeurs qui l'organisent et la théorisent. Un large temps de discussion sera ménagé avec les participants à qui il sera demandé d'apporter un cas issu de leur pratique leur ayant posé ou leur posant un problème identifié comme relevant de l'éthique. A partir de l'étude d'un ou plusieurs dossiers qui permettront échanges et débat entre les psychiatres en présence, les difficultés de prise en charges spécifiques seront analysées. La confrontation des étapes des prises en charge cliniques doit permettre de dessiner des améliorations.

Outil pédagogique :

Présentation magistrale affirmative expositive de l'abord par la psychosomatique et des aspects théoriques.

Présentation de cas cliniques et articulations entre professionnels des cas cliniques.

Echanges entre participants et experts.

Reprise des connaissances face à la pratique et apports complémentaires. Proposition bibliographique.

#### Non présentiel. Analyse des compétences actives et restitution :

A l'issue de la séance, sur la base de l'analyse du matériel de chacun, les participants devront réaliser une évaluation des acquis par un questionnaire et définir en concertation avec les responsables du DPC des axes d'amélioration de la prise en charge des patients.

Outil pédagogique : Questionnaire identique à celui de la première étape remis à nouveau afin de voir l'écart et l'amélioration des pratiques. Il ajoutera un indice de satisfaction de la formation.

## Méthodes

### - En groupe

Formation présentielle et apports didactiques. Echanges entre experts et participants.

### - Individuelle

Formation à distance : Apport de connaissances/approfondissement des compétences.

Apport de connaissances sous formes de documents adressés aux participants.

## **Intervenantes**

Docteur Hélène Baudoin – Psychiatre Nice

RPPS10003288619 – baudoin.h@wanadoo.fr

12, rue de Paris – 06000 Nice

Tél cab : 04 93 80 85 54 – port : 06 74 13 33 72

Docteur Michèle Chahbazian – Psychiatre Aix en Provence

RPPS 10031146466 – chahb@hotmail.fr

Hauts de Provence – 64, avenue De Lattre de Tassigny – 13090 – Aix-en-Provence

Tél cab : 04 42 95 02 44 – port : 06 13 32 36 07

## **Coordinatrice**

Docteur Françoise Labes

**Lieu** : Hôtel Mercure – Centre Notre Dame – Nice

## Résumé

La Psychosomatique ne doit pas uniquement se concevoir comme une application de la Psychanalyse au champ du Somatique, mais comme une théorisation possible de l'Unité de l'être humain, engagé corps et âme dans les processus relationnels.

La médecine est une *médecine de la personne* et non médecine de la santé. Soigner, c'est toujours soigner *quelqu'un, répondre à l'appel* d'un être humain en péril. La médicalisation peut également désigner le processus qui consiste à transformer en pathologie médicalement curable tel ou tel caractère relevant de la condition humaine ou de la constitution des êtres. Le processus est circulaire: pour pouvoir «soigner» ces maux, il *faut* d'abord les considérer comme des maladies. En vérité, on devrait déjà parler ici d'une sophistication de la médicalisation qui se réduit à un corps privé d'âme. Alors que, considérée dans son essence, la médecine est *une pratique soignante accompagnée de science et instrumentée par des moyens techniques*. Cette primauté de la personne, qui seule donne son sens à l'acte médical, rend la médecine indissociable de *l'éthique*. La responsabilité médicale relève donc essentiellement d'une *obligation morale*, irréductible à une obligation contractuelle.

Nous pourrions discuter de tout l'apport de la théorisation de Sami Ali, qui, à partir de son concept de l'impasse permet de penser la pathologie humaine, tant sur le plan somatique que sur le plan psychologique en l'absence de tout clivage. Nous ne devons pas ignorer le devoir de recourir au savoir développé par les psychosomaticiens pour repérer, puis soigner, le psychique manifesté par et dans le corporel.

Les impasses dans la clinique psychosomatique, sont des situations fermées dans lesquelles, chaque fois que l'on croit trouver une issue, celle-ci s'avère illusoire, de telle sorte que l'on est constamment ramené à la même fermeture dont la pathologie témoigne. L'impasse n'est pas due simplement à l'incapacité du sujet à trouver une issue mais au fait qu'il puisse également exister au niveau de la situation relationnelle une fermeture pour lui.

Ainsi l'autre concept clé de cette approche est celui de relation. Là se manifeste une distance prise avec la psychanalyse dans la mesure où la relation n'est pas vue comme relation d'objet. Elle est pleinement posée comme ce qui nous relie d'un bout à l'autre

de notre vie à l'autre, qui commence avant même la conception et qui conditionne notre construction psychosomatique. Car dans cette vision de l'humain tout est relationnel, le corps est relationnel, le psychisme est relationnel.

Toute souffrance, tout symptôme, toute pathologie appartient donc à un contexte relationnel, qu'il s'agit de découvrir. On voit là comment cette pensée est apte à dépasser bien des clivages aux effets délétères. Comme par exemple recevoir pour un syndrome dépressif une patiente qui souffre également d'un diabète peut permettre de mettre un terme à l'impasse de se voir traitée sur le plan du corps pendant des décennies sans aucune reconnaissance des liens qui existent entre ce diabète et une souffrance relationnelle de l'enfance, entre le corps et le psychisme. La patiente arrive dans un état d'épuisement parce qu'aucune vision d'elle-même n'a pu être unifiée. Il s'agit de ne pas augmenter cette impasse en traitant la dépression comme un phénomène qui ne ferait que s'ajouter de façon linéaire à sa pathologie somatique, par un seul antidépresseur par exemple.

Penser l'unité c'est penser que tout est lié et que tout est relationnel. C'est là la notion d'une circularité entre fonctionnement et relation.

Si le cercle vicieux est un modèle fréquent de l'impasse car aboutissant à l'épuisement retrouvé dans la dépression ou en amont de nombreuses pathologies somatiques, celle-ci peut aussi avoir d'autres structures logiques où l'issue du sujet peut être recherchée au travers d'un trouble de l'immunité ou d'un processus délirant.

Le travail thérapeutique, conçu lui aussi comme relationnel, permet l'analyse des impasses du sujet engagé dans des processus pathologiques, ouvrant par là même les voies de leur dissolution.

Des situations cliniques seront étudiées pour illustrer la pertinence de cette pensée.

### **Recommandation de l'organisme**

Permettre une meilleure connaissance des théories sur lesquelles s'appuie l'approche psychosomatique. Découvrir les possibilités données par une intervention clinique fondée sur ces théorisations, montrer en quoi elles permettent de renouveler efficacement la prise en charge de ces formes cliniques des manifestations psychiques et organiques psychosomatiques.

- Favoriser la compréhension de cette conception de la théorisation de la primauté de l'humain engagé dans les processus relationnels et de la notion que tout sujet évolue dans une circularité entre fonctionnement et relationnel.
- Introduire au concept de l'impasse permettant de penser la pathologie humaine, tant sur le plan somatique que sur le plan psychologique en l'absence de tout clivage.

### **Pré-requis**

Il convient que les différents médecins puissent avoir une pratique relationnelle dans le champ de la psychiatrie et de la médecine.

- Etape 1 : Apport de connaissances/approfondissement des compétences. Etape évaluative intégrée à l'exercice professionnel.
- Etape 2 : Etape didactique et d'analyse des pratiques professionnelles en présentiel.
- Etape 3 : Suivi des actions d'amélioration.

### **Etape 1**

#### **Format**

Non présentiel

**Durée**

0.0

**Titre**

Etape évaluative intégrée à l'exercice professionnel.

**Description**

Evaluation préalable des connaissances et des besoins par un questionnaire adressé à chaque participant, lui permettant de faire le point sur ses connaissances sur la psychosomatique et de repérer les secteurs dans lesquels il souhaite progresser. Une base bibliographique permettra de sensibiliser les participants aux différents aspects de la psychosomatique et de l'éthique.

Il est demandé également aux participants de décrire une séquence clinique significative qui a questionnée sur le soin psychosomatique.

Outil pédagogique : questionnaire et bibliographie envoyés par mail. Cas clinique proposé par chaque participant.

**Etape 2****Format**

Présentiel

**Durée**

Une journée.

**Titre**

Etape didactique et d'analyse des pratiques.

**Description**

Lors de la séance sur une journée, dans un premier temps, les participants présenteront des situations cliniques. A partir de l'étude d'un ou plusieurs dossiers qui permettront échanges et débat entre les médecins en présence, les questionnements pratiques et théoriques seront analysés. La confrontation des attitudes cliniques doit permettre de dessiner des améliorations dans la prise en charge des patients et dans les relations avec les autres professionnels de santé.

Les apports théoriques seront ajustés aux attentes du groupe.

Outil pédagogique : présentation de cas cliniques. Echanges entre participants et experts. Reprise des connaissances face à la pratique et apports complémentaires.

**Etape 3****Format**

Non présentiel

**Durée**

0.0

**Titre**

Analyse des compétences actives et restitution.

**Description**

A l'issue de la séance, sur la base de l'analyse du matériel de chacun, les participants devront réaliser une évaluation des acquis par un questionnaire et définir en concertation avec les responsables du DPC des axes d'amélioration de la prise en charge des patients.

Outil pédagogique : questionnaire identique à celui de la première étape remis à nouveau afin de voir l'écart et l'amélioration des pratiques. Il ajoutera un indice de satisfaction de la formation.

### **Références recommandations, bibliographie utilisées dans le cadre de l'action proposée**

#### Bibliographie

SAMI Ali

DE LA PROJECTION Une étude psychanalytique – Ed Dunod

CORPS REEL CORPS IMAGINAIRE – Ed Dunod

CORPS ET AME Pratique de la théorie relationnelle – Ed Dunod

L'IMPASSE DANS LA PSYCHOSE ET L'ALLERGIE – Ed Dunod

CONVERGENCES Essais de psychosomatique relationnelle – Ed EDP Sciences

BAUDOIN Hélène : articles in

Psychosomatique de l'enfant de l'adolescent et de l'adulte – Ed EDK Recherche en psychosomatique

Cancer et psychosomatique relationnelle – Ed EDK Recherche en psychosomatique

CHAHBAZIAN Michèle

Le lien psychosomatique, de l'affect au rythme corporel – Ed EDK

Cancer et psychosomatique relationnelle (article) – Ed EDK Recherche en psychosomatique

FOLSCHEID Dominique

La médecine comme praxis : un impératif éthique fondamental – Laval théologique et philosophique – vol. 52, n°2 – 1996 – p. 499-509.