

**DE L'OBJET AU SUJET DU SOIN  
UN NOUVEAU SOUFFLE POUR LA FONDATION LING**

Comité de rédaction  
Gérald Bérout, Eric Bonvin, Christiane Droz, Gérard Salem

RÉDACTION

DU  
N° 25

De l'objet au sujet du soin – Un nouveau souffle pour la Fondation Ling	Eric Bonvin et Gérard Salem	1
La métamorphose de la Fondation Ling et ses nouvelles missions	Eric Bonvin	2
La violence «scientiste» dans le champ de la santé	Jean-François Malherbe	3
Guérir l'émotion par l'émotion	Gérard Sagié	10
Diagnostic psychiatrique et relation intersubjective	Gérard Salem	11
Au sujet de l'introuvable objet de la psychiatrie contemporaine – D'une science de l'esprit à un art du lien	Eric Bonvin	12
Des mirages de l'objet de soin à l'occultation du sujet soigné	Eric Bonvin	15
Souffrir d'infertilité	Geneviève Delaisi de Parseval	17
Le secret dont le patient est maître et le secret de ce qui lui est caché et lui fait violence	Jean Martin	18
Conte de fées	Lu Yuan	20
Pour une objectivation au service de l'autoconnaissance du sujet	Edgar Morin	21
Objectivation et objectification	François Roustang	23
Nouvelles de l'Unité d'hypnose de la Fondation Ling (UHFL)	Eric Bonvin	24
Entre La Lettre et les livres	Eric Bonvin	24
Activités 2003-2004 de la Fondation Ling		25
Note administrative	Hélène Bottarelli	26



DE L'OBJET AU SUJET DU SOIN  
UN NOUVEAU SOUFFLE POUR LA FONDATION LING

BULLETIN  
D'INFORMATION  
DE LA  
FONDATION  
LING  
—  
LA  
LETTRE

**FONDATION LING**

Ch. de Lucinge 16 - CP 12  
CH-1000 LAUSANNE 19  
Tél./Fax : +41 (0)21 310 48 31  
E-mail : info@ling.ch  
Internet : www.ling.ch

N° 25  
SEPT.  
2003

# DE L'OBJET AU SUJET DU SOIN

## UN NOUVEAU SOUFFLE POUR LA FONDATION LING

**Eric Bonvin**

**Président du Conseil de fondation**

**Gérard Salem**

**Vice-président du Conseil de fondation**

Une expérience familière à tout marcheur consiste à se retourner de temps en temps pour embrasser d'un coup d'œil le chemin parcouru. Cette «petite pause» ressemble à une méditation éclair. Le paysage que nous venons d'arpenter est là, sous le ciel, avec ses vallonnements, ses champs et ses bois. Dans nos muscles, une douce euphorie, celle de l'effort accompli, mais aussi le plaisir de sentir que la promenade est loin d'être achevée, qu'il y a encore d'autres vallons, d'autres sentes et d'autres bisses à longer d'une foulée calme et pensive.

En une dizaine d'années, la longue randonnée de la Fondation Ling nous a permis de vivre de belles expériences. Celle de la solidarité, d'abord. Quelle magnifique aventure d'avancer ensemble, au coude à coude ou en file indienne, sur les chemins de la médecine, de la psychologie, de la culture, animés par la même curiosité et la même exigence ! Non, les cliniciens nomades que nous sommes ne pouvions nous contenter d'une vision étriquée de l'homme, d'une conception jivarisée de sa psyché, d'une représentation marionnettiste de son «fonctionnement» physico-chimique (pour reprendre l'expression de **Michel Bounan**). Avec une belle ardeur, nous avons exploré d'autres pensées, d'autres philosophies du soin, d'autres épistémologies, issues parfois des plus lointaines traditions. Nous avons confronté ces perspectives différentes, nous avons débattu de leur pertinence, aux carrefours des pratiques du soin, nous avons beaucoup essayé, beaucoup appris, beaucoup comparé et beaucoup montré. Ce bel effort a été largement salué et plébiscité, par les

soignants comme par les usagers des soins, par les institutions et les représentants de la doxa comme par les marginaux et les chamans d'ici et d'ailleurs.

Oui, cette décennie a été riche et fructueuse. La Fondation Ling a tenu ses paris. Ses objectifs ont été réalisés, l'esprit de sa charte a été respecté sur toute la ligne. Le **D<sup>r</sup> Eric Bonvin**, nouveau président du Conseil de la fondation, a su établir une synthèse rigoureuse et éclairée de ce travail dans le nouveau concept d'activité et de gestion qu'il a mis au point pour le lustre à venir, concept qui nous ouvre de très excitantes perspectives d'avenir. S'il est vrai que l'avenir, c'est du passé en préparation, comme le disait **Pierre Dac**, réjouissons-nous du prochain bilan, en 2008 !

Il est vrai que le monde des soins a beaucoup changé ces dernières années. Plus que jamais, les premiers acquis de la Fondation Ling vont permettre de relever les nouveaux défis qui se posent à tout praticien. Il s'agit de porter plus avant l'énergie et la créativité qui anime nos membres en poursuivant notre travail sur trois plans fondamentaux : l'exploration des cultures du soin par la création d'un observatoire des modèles et des pratiques, le développement des compétences des soignants et des soignés et, enfin, le soutien et l'information aux usagers des soins.

Allons, assez médité. Fin de la petite pause. *En avant, route !* comme nous y exhorte **Rimbaud**. Marchons, marchons et que, au besoin, *un peu* de salubre subjectivité abreuve nos sillons. Car, mes amis, se vouloir seulement objectif ou seulement subjectif, c'est comme se vouloir seulement yang ou yin, soleil ou lune, jour ou nuit... marcheur ou penseur. Mais oui, continuons nos cogitations en cheminant, puisque «*caminante, no hay camino. Se hace camino al andar !*»

Nous pourrions alors laisser nos réflexions naître, se métamorphoser puis fondre dans les paysages que nous traverserons. Ainsi pourrions-nous, dans ce numéro de *La Lettre*, explorer la contrée où nous invitons, de *sap parole vive*, **Jean-François Malherbe** : celle de la question de l'objectivité et de la subjectivité dans la pratique du soin et de son avatar, l'*objectification*. Nous suivrons notre prochain guide **Gérard Sagié**, qui nous contera les tumultueux torrents de la rencontre thérapeutique, et **Gérard Salem**, de l'ambiguïté du diagnostic en psychiatrie. **Eric Bonvin** vous invitera après lui à cheminer sur les crêtes aiguisées, entre failles et aiguilles, qui cisèlent le paysage de la psychiatrie et, plus loin encore, l'ensemble des pratiques de soin. **Geneviève Delaisi de Parseval** nous rejoindra pour nous parler du problème concret de l'infertilité et des secrets de famille qu'elle devine derrière cette souffrance. Puis, **Jean Martin** lui emboîtera le pas en développant l'éthique, à double tranchant, du secret médical et familial. Au-delà de ces contrées, nous gravirons de majestueuses montagnes en conversant avec **Edgar Morin** qui unit objectivité et subjectivité en une seule boucle qu'il propose résolument de mettre au profit de l'autoconnaissance du sujet soigné. Arrivés sur un haut-plateau au vaste panorama, nous acheverons notre périple avec **François Roustang** qui répliquera, lui aussi, à la missive de **Jean-François Malherbe**. Il nous fera embrasser la totalité grâce à ces vastes horizons dans lesquels se dissout toute séparation entre l'objet et le sujet. Pris d'une douce transe, au coin du feu, **Micheline Gilliéron** nous lira un conte de fées de **Lu Yuan**. Nous glisserons alors furtivement sur les pentes cotonneuses d'un juste sommeil, avant de repartir sur les chemins, car...



Fin de l'Editorial

Tout passe et tout demeure  
Mais notre affaire est de passer  
De passer en traçant  
Des chemins  
Des chemins sur la mer

Voyageur, le chemin  
C'est les traces de tes pas  
C'est tout; voyageur, il n'y a pas de  
chemin,  
Le chemin se fait en marchant  
Le chemin se fait en marchant

Et quand tu regardes en arrière  
Tu vois le sentier  
Que jamais  
Tu ne dois à nouveau fouler  
Voyageur ! Il n'y a pas de chemins  
Rien que des sillages sur la mer.

Antonio Machado (1875-1939) ■

## LA MÉTAMORPHOSE DE LA FONDATION LING ET SES NOUVELLES MISSIONS

Eric Bonvin, président du Conseil de fondation

La **Fondation Ling**, *Médecine-Psychologie-Culture*, a été créée à Lausanne en 1991 sous l'impulsion du **D<sup>r</sup> Gérard Salem**, médecin psychiatre. Recon nue d'utilité publique et sans but lu cratif, elle réunit de nombreux profes sionnels de la santé issus d'horizons divers et de nombreux usagers des soins. S'inscrivant dans une perspec tive à la fois humaniste et interdiscipli naire, **son but est d'ouvrir la voie à de nouvelles stratégies préventives et thérapeutiques au bénéfice de la santé physique et mentale**. Pour y parvenir, elle s'est dotée d'une **charte** qui donne une ligne directrice à ses activités. Cette charte prévoit en effet un pro gramme s'intéressant aux problèmes de santé pour lesquels la médecine académique s'avère peu efficace ou insuffisante et qui pourraient bénéfi cier de l'apport d'autres approches médicales. Respectant l'esprit de sa charte, la Fondation Ling est devenue, au cours de ces dix dernières années, une véritable tribune de débats et un centre d'enseignement, de publication et de recherche, particulièrement per formant. Jouissant d'une réputation de sérieux et de qualité, elle est aujourd'hui bien connue pour les in formations qu'elle dispense tant aux institutions qu'aux usagers des soins dans leurs itinéraires thérapeutiques. Mais, en dix ans, nombreux ont été les changements qui sont survenus dans le domaine de la santé, modifiant pro fondément le contexte de ce secteur

important de notre société. Pensons aux seules réformes des assurances maladie et sociales, aux réformes de l'enseignement universitaire et postgradué ou aux effets induits par l'augmentation inexorable des coûts de la santé. Dans notre pays, rares ont été les périodes marquées par autant de réformes fondamentales en la ma tière. La Fondation Ling a non seule ment traversé avec assurance cette période, mais elle en a également été une des actrices significatives. Ainsi en est-il de ses activités dans le do maine des *médecines alternatives*, de l'*hypnose thérapeutique* et de la *ré flexion fondamentale sur l'activité soignante* dans notre société actuelle.

Dynamique et profondément ancrée dans la mouvance de son temps, la Fondation Ling a, au cours de ses douze années d'existence, fait preuve d'une grande faculté d'adaptation. Avec un *Conseil de fondation* profon dément remanié<sup>1</sup>, un nouveau prési dent et un nouveau siège, la **Fondation Ling** souhaite ajuster ses activités aux nouveaux enjeux qui apparaissent dans le monde des soins et de la santé, aujourd'hui totalement différent de ce qu'il a été lors de la création de la fondation en 1991. Ainsi, tout en s'ins crivant dans le prolongement des ex cellents résultats obtenus durant les douze dernières années et à la lumière de l'analyse de son évolution et de celle du contexte sociosanitaire de notre

société, la **Fondation Ling** propose un nouveau concept d'activité et de ges tion formulé pour les cinq prochaines années (2003-2008). Ce concept est intégralement décrit et développé dans un document accessible en tout temps sur le site de la fondation ([www.ling.ch](http://www.ling.ch)), au secrétariat de la Fondation Ling ainsi qu'à la bibliothè que de l'Hôpital de Malévoz à Mon they. Ce concept définit les cinq pro grammes d'activité que souhaite pour suivre la fondation durant les cinq prochaines années en respectant le programme défini par sa charte et en l'ajustant au contexte actuel :

1. **Le programme d'observation des pratiques et des modèles de soin**  
Ce programme visera à développer une observation plus systé matique des différents modèles et des différentes pratiques de soin. En se basant sur une méthodologie comparative systématique, la fondation souhaite ainsi rendre cette observation plus accessible aux personnes intéressées à des fins d'information, de recherche ou d'expertise.
2. **Le programme d'aide aux usagers des soins dans leurs itinéraires thérapeutiques**  
Ce programme visera à offrir des ressources aux usagers des soins ainsi qu'aux associations qui les représentent, concernant les différents modèles et les différentes

# LA VIOLENCE « SCIENTISTE » DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ

Jean-François Malherbe

Professeur, titulaire de la chaire d'éthique appliquée à  
l'Université de Sherbrooke, au Québec

pratiques des soins. Ces ressources seront transmises sous forme d'information, de conseil, d'écoute active, d'expertise et voire même de soins.

### 3. *Le programme de développement des compétences soignantes*

Ce programme visera à offrir des ressources aux soignants ainsi qu'aux associations qui les représentent afin qu'ils puissent améliorer leurs compétences soignantes dans leur pratique clinique. Il leur permettra d'explorer de nouvelles stratégies de soin qui ne soient pas supplémentaires mais transversales, transdisciplinaires et imprégnées d'humanisme.

### 4. *Le programme d'expertise en matière de pluralisme des modèles et d'hétérogénéité de la pratique des soins*

Ce programme visera à fournir des ressources aux milieux académiques, aux autorités sanitaires et aux différents partenaires socioéconomiques du soin (assurances sociales et privées, industries, etc.) afin qu'ils disposent d'outils fiables dans l'expertise et l'appréciation des différents modèles de soin et des différentes pratiques.

### 5. *Le programme de développement de l'application de l'hypnose dans les domaines du soin, du travail social et pédagogique et de l'art de vivre*

Ce programme visera à prolonger les activités de l'Unité d'hypnose de la Fondation Ling (UHFL), tout en soutenant ses efforts dans ses démarches de validation et ses projets de développement dans le domaine sociopédagogique. ■

La principale forme de violence que recèlent les soins de santé est la conséquence d'une approche scientifique de la maladie et de la guérison. Cette approche résulte d'un glissement méthodologique souvent occulté qui, au départ d'une légitime objectivation du mal atteignant une personne malade, finit par *objectifier* celle-ci, c'est-à-dire par la nier dans sa subjectivité même.

Qu'est-ce que l'«objectivation»? On entend immédiatement dans cette expression le mot «objet». L'objectivation est une attitude propre à ceux qui sont en quête de savoir objectif et tentent de désobjectiver ce qu'ils apprennent. Ils jettent sur ce qu'ils étudient un regard aussi «objectif» que possible. L'objectivation consiste à mettre en évidence un certain nombre d'aspects de ce qu'on étudie et à en mettre d'autres entre parenthèses. Les éléments mis en évidence sont les éléments jugés «objectifs», ceux qu'on met entre parenthèses sont les éléments jugés «subjectifs». Un ingénieur qui doit construire un pont s'intéresse peu à la couleur des poutres qu'ils va utiliser. Il s'intéresse plutôt à leur forme, à leur élasticité et au coefficient de dilatation du matériau dont elles sont composées. Une approche scientifique met en évidence tout ce qui est quantifiable et entre parenthèses tout ce qui est de l'ordre des qualités.

### Les pieds heuristiques d'une mère-grand<sup>1</sup>

Lorsque j'étais adolescent, j'allais régulièrement passer quelques jours chez l'une de mes grands-mamans et j'avais remarqué que, la nuit, elle descendait de sa chambre qui était à l'étage jusqu'à la salle de bain qui était au rez-de-chaussée. Elle n'allumait jamais l'éclairage et, pourtant, en dépit de son grand âge, elle descendait et montait l'escalier d'un pas très assuré, sans aucune

hésitation. Un après-midi qu'elle était dans son fauteuil en train de tricoter, je lui demandai combien il y avait de marches dans son escalier. Elle m'a dévisagé de ses yeux malicieux et bienveillants et m'a souri en me disant qu'elle ne savait pas. Sans doute pensait-elle que c'était là une question saugrenue typique d'un apprenti philosophe. Quelques minutes plus tard, après avoir repris son ouvrage et s'être balancée d'avant en arrière dans son fauteuil, elle me déclara qu'il y avait 17 marches dans son escalier, ce qui était parfaitement exact. Elle ne savait pas et elle savait. Je lui ai alors demandé comment elle savait cela. Elle m'a répondu : «Je ne les avais jamais comptées, mais mes pieds, eux, savent combien de marches ils doivent franchir pour descendre puis remonter.» C'est ce que j'appelle une relation qualitative au milieu. Ce qui intéresse l'architecte, c'est de calculer la pente d'un escalier praticable et d'ajuster en conséquence la hauteur des marches et leur nombre. Ce qui intéressait ma grand-maman, c'est d'éprouver qu'elle était «chez elle» dans son escalier.

Les minutes passées dans la salle d'attente d'un dentiste n'ont pas la même longueur que celles passées sur le quai d'une gare à attendre une personne qu'on aime. D'un côté, les physiciens nous expliquent que, dans la mécanique de Newton, toutes les minutes ont la même longueur et, de l'autre, nous faisons quotidiennement l'expérience qu'il y a des minutes plus longues que d'autres. Le temps vécu et le temps chronométré n'ont pas la même valeur.

### Descartes et le corps comme machine cybernétique

L'objectivation, c'est le chronométrage du temps vécu, c'est la mesure millimétrée de l'espace familial. En médecine, l'objectivation consiste à faire abstraction de la subjectivité du patient et à le regarder non pas comme une personne, mais plutôt comme une

<sup>1</sup> Le Conseil de la fondation Ling est actuellement composé des membres suivants : **D' Eric Bonvin** (président), **D' Gérard Salem** (vice-président et membre fondateur), **Hélène Bottarelli** (trésorière).

<sup>1</sup> Les intertitres sont de la rédaction et n'engagent pas l'auteur du texte.



Suite de l'article de Jean-François Malherbe

machine cybernétique extrêmement sophistiquée conçue sur un modèle mécanique. Une machine cybernétique, c'est très intéressant car, lorsqu'on a compris comment elle devrait marcher, on devient capable de la réparer si elle tombe en panne ou, même, de modifier son fonctionnement en vue de réaliser un projet quelconque. Lorsqu'une telle machine est «grippée», la connaissance approfondie qu'on en a acquise permet de repérer rapidement les «grains de sable» qui la font dysfonctionner et de les remplacer par les «gouttes d'huile» appropriées à restaurer son bon fonctionnement.

Cette idée de considérer le corps humain comme une machine remonte assez loin dans notre histoire et n'a pas du tout été inventée par nos ingénieurs actuels. Elle se trouve formulée de façon tout à fait explicite dans un superbe texte de René Descartes :

«Le corps d'un homme vivant diffère autant de celui d'un homme mort que le fait une montre ou autre automate, lorsqu'elle est montée et qu'elle a en soi le principe corporel de son mouvement et la même montre lorsqu'elle est rompue et que le principe de son mouvement cesse d'agir.»<sup>2</sup>

Je ne pense pas que Descartes soit l'inventeur de cette manière d'envisager le corps, mais il a eu le génie de faire venir à l'explicite du langage un angle de vue qui, sans lui, serait probablement resté implicite pendant plusieurs décennies encore. Le cartésianisme a le mérite de la clarté. C'est sans doute ce qui explique en partie son extraordinaire influence sur la pensée du corps dans les siècles qui l'ont suivi. On retrouvera dans l'*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* de Claude Bernard, à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, une perspective qui fait écho à

<sup>2</sup> Descartes : *Traité des passions de l'âme*, article 6, in *Œuvres et lettres*, Bibliothèque de La Pléiade, Gallimard, Paris, 1953, p. 697.

ces textes cartésiens et nourrit, aujourd'hui encore, l'image que nous nous faisons nous-mêmes de notre propre corps.

Dans notre culture gréco-latine et française tout particulièrement, lorsque nous nous sentons mal dans notre peau, nous cherchons spontanément «ce qui ne tourne pas rond», le rubis trop usé, l'axe débalancé, la roue crantée endommagée, le grain de sable dévastateur, etc. Nous considérons notre corps comme une machine que nous pouvons réparer lorsqu'elle dysfonctionne. Nous savons tous que notre corps n'est pas une machine, mais, tout à la fois, la plupart d'entre nous se rapportent à leur corps comme à une machine. Il y a là un paradoxe sur lequel nous aurons à nous interroger lorsque nous aborderons la question de l'imbrication mutuelle, dans notre propre corps, de la nature et de la culture.

#### La pratique de la médecine commence par un regard objectivant

Aborder notre corps comme une machine, c'est à proprement parler l'«objectiver».

L'objectivation est nécessaire, car, si nous ne nous faisons pas du corps une idée objectivée, nous ne pourrions avoir sur ce corps aucune pratique opératoire valide, sérieuse, efficace. C'est parce que nous avons du corps une connaissance mécanique que, dans certains cas, nous pouvons le réparer. Je pense à la chirurgie, à la pharmacochimie, à la neurologie. La possibilité d'intervenir de façon contrôlée sur ce corps, pour en rectifier le fonctionnement lorsque c'est nécessaire, est conditionnée par la possibilité d'un regard objectivant. La pratique de la médecine commence par un regard objectivant. Les exploits réparateurs et reconstructeurs, qui semblent l'apanage de la médecine occidentale, sont le fruit de cette objectivation.

#### Le corps que je suis, le corps que j'ai, l'objectivation

L'objectivation médicale du corps consiste finalement à considérer le «corps que je suis» comme «un corps que j'ai». Le «corps que j'ai», c'est pour ainsi dire le corps à l'extérieur duquel je puis me mettre lorsque j'étudie une planche d'anatomie ou lorsque le médecin qui explore mon genou à l'aide d'une microcaméra, me montre sur l'écran une déchirure de l'un de «mes» ménisques; tandis que le corps que je suis, c'est moi qui ai mal au genou. Le «corps que j'ai», c'est mon corps considéré comme «désinvesti» de ma subjectivité, tandis que le «corps que je suis», c'est mon corps en tant qu'il est habité par le sujet que je suis. L'objectivation médicale, c'est donc une réduction de l'être à l'avoir. Une telle réduction est le prix à payer pour conquérir un savoir opératoire du corps.

Contrairement à ce que certaines critiques que je formulerai plus loin pourraient laisser croire au lecteur pressé, je ne suis nullement opposé à l'objectivation du corps que je suis ni à sa réduction au corps que j'ai. Ce n'est pas l'*objectivation* du corps que je récusé, c'est son *objectification*. Ces deux notions doivent être soigneusement distinguées. L'objectivation est légitime dans son ordre comme un moment particulier et transitoire du travail médical, car elle permet le travail opératoire sur le corps; tandis que l'*objectification* n'est jamais acceptable, parce qu'elle consiste à considérer «définitivement» une personne comme une simple machine cybernétique, comme un objet. L'*objectification*, qui consiste à faire d'une personne un objet, est la principale source de violence dans la pratique des soins, car elle est réduction non pas transitoire mais permanente de la personne à l'objet. L'*objectification* dans les soins consiste à ne pas restituer au corps que je suis ce qui a été entrepris sur le corps que j'ai.

Autrement dit : l'objectification consiste à ne pas réapproprier à la personne qui est devant nous et dont nous sommes censés prendre soin, ce que nous venons d'avoir comme interaction objectivée avec le corps qui lui sert de support matériel dans l'existence. En définitive, l'objectification consiste à ne pas réapproprier au sujet l'objet dont nous venons de nous occuper. Lorsqu'elle cède à l'objectification, la pratique des soins se réduit elle-même à une procédure anonyme de manipulations techniques d'un objet. Et c'est bien là que nous nous trouvons devant la source majeure de violence dans les pratiques professionnelles. Pourquoi ?

### L'hôpital-machine

Parce que, le plus souvent, l'hôpital est géré comme une gigantesque machine objectificatrice. A certains égards, ce mode de gestion est légitime, car, si l'on devait s'ajuster à la multiplicité bariolée des subjectivités, on aboutirait rapidement à la cacophonie la plus disparate. La nécessité de méthodes de gestion objectives et rationnelles ne fait aucun doute. Mais d'un autre côté, à partir du moment où l'impératif économique devient la principale force de pression organisationnelle, l'organisation du travail exige des séjours de plus en plus courts et de plus en plus nombreux, la multiplication des statuts précaires pour les soignants et une excessive rotation des personnels. Tout cela aboutit finalement à l'intérieur de chaque catégorie concernée (patients, infirmières, aides-soignantes, médecins, etc.) à une sorte d'interchangeabilité universelle des individus que les nécessités du système objectifient en les considérant comme de purs relais de la production de plus-value par l'institution. Dans un tel contexte, plus aucun patient n'est assuré d'être soigné deux fois de suite par la même infirmière, et plus aucune infirmière n'est assurée de retrouver le lendemain le patient dont elle prend soin à l'instant même.

Un autre facteur institutionnel vient renforcer les effets dépersonnalisants de la rotation des personnels et des patients. Il tient à l'urgence qui marque nombre de démarches dans la vie d'un hôpital. L'urgence est la marque caractéristique d'une situation dans laquelle il est nécessaire d'agir vite pour éviter la dégradation d'un état de choses que l'on considère important de maintenir dans son intégrité. En médecine, il serait sans doute souhaitable de distinguer deux types d'urgence. L'urgence est «existentielle» lorsque la vie ou la santé d'un patient dépend d'une intervention à opérer dans les minutes qui suivent. D'autre part, l'urgence est «économiste» lorsqu'elle n'est nullement motivée par le souci d'enrayer la dégradation existentielle du patient, mais par des impératifs de type économique. Cette autre forme d'urgence, qu'on ne distingue pas assez de la première forme (alors que l'éthique demande que nous l'en distinguions soigneusement), s'est insidieusement glissée dans la vie de l'hôpital sous le prétexte d'en améliorer les performances. Il s'agit d'une urgence que je qualifie d'«économiste», car elle procède directement du dogme économiste hérité de Benjamin Franklin, selon lequel «le temps, c'est de l'argent». Conformément à ce dogme, nous pensons spontanément que «plus on travaille vite, moins cela coûte cher». C'est une belle histoire fautive que nous nous racontons, car, en réalité, l'accélération du travail suppose de tels investissements en outillages que cela finit par coûter plus cher qu'avant. Mais, comme on dit, cela fait toujours «marcher le commerce».

Dès lors, face à une «urgence», il est intéressant de se poser la question de savoir si elle est de type existentiel ou si elle répond à une logique économiste. S'il s'agit d'une urgence finalisée par des soins à prodiguer à un sujet dont l'existence en dépend, elle est probablement justifiée en éthique. Tandis que, s'il s'agit d'une urgence de

type économiste, cette justification est moins bien assurée, car aucun sujet ne peut être identifié comme le bénéficiaire direct ou indirect de l'acte. C'est tout au contraire un risque accru d'objectification des personnes concernées qui est la conséquence la plus prévisible des actes qui obéissent à la logique de l'urgence économiste. Or, actuellement, la pression économique infiltre son poison déshumanisant dans l'institution, notamment par le truchement d'un fallacieux sentiment d'urgence induit dans nos consciences par le mot d'ordre de la performance. Autour de cette notion s'amalgament des performances au service de sujets identifiables et des acrobaties qui ont pour effet l'objectification de ces sujets. Il appartient à la critique éthique de démêler cet amalgame.

### Surmenage par excès de travail ou par absence de sens

J'ai remarqué que les personnes qui viennent me parler du surmenage dont elles sont victimes, qu'elles craignent ou dont elles sont témoins, ne proviennent que très rarement des secteurs de la vie de l'hôpital où les urgences sont clairement existentielles. Presque toutes viennent des secteurs où le sentiment d'urgence prédomine de façon diffuse, sans qu'elles puissent voir le visage des bénéficiaires, recevoir la juste appréciation des efforts souvent difficiles qui leur sont demandés dans l'exercice de leur profession. Je me suis parfois demandé si le surmenage n'est pas imputable à l'absence de sens plus qu'à l'excès de travail. En effet, pour un sujet engagé dans un travail difficile et astreignant, voire éprouvant, il est presque insupportable de ne pas savoir «à quoi ça sert». Au contraire, lorsqu'il s'agit de porter secours à un semblable qui a un visage, le seuil de l'intolérable semble se relever de façon significative.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Je reviendrai plus loin sur la question du temps et de ses liens avec la problématique de la violence.



*Suite de l'article de Jean-François Malherbe*

C'est ce contexte qui explique la facilité avec laquelle se produit le glissement de l'objectivation vers l'objectification. Comment, en effet, de véritables relations entre sujets pourraient-elles se nouer dans un tel contexte ? Tous les acteurs sont réduits à des objets. Non seulement les soignés mais aussi les soignants.

Et pourtant, il y a une grande diversité dans ce qui peut amener quelqu'un à demander des soins dans un hôpital. Ce que nous appelons communément la «maladie» est susceptible d'interprétations multiples en fonction de multiples points de vue. Du point de vue de l'objectivité scientifique, on pourrait dire que la maladie est un dysfonctionnement de la machine cybernétique qui nous sert de support dans l'existence. Mais, pour le sujet qui est malade, sa maladie est-elle vraiment vécue comme un dysfonctionnement de sa machine cybernétique ? Pour un sujet malade ordinaire, la maladie est vécue comme une crise. Soit comme la cause d'une crise, soit comme la conséquence d'une crise. Ou bien le sujet vit une crise personnelle qu'il «somatise» sous forme de maladie, ou bien il éprouve une asthénie somatique ou psychique particulière qu'il «socialise» en maladie et qui le met en crise. Qu'elle en soit la cause ou la conséquence, la maladie est le plus souvent liée à une crise.

#### **Crise, intelligibilité et histoires de vie**

Mais qu'est-ce qu'une crise pour un sujet ? Pour introduire cette notion, je partirai d'une analogie de prime abord un peu inattendue mais en réalité très éclairante. Il s'agit de la lecture d'un roman policier. Quand nous lisons un bon roman policier, dès la fin du premier chapitre, nous croyons avoir démasqué le coupable. Nous savons qui c'est. Mais, dès les premières lignes du second chapitre, cette conviction est détruite par un détail qui nous avait échappé. A la fin du deuxième chapitre,

(que, vu notre précédente déconvenue, nous qualifierons plus modestement d'hypothèse) qui sera à son tour démentie au début du chapitre trois. Et ainsi de suite. L'art du romancier consiste à construire ce «suspense» qui tient son lecteur en haleine. Je crois que beaucoup de tranches de nos vies se construisent sur un modèle analogue. Il m'est arrivé souvent de me comprendre moi-même d'une certaine façon qui correspond à la logique d'un premier chapitre. Puis survient un événement imprévu qui me dérouté complètement et rend désuète l'intelligibilité que je m'étais construite. C'est cette dérouté que j'appelle une «crise» : ne plus pouvoir se raccrocher à la façon dont on se comprenait soi-même antérieurement. Le sens nous échappe. Cela ne veut pas dire qu'aucun sens ne soit plus possible, mais plutôt qu'il va falloir reconstruire du sens. Et cette opération n'est pas possible sans que nous fassions le deuil de l'intelligibilité antérieure à laquelle nous tenons beaucoup, soit parce que nous en avons hérité, soit parce que nous l'avons nous-mêmes construite sur les ruines de celle que nous avons héritée. L'intelligibilité nouvelle que nous allons construire (éventuellement avec l'aide d'un conjoint, d'un ami ou d'un thérapeute) devra intégrer dans son schéma une «recompréhension» des chapitres précédents. Tous ceux qui ont travaillé avec des «histoires de vie» le savent très bien.

Un sujet se construit dans sa propre histoire de cette façon : en tâchant de développer une intelligibilité de ce qu'il vit, de ce qui lui arrive (y compris son héritage) au travers des mille et une péripéties que son existence humaine lui fait traverser : la mort d'un proche, la perte d'un emploi, un incendie, un accident de voiture, une occasion professionnelle aussi imprévisible qu'exceptionnelle, un «coup de foudre», etc. Face à une telle péripétie, le sujet ne peut plus raconter sa vie comme la

suite logique du récit qu'il en avait fait jusqu'alors. Il va devoir reconnaître que son ancienne logique est dépassée. Il va devoir faire le deuil de son ancienne logique. Il va devoir s'inventer une nouvelle logique et vérifier qu'elle peut reprendre dans sa perspective tous les éléments antérieurs. Telle est la vie d'un sujet. Or, pour un sujet, la maladie qui lui tombe dessus ou au travers de laquelle il exprime son propre mal-être, résiste à l'intelligibilité ancienne dans laquelle s'exprimait jusque-là le sens de sa propre vie. C'est cette résistance qui provoque la crise.

L'objectivation, que j'ai définie plus haut comme une mise en évidence assortie d'une mise entre parenthèses, glisse habituellement entre ces parenthèses tout ce qui relève de la subjectivité et de la crise du sujet, notamment l'auto-interprétation qu'il se fait de sa maladie.

#### **Démasquer les belles histoires fausses**

Une heureuse tendance se fait jour depuis quelques années qui cherche, notamment dans la pratique des soins infirmiers, à remettre le patient et son auto-interprétation au centre des soins. Je me réjouis beaucoup de cette nouvelle ouverture, mais je dois bien constater que, faute d'une compréhension adéquate des obstacles à surmonter, ces tentatives généreuses se heurtent souvent à l'inertie que lui opposent les différents facteurs qui se liguent pour soutenir l'objectivation des soignés et, en conséquence, des soignants. On sait aujourd'hui en cancérologie, par exemple, que le moral du malade a une influence considérable sur le pronostic d'une évolution heureuse. Cela semble avéré. Je ne le conteste nullement. Je voudrais toutefois souligner que de telles influences de l'intelligence de la situation se font sentir dans tous les domaines. Lorsqu'il sait ce qui lui arrive et peut en identifier les causes, lorsqu'il arrive à démasquer

les belles histoires fausses qu'il s'était racontées jusque-là pour ne pas voir se développer la maladie qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital, le patient a, dans tous les domaines, de bien meilleures chances de «s'en sortir» que s'il s'enferme dans l'impuissance, le déni et l'illusion.

### Un point d'appui : l'oreille attentive d'un passeur d'obstacles

Pour qu'une maladie une fois surmontée ou en cours de guérison puisse être interprétée comme une invitation que la vie nous adresse de devenir davantage nous-mêmes, de nous engendrer nous-mêmes plus consciemment et plus délibérément, certaines conditions doivent être remplies. L'une des conditions, c'est que j'aie encore en moi le désir de vivre ou, pour continuer la métaphore cartésienne, que j'aie encore en moi suffisamment de ressort pour réagir à ma propre asthénie. Il faut aussi que je trouve un point d'appui pour que mon désir de vivre puisse se porter plus loin. Et ce point d'appui pourrait être dans plusieurs cas ce que j'appellerais «l'oreille attentive d'un passeur d'obstacles». Il ne s'agit pas nécessairement d'un psychanalyste ou d'un psychothérapeute. Ce peut être un proche, une infirmière, un médecin. Ce sera quelqu'un qui va comprendre ce qui m'arrive et sera le témoin bienveillant de ce travail que je suis en train de faire pour me construire cette nouvelle intelligibilité qui me permettra de me recomprendre moi-même avec cette nouvelle péripétie qui vient de m'arriver. Une telle oreille est extrêmement précieuse, car elle ne se laissera pas prendre aussi facilement que moi aux belles histoires fausses que je me raconte pour ne pas devoir aller plus loin. Dans certains cas particulièrement difficiles, il se peut qu'il faille faire appel à l'aide d'un professionnel, mais ce n'est pas toujours nécessaire. Cette lutte contre les belles histoires fausses qui nous font souffrir, et parfois même mourir, ne sera jamais terminée. Mais l'épisode

actuel de la maladie dont souffre le sujet est un épisode favorable pour en rouvrir le cheminement.

### La cruche de vérité

Pour clarifier davantage la distinction entre sujet et objet, je voudrais recourir à une anecdote. Lorsque j'enseignais l'éthique en faculté de médecine, l'une des questions les plus discutées parmi les internes de médecine était de savoir s'il fallait «dire la vérité aux malades». Je leur posais alors la question de Ponce Pilate : «Qu'est-ce que la vérité?» Cela les désarçonnait. Je commentais ma question en leur disant que, si la vérité est un contenu que détient leur cruche et que la question est de savoir quelle quantité pouvait en être versée dans le gobelet de chacun des patients auxquels ils avaient affaire, leur question était sans réponse, car elle était inféodée à une «objectification» de leurs patients. Je soulignais que cette perspective entretenait chez eux l'illusion d'être des sujets supposés savoir **s'affronter** à des objets supposés bénéficier de la générosité de leur savoir. Mais il n'est nul besoin de dire la vérité à un objet ! Si l'on pose la question de la vérité à dire à l'autre, c'est précisément parce qu'on sent que l'autre n'est pas seulement un objet de soins, mais qu'il est aussi un sujet soigné. Mais si l'autre est un sujet, la vérité qui l'intéresse est la vérité qui le concerne. Or, qu'est-ce qu'une vérité en médecine sinon un énoncé forcément statistique ? Asséner à un patient sa probable position sur une courbe de Gauss ne l'a jamais rassuré sur sa journée du lendemain. Une statistique n'a jamais obligé personne. Ce n'est donc pas du tout ce type de vérité que le patient souhaite acquérir. Ce que le patient souhaite, c'est qu'on réponde clairement à ses éventuelles interrogations existentielles : «Vais-je guérir ?», «Vais-je mourir ?», «Quand retournerai-je à la maison ?», «Mon fils va-t-il enfin venir me voir ?» Ces questions n'ont jamais de réponse statistique. Que faire alors ?

Je suggérais aux internes de rendre visite à leur patient à un moment favorable, de prendre un siège et de s'asseoir à proximité respectueuse de la personne et de lui demander de ses nouvelles. De solliciter ensuite des questions et, s'il en venait, de répondre sans jamais mentir (à moins d'une contre-indication très grave) et en laissant toujours une porte ouverte sur une prochaine question. Seuls les malades eux-mêmes savent ce qu'ils sont capables d'entendre. La question impossible à dire aujourd'hui peut très bien sortir demain. Le malade est sujet de sa propre existence et pas seulement objet d'un regard médical. Laissons-lui donc l'initiative du dialogue. C'est ainsi qu'il redeviendra sujet de sa propre existence en dépit de son asthénie actuelle. C'est ainsi, en nous mettant à sa disposition dans un dialogue dont il mènera le jeu que nous le remettrons le plus sûrement en position de sujet de sa propre maladie et, finalement, de sa propre guérison.

«Qui parle à qui et qui est le sujet de l'acte ?» Telle est la question éthique la plus radicale de toute cette problématique. Comme nous le verrons plus loin, et contrairement à ce que suggère l'étymologie<sup>4</sup>, l'acte médical n'est pas l'acte d'un praticien sur un patient. C'est, ou du moins ce devrait être, l'acte conjugué de deux volontés de guérison.

Bref, nous rencontrons ici, dès la première étape de notre recherche, l'une des formes les plus courantes de violence dans les soins de santé : l'objectification des patients, c'est-à-dire leur objectivation au-delà du court moment où celle-ci est nécessaire pour établir un diagnostic ou intervenir sur le *corps qu'on a* à l'aide des techni-

<sup>4</sup> Le langage courant semble entériner une conception «mécanique» de l'acte médical puisqu'il dérive «praticien» du verbe grec *πραττειν* qui signifie *agir* et «patient» du verbe *παθειν* (*pathein*) qui signifie *subir*.





Suite et fin de l'article de Jean-François Malherbe

ques les plus opératoires. Ce risque de violence dans l'acte de soin est la conséquence d'une attitude intellectuelle particulière que j'appelle le «scientisme».

### Le scientisme et ses avatars

Qu'est-ce que le «scientisme»? Contrairement à ce que suggèrent certaines contaminations du français par l'anglais<sup>5</sup>, il ne s'agit pas de l'attitude scientifique en tant qu'attitude à la fois audacieuse et critique<sup>6</sup>. Il s'agit d'une croyance illusoire selon laquelle les sciences seraient les seules détentrices des solutions de tous nos problèmes, quels qu'ils soient. Le scientisme est une sorte d'impérialisme épistémologique<sup>7</sup>. Le scientisme médical est une attitude erronée qui consiste à prendre un sujet, à le réduire à un objet, à étudier cet objet de fond en comble et à prétendre ensuite soigner le sujet en s'en tenant strictement à ce qu'on a pu apprendre à propos du seul objet. C'est une attitude qui consiste à «oublier» de réapproprier au sujet les connaissances acquises à propos de l'objet auquel on l'avait réduit pour pouvoir mieux l'étudier.

Pour un scientifique (entendu au sens français), c'est-à-dire pour une personne qui se fourvoie par excès impérialiste de science, les seules questions qui ont du sens et, par conséquent, sont dignes de considération, sont celles qu'on tient pour susceptibles de recevoir une réponse scientifique. Les autres questions, celles qui relèvent de la poésie, de la religion, de la métaphysique ou de l'éthique, sont

considérées comme futiles et dérisoires.

Le scientisme, c'est l'extrapolation induite au sujet, de ce qu'on a appris sur l'objet auquel on l'a préalablement réduit. Mais comment pourrait-on réapproprier au sujet malade ce que sa légitime objectivation nous a permis d'apprendre à son endroit? C'est à cette question que je vais tenter de répondre un peu plus loin. Mais j'anticipe d'ores et déjà la ligne générale que je développerai. La réappropriation au sujet de ce qui a été légitimement et momentanément objectivé à son endroit, s'effectue par le truchement de «paroles vives».

### Jugement de Salomon et paroles vives

Pour définir cette notion essentielle, je vous propose de partir d'un récit biblique connu sous le nom de «Jugement de Salomon». Il s'y agit de naissance et de mort. En dépit des apparences, nous ne sommes donc pas loin de la médecine. Deux prostituées partagent la même chambre où dorment aussi les bébés auxquels chacune a récemment donné naissance. Un matin, l'une des deux trouve son enfant mort et, désespérée, le substitue à l'enfant vivant de sa voisine. Au réveil, sa compagne trouve l'enfant mort et, à travers ses larmes, s'éveille le soupçon de la substitution. Elle revendique alors l'enfant vivant que l'autre refuse de lui donner. Les deux femmes se disputent et en viennent aux mains. Les voisins appellent la «garde» qui les conduit toutes deux avec les bébés, le mort et le vivant, devant le roi. Une fois informé

des raisons de la dispute, le roi demande qu'on lui apporte une épée et annonce qu'il va opérer un partage équitable de l'enfant vivant en en confiant une moitié à chacune des femmes. Au moment où il prend son élan pour scinder l'enfant vivant en deux parties égales, l'une des femmes hurle : «Non, donne-le lui plutôt! Qu'il vive!» Le roi suspend alors son geste, remet l'enfant intact à la femme qui a crié et renvoie l'autre femme avec le cadavre de l'enfant mort. Personne ne sait si la femme qui a hurlé pour que vive l'enfant est celle qui lui a donné naissance. Cela n'a qu'une importance anecdotique. Mais, qu'elle soit ou non sa mère biologique, la femme qui a hurlé est la vraie mère de l'enfant, puisque c'est elle qui lui donne la vie, qui l'engendre plutôt que de le faire mourir. Tandis que l'autre préfère laisser mourir l'enfant plutôt que d'affronter la douleur de son propre deuil.

Une «parole vive», c'est une parole qui fait surgir la vie là où il y a un risque de mort. C'est une parole qui fait surgir un sujet là où l'on risquerait de ne voir qu'un objet destiné à la mort : un cadavre. Il y a deux paroles vives dans le récit : celle de Salomon qui demande qu'on lui apporte son épée pour «trancher le dilemme»; c'est une parole qui provoque les forces de vie à se mobiliser contre les forces de mort. Et celle de la femme qui hurle son opposition à la mort, sa passion pour la vie. La provocation de Salomon est d'une violence extrême, mais c'est une parole vive qui suscite une réaction de sujet chez l'une des femmes. De même, le hurlement de la femme qui crie : «Non» est une parole vive qui exprime d'abord sa vie à elle et en même temps son désir que vive le bébé menacé par l'épée du roi. C'est la parole d'un sujet désireux que vive un autre sujet. Tandis que l'autre femme reste froide et muette, murée qu'elle est dans la peine de son impossible deuil.

### Geste thérapeutique et parole vive

<sup>5</sup> Le mot français «scientifique» est un adjectif qualificatif qui peut être substantivé pour désigner une personne qui travaille dans le domaine de la science. On parlera de tel savant comme d'un grand «scientifique». En anglais, une telle personne s'appelle «a scientist», d'où, par une malheureuse contamination, le mot français «scientisme» semble désigner l'attitude scientifique, alors qu'en français il désigne à proprement parler une croyance non critique selon laquelle la science détiendrait à elle seule la solution de tous nos problèmes.

<sup>6</sup> Voir Karl R. Popper : *La logique de la découverte scientifique*, Payot, Paris, 1974. Voir aussi Jean-François Malherbe : *La philosophie de Karl Popper et le positivisme logique*, PUN-PUF, Namur-Paris, 1977, 2<sup>e</sup> édition revue et corrigée 1979.

<sup>7</sup> Voir Jean-François Malherbe : *Le langage théologique à l'âge de la science. Lecture de Jean Ladrière*, «Cogitatio fidei», Ed. du Cerf, Paris, 1985.

J'ai observé quantité de fois, et pas seulement en psychiatrie, que la médication chimique la mieux appropriée à la machine cybernétique voit son efficacité multipliée lorsqu'elle est accompagnée d'une parole humaine exprimant un authentique désir que vive vraiment celui à qui elle est administrée. Quand une parole fait vivre, elle suscite l'autre comme sujet de sa propre guérison à laquelle concourt le juste geste thérapeutique. Ce dernier ne peut manifester toute son efficacité que s'il s'appuie sur les résultats de l'objectivation du sujet auquel il s'adresse. Mais ce moment d'objectivation doit rester précisément un moment. La réduction qu'il suppose du sujet à l'objet, pour légitime qu'elle soit dans un premier temps, doit être surmontée ensuite dans la réappropriation de ses fruits par le sujet soucieux de sa propre guérison. L'objectivation est une condition nécessaire mais non suffisante du soin approprié. C'est faute d'une juste réappropriation au sujet que l'objectivation se transforme subrepticement en objectification. La parole vive est aussi nécessaire que la médication et le geste justes car, faute de parole, le médicament et le geste, si justes soient-ils, ne s'inscrivent pas de soi dans un désir de vie. Certes, il est des paroles qui tuent. Il s'en prononce parfois dans nos hôpitaux, mais il est rare qu'on entende des paroles intentionnellement mortifères. Nos hôpi-

taux connaissent toutefois nombre de silences qui tuent : tous ces actes techniques administrés et subis dans le silence ou, pis encore, dans le bavardage.

L'art médical ne serait-il pas, en définitive, l'art de prononcer, autour des actes techniques les plus empreints de justesse, ces paroles vives qui suscitent, accompagnent et soutiennent le sujet dans la réalisation de son désir de guérison ?

#### Ouvrages de Jean-François Malherbe

##### Ethique

*Les ruses de la violence dans les arts du soin. Essai d'éthique critique II.* Montréal, Liber, 2003.

*Déjouer l'interdit de penser. Essais d'éthique critique. I.* Montréal, Liber, 2001

*Le nomade polyglotte. L'éthique en postmodernité.* Montréal, Bellarmin, 2000; Namur, Erasme, 2003.

*L'éthique critique en situation de pénurie.* Montréal, Fides, 1998.

*L'incertitude en éthique. Perspectives cliniques.* Montréal, Fides, «Les grandes conférences», 1996, 2002.

*Pour une éthique de la médecine.* Montréal et Namur, Fides et Artel, 1997.

*Homicide et compassion. L'euthanasie en éthique clinique.* Fides, Montréal, «Interpellations», 1996.

*Autonomie et prévention. Alcool, tabac, sida dans une société*

*médicalisée.* Montréal et Louvain-la-Neuve, Fides et Artel, «Catalyses», 1994.

*Le citoyen, le médecin et le sida, l'exigence de vérité.* En coll. Avec S. Zorilla, Louvain-la-Neuve, Ciaco, «Catalyses», 1988.

##### Philosophie

*La responsabilité de la raison. Hommage à Jean Ladrière à l'occasion de son 80<sup>e</sup> anniversaire.* J.-F. Malherbe dir. Louvain-la-Neuve, Institut supérieur de philosophie et Peteers, 2002.

*La conscience en liberté.* Montréal, Fides, 1997.

*Epistémologies anglo-saxonnes.* Paris, PUF, 1996.

*La philosophie de Karl Popper et le positivisme logique.* Paris, PUF, 1977.

##### Théologie

*La prédiction de Maître Eckart : «Souffrir Dieu».* Paris, Cerf, «Théologie», 2002.

*L'expérience de Dieu avec Maître Eckart.* Montréal, Fides, 1999.

*Croire en liberté.* J.-F. Malherbe et J. Desclos (dir.), Montréal, Fides, 1999.

*Vivre avec la souffrance. Perspectives théologiques.* En coll. Avec G. Durand, Montréal, Fides, 1992.

*Le langage théologique à l'âge de la science. Lecture de Jean Ladrière.* Paris, Cerf, «Cogitatio fidei», 1985. ■

**www.athenaeum.ch**  
école d'architecture & design

## GUÉRIR L'ÉMOTION PAR L'ÉMOTION

Gérard Sagié, écrivain

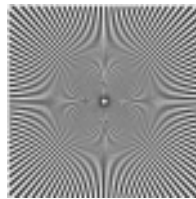
Vous et moi, nous le savons : sans émotions, la vie perdrait son sel. Nous avons d'ailleurs une formidable propension à en éprouver, depuis la naissance (si ce n'est un peu avant), jusqu'à notre dernier souffle. Une émotion, c'est un petit séisme, une effervescence de l'instant, un surplus de vie qui fait battre notre cœur. Et celui-ci, comme de bien entendu, continue d'avoir ses raisons que la raison ne connaît point.

Mais les émotions peuvent aussi nous rendre malades. Leurs excès, ou à l'inverse, leurs raréfactions peuvent provoquer d'innombrables souffrances. Certaines prennent parfois la forme de symptômes francs, qui vont de l'état de panique à l'exaltation maniaque, en passant par la fureur paranoïaque et par d'autres tempêtes intérieures que nul dictionnaire ne saurait définitivement recenser. D'autres fois, les émotions se font plus insidieuses. Elles se lovent dans l'aboulie ou l'asthénie, se déguisent en boulimie ou en anorexie, quand elles ne se cristallisent pas en paralysie, mutisme, eczéma ou alopecies, spasmes bronchiques ou coronariens, avant de perforer en d'inexorables ulcères. Oui, les émotions vous réservent de ces surprises. A force, on devient prudent, on tente de composer avec elles. De nos jours, on invente même des stratégies pour «gérer» les émotions – formule atroce, excrétée par les songe-creux de la psychologie du stress et les aigrefins en tous genres.

En psychiatrie, il est usuel de traquer l'émotion. Pour quoi faire ? Ça dépend. Les tendances varient. La plus répandue a pour objectif la bonne vieille catharsis qui s'efforce de faciliter l'expression des affects, de catalyser leur évacuation, un peu comme l'on vide un abcès de son «pus louable». Une autre tendance consiste, au contraire, à les tempérer ou même les éteindre, comme l'on ferait d'un incendie, à coup de techniques de relaxation ou de médicaments (tranquillisants et autres

abrutissants triomphalement brandis par les industries pharmaceutiques). Une autre stratégie, moins affichée, s'ingénie à déjouer une émotion par une autre, en provoquant une sorte de compétition entre elles. Rien de bien nouveau sous le soleil, d'ailleurs, mais ça marche quelquefois.

Tenez, dans la Chine ancienne, le roi Fan Yang\* s'entendait fort bien avec son épouse. Mais comme tant d'autres potentats, il fut assassiné, et sa femme en fut tellement affligée que rien ne pouvait la consoler. Bientôt, elle tomba gravement malade et ne fut plus qu'une pauvre chose mélancolique. Beaucoup de médecins tentèrent de la soigner, en



vain. Son frère eut alors la bonne idée de convoquer un peintre de grand talent, pour exécuter un portrait du roi disparu. Une fois achevée, la toile fut envoyée à la veuve. La scène représentait Fan Yang aux côtés de sa concubine préférée, tous deux considérablement nus devant le miroir d'une chambre à coucher. Furieuse, la reine cracha sur la peinture et jura que ce salaud aurait dû trépasser plus tôt. La colère une fois bue, plus trace de mélancolie. Elle était guérie.

Voilà comment «vaincre une émotion par une autre», pour reprendre le mot utilisé par un de mes amis chinois, dans un essai datant de quelques années.\*\* Cette manœuvre de diversion, j'avoue y recourir de temps à autre et l'émotion pour laquelle j'ai un faible, et que j'aime volontiers déclencher, allez savoir pourquoi, c'est le courroux, le juste courroux – en une contrée où il se fait rare. Ainsi d'un bègue que j'ai guéri naguère en lui inoculant le goût

des insultes\*\*\*. Ainsi d'un père de famille, un peu mou, lâche et veule, que j'étais parvenu à extraire – au moins momentanément – de son état dépressif chronique, en le sortant de ses gonds.

De petite taille, voûté par ses rhumatismes et sa hernie discale, ils se contentaient de larmoyer pendant les séances de thérapie familiale, alors que son fils (un costaud en pleine décompensation psychotique), se moquait naïvement de lui avec la complicité d'une mère un peu Jocaste sur les bords. Agacé par tant de résignation, j'avais entrepris de harceler le père de mes *ksss-ksss*, jusqu'à le fâcher pour de bon. Quelle scène mémorable ensuite, et quel ravissement de voir ce petit père tout perclus bondir dans la salle à la poursuite de son fils tout en lui en assénant de vigoureuses taloches. Sans mentir, tous deux s'en portèrent mieux ensuite (la mère, je n'en jurerais pas).

Et maintenant, tous ensemble (sur l'air de *Il court, il court le furet*) :

L'émoi c'est tout dans la vie  
Faut savoir en profiter

L'émoi c'est tout dans la vie

*Quand on est mort c'est fini.* \*\*\*\* ■

\* Période des dynasties du Nord et du Sud (479-502 après J.-C.).

\*\* *La pensée psychologique dans la Chine ancienne*, Xie Dawei, philosophe et mathématicien de l'Université de Tianjin. Manuscrit non publié disponible à la Fondation Ling, Lausanne.

\*\*\* Voir LNQ du 30.3.93: *Dubon usage des invectives*.

\*\*\*\* L.F. Céline: *Voyage au bout de la nuit*.

Texte paru en juin 1994 dans *Le Nouveau Quotidien*.

## DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE ET RELATION INTERSUBJECTIVÉE

Gérard Salem, médecin, vice-président du Conseil de la Fondation Ling

«Quel est mon diagnostic, docteur ?» Voilà bien une question assommante à laquelle je n'aime pas devoir répondre. Non que le diagnostic ne soit pas utile. Tout dépend de ce que l'on en fait. S'il s'agit de «résumer» le problème ou la souffrance du patient de cette façon, les étiquettes diagnostiques en psychiatrie me paraissent de plus en plus vaines, futiles, sinon mensongères. Attaque de panique, boulimie, anxiété diffuse, dépression, phobie, hystérie, trouble obsessionnel-compulsif, toxicomanie, frigidity, trouble de la personnalité, trouble bipolaire, perversion, schizophrénie. Avec ce genre de vocables, a-t-on dit l'essentiel de quelqu'un ?

La panoplie est vaste, des syndromes dont aiment à se gargariser un certain nombre de médecins, de psychiatres, de psychologues, d'entreprises pharmaceutiques et autres allumés de bibles diagnostiques<sup>1</sup>. Est-ce une question d'épistémologie, d'idéologie, de gagne-pain, de fonds de commerce, de *Weltanschauung* ? Et que dire de ces patients qui exigent eux-mêmes un diagnostic (du moins un certain nombre d'entre eux, comme impatientes de s'approprier une identité pathologique) ?

Du reste, le mot *syndrome* est commode en médecine, lorsqu'il s'agit de camoufler notre indigence scientifique, notre manque d'humanité ou d'intuition subjective. On se borne à décrire un ensemble de symptômes, et voilà qu'on tient le «profil» de quelqu'un, profil qui laisse entrevoir je ne sais quel processus morbide du corps et de l'âme, dont le soubassement étiologique n'est pas vraiment acquis, mais enfin, ça fait sérieux, ça permet de créer des catégories de significations, de justifier des traitements symptomatiques, et surtout de rejeter ou «d'enfermer quelqu'un dans le dehors» (pour reprendre l'expression de Michel Foucault).

Cette façon de penser est en réalité une façon d'interdire de penser<sup>2</sup>. Et pas seulement de penser, mais de *sentir*. Le diagnostic fonctionne à l'instar d'un masque, qui s'interpose entre le patient et le thérapeute (comme entre le patient et son entourage quotidien, en particulier ses proches, et surtout sa famille<sup>3</sup>). Cette façon de penser et d'agir a pour effet d'opacifier le face à face réel, de restreindre la relation humaine à ses aspects les plus superficiels, peut-être les plus dégradants, en évacuant tout ce qui se passe sur le plan intersubjectif.

Cette «étanchéité» subjective dans la relation de soin est des plus dommageables, aussi bien pour le patient que pour le médecin et la médecine dans son ensemble.

Pour le patient parce que son étiquetage et l'interdiction de son accès à une relation intersubjective ouverte, vont l'isoler durablement dans un «là-bas» de patient et l'empêcher de tirer profit d'une *expérience relationnelle* authentique avec son thérapeute, avec pour conséquences une aggravation de sa souffrance et un risque élevé de fixation à long terme de ses troubles.

Pour le thérapeute, parce qu'il s'isole, lui aussi, dans un «ici» pseudo-scientifique, comme agrippé à sa blouse blanche, en s'interdisant d'évoluer par tout ce qu'une *expérience relationnelle* authentique avec le patient peut apporter comme enrichissement à son art et à sa propre personne. La conséquence en est une véritable incurie

éthique, qui rejaillira sur sa vie entière d'homme-médecin, professionnelle et privée<sup>4</sup>.

Pour la médecine enfin, par la cécité que suscite, au cœur de cette noble discipline – qui se doit de rester clairvoyante – l'enfermement dans une dimension fanatiquement objective (concept d'*objectification*, selon Malherbe)<sup>5</sup>. La conséquence d'un tel fanatisme, pour la psychiatrie en particulier, est tout simplement un désastre, autrement dit la robotisation du soignant.

La relation intersubjective entre soignant et soigné est une expérience mystérieuse et profonde, qui court le risque permanent d'être saccagée par toutes les ambitions d'objectivation (d'*objectification*)<sup>6</sup> visant à la récupérer au sein de je ne sais quelle *evidence based medicine*. Elle exige de savoir s'abandonner – des deux côtés – à la relation de confiance entre soignant et soigné.

J'abandonne mon corps et mon âme entre tes mains, et je te suis reconnaissant de ton intérêt pour moi au même titre que de ton savoir et de tes compétences de soignant. Tu abandonnes ton corps, ton âme et ta souffrance entre mes mains et je te suis reconnaissant de m'honorer de cette confiance et de me faire découvrir à travers notre expérience commune un peu plus de choses sur la maladie, le soin, l'humanité, et moi-même. Et chacun de nous deux sent et sait que l'autre s'implique dans cette relation. Je sens que tu sens ce que je sens, tu sens que je sens ce

<sup>1</sup> Par exemple le *DSM-IV*, manuel américain, ou le *CIM-10*, manuel de référence de l'OMS (un peu plus nuancé que le précédent).

<sup>2</sup> Cf J.-F. Malherbe, *Déjouer l'interdit de penser*. Essais d'éthique critique, I. Liber, Montréal, 2001.

<sup>3</sup> C'est ce que le modèle écosystémique appelle le mécanisme du *patient désigné*.

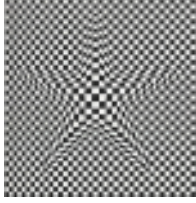
<sup>4</sup> Songeons à ces médecins dont les épouses et enfants disent qu'ils sont comme des robots performants.

<sup>5</sup> La notion de recherche en *double aveugle*, chère à la médecine scientifique, prend dans un tel contexte d'idées une saveur cocasse, malgré ses indéfectibles mérites.

<sup>6</sup> J.-F. Malherbe, *Les ruses de la violence dans les arts du soin*. Ed. Liber, Montréal, 2003.



Suite de l'article de Gérard Salem



que tu sens. Je sais que tu sais ce que je sais de nous, tu sais que je sais ce que tu sais de nous<sup>7</sup>.

De la sorte s'opère, si l'on tient absolument à une catégorisation noso-graphique de la souffrance, un *diagnostic de la relation*, élaboré implicitement par les deux partenaires, et non de manière unilatérale - même si la relation thérapeutique reste nécessairement asymétrique et que le médecin guide le patient dans cette définition à deux. C'est dans un tel contexte affectif et éthique que la relation soignant-soigné peut devenir fiable, c'est-à-dire caractérisée par la crédibilité et la confiance mutuelle. *In expressis verbis*, une relation du type JE-TU, pour se référer à Martin Buber<sup>8</sup>, et non une relation JE-ÇA, réifiante, objectifiante. Sans ce degré d'intersubjectivité, nul espoir d'une thérapie efficace ou même digne de ce nom.

Il est grand temps de ré-examiner la pertinence du diagnostic en psychiatrie. S'il a pour effet de transformer le patient en marionnette physico-chimique (cf. Bounan<sup>9</sup>), il convient de s'interroger sur l'adéquation de l'appartenance de la psychiatrie au champ médical.

A quand un joyeux autodafé du *DSM-IV* ?

<sup>7</sup> Cf. les travaux de Daniel Stern, d'Elisabeth Fivaz et d'Antoinette Corboz. Lire en particulier *The primary triangle*, de E. Fivaz-Depeursinge & A. Corboz, Basic Books, NY, 1999.

<sup>8</sup> M. Buber, *Je et Tu*. Ed. Aubier, 1969.

<sup>9</sup> Michel Bounan, *Le temps du sida*, Ed. Allia, Paris, 1991. ■

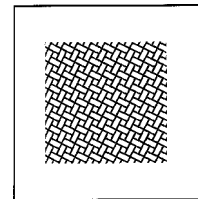
## AU SUJET DE L'INTROUVABLE OBJET DE LA PSYCHIATRIE CONTEMPORAINE

D'une science de l'esprit à un art du lien

Eric Bonvin, médecin, président du Conseil de fondation

Voilà plus de deux siècles que la médecine a pour ambition d'appréhender la folie et les troubles de l'esprit par son savoir et son art en les considérant comme des maladies. Après avoir expérimenté durant près d'un siècle, le XIX<sup>e</sup>, les états et les comportements humains dans le sillage des questions soulevées par le mesmérisme, puis par l'hypnotisme (première psychiatrie dynamique), elle s'évertua à décrire et classer avec minutie ces états, tout en tentant de les insérer dans une ou plus exactement plusieurs explications globales (deuxième psychiatrie dynamique). Dès les années 1950, avec la découverte fortuite des médicaments neuro- et thymoleptiques, la psychiatrie se laissa de plus en plus imprégner par l'esprit des neurosciences et des traitements biologi-

ques (nouvelle psychiatrie) qui lui confère plus que jamais les attributs d'une véritable science médicale. La synapse neuronale et la physiologie de ses neuromédiateurs sont devenues la véritable entité anatomopathologique de la maladie mentale et des troubles de l'esprit autant que la cible de toutes les substances psychoactives développées par l'industrie pharmaceutique. A cette entité correspondraient des manifestations cliniques clairement identifiables sous forme de comportements et de symptômes répertoriés et classés dans les manuels diagnostiques de référence que sont le *DSM* et la *CIM*. La psychiatrie aurait-elle enfin atteint l'âge de la maturité médicale ? Rien n'est moins sûr. En effet, si le langage actuel de la psychiatrie semble particulièrement ajusté au contexte médical, il s'agit cependant de ne pas prendre le langage



pour la chose elle-même.

En s'aventurant sur le chemin du soin de la folie et des souffrances de l'esprit, la médecine s'est intéressée aux dimensions les plus intimes et les plus significatives de l'humain : sa conscience, sa liberté, ses désirs, ses émotions, ses songes, son imagination, ses pensées, son attachement aux autres, ses comportements, soit autant d'aspects qui constituent son identité, sa relation aux autres et sa place dans la communauté humaine. Si la démarche fut certes profitable, son développement n'en révéla pas moins des ambiguïtés dont la psychiatrie actuelle reste encore largement l'héritière. En effet, fidèle à la démarche clinique, la psychiatrie fut dès ses origines marquée d'une question lancinante et permanente : *comment objectiver le subjectif ?* En d'autres termes, comment faire science et raison de ce qui n'est que déraison et incohérence ? Cette question l'a amenée à buter inlassablement sur deux impasses, deux paradoxes. Le premier étant que «la science limite la conscience aux objets, (...) elle ne peut connaître le sujet qu'en le prenant pour un objet» (Bataille, 1943). Or, la psychiatrie traite bien de tout ce qui définit un sujet et qui le différencie par conséquent d'un objet. Le second paradoxe apparaît lorsque la psychiatrie parvient à objectiver, c'est-à-dire à donner une explication causale directe à une maladie de l'esprit. En effet, une fois objectivée, la maladie mentale sort *ipso facto* du champ de la psychiatrie : lorsqu'elle découvre la cause d'une pathologie mentale, comme ce fut le cas de l'épilepsie, c'est que celle-ci n'est pas mentale (Ehrenberg, 1998). Ainsi, la définition des maladies mentales ne peut-elle pas reposer, comme c'est le cas pour la grande majorité des maladies somatiques, sur la mise en évidence de témoins fiables et identifiables (perturbation de constantes biologiques, défaut du matériel génétique, germes microbiens, imagerie, etc.).

Même le modèle neurosynaptique découlant de la découverte fortuite des psycholéptiques n'a, à ce jour, pas permis de découvrir de témoin fiable de la maladie mentale (Zarifian, 2001). Et quand bien même il le permettrait, la prise en charge de ces maladies reviendrait dès lors de plein droit à la neurologie et non plus à la psychiatrie.

En l'absence de tout témoin fiable et quantifiable de la maladie et de la souffrance mentale, la psychiatrie actuelle fonde son langage et sa démarche sur la description des signes constitutifs des différentes pathologies dont elle s'occupe. Les différents diagnostics psychiatriques reposent sur une appréciation concertée et consensuelle entre experts psychiatres dont les manuels diagnostiques (DSM et CIM) sont la matérialisation directe. Le diagnostic psychiatrique repose entièrement sur le regard que porte une société par l'intermédiaire de ses experts, les psychiatres, sur des expressions et des comportements humains<sup>2</sup>. La dialectique relationnelle qui s'inscrit entre psychiatrie et personne présentant une souffrance mentale prend, à peu de choses près, la forme suivante : «Ta souffrance et ta singularité, nous savons sur elles assez de choses dont tu ne te doutes pas, pour reconnaître que c'est une maladie; mais cette maladie, nous la connaissons assez pour savoir que tu ne peux exercer sur elle et par rapport à elle aucun droit. Ta folie, notre science, nous permet de l'appeler maladie et, dès lors, nous sommes, nous médecins, qualifiés pour intervenir et diagnostiquer en toi une folie qui t'empêche d'être un malade comme les autres, tu seras donc un malade mental.» (Foucault, 1980).

Si la définition et le diagnostic de la maladie mentale ne reposent que sur le jugement des experts psychiatres en l'absence de témoin fiable, il faut aussi remarquer que les signes et symptômes sur lesquels ils se basent pour cela sont loin d'être univoques, et leur in-

terprétation reste particulièrement ambiguë. Comme le rappelait Goffmann (1980), «les délires d'un soldat ne sont que les droits d'un général; les invites obscènes qu'un homme adresse à une jeune fille qu'il ne connaît pas sont autant de compliments piquants d'un mari à sa femme; la circonspection d'un paranoïaque est une pratique justifiée pour des milliers d'agents secrets. Les symptômes mentaux ne sont donc pas une chose en soi qu'il suffit d'étiqueter ainsi.» Le psychiatre, s'il a pour ambition de soulager la souffrance mentale en l'objectivant, risque tout autant de l'entretenir et de devenir un véritable «jardinier de la folie» (Zarifian, 1994).

Mobilisée par son souci d'objectivation du subjectif, la psychiatrie a généré plusieurs modèles explicatifs : biologique, psychodynamique, systémique, social, cognitivo-comportemental. Le modèle psychanalytique a eu pour ambition d'expliquer l'inconscient et l'esprit humain. La guérison viendrait de la connaissance que confèrent l'analyse de soi, la découverte d'un pourquoi dissimulé dans un ensemble de signes que seul l'analyste peut décoder. De ce fait, c'est l'esprit du sujet qui a lui-même été réduit à l'état d'objet, d'appareil pulsionnel et psychique. La quête de la cause passée du symptôme réduit le sujet à n'être qu'un objet totalement déterminé par elle. Finalement, ce modèle en vient à

<sup>1</sup> DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* de l'American Psychiatric Association.

CIM : *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement* de l'Organisation mondiale de la santé.

<sup>2</sup> Il est à cet égard intéressant de remarquer que, à l'heure actuelle, les deux systèmes de classification que sont le DSM et la CIM apparaissent de plus en plus inadaptés aux réalités cliniques, si bien que des voix, très nombreuses, s'élèvent pour réclamer et discuter un nouveau système diagnostique (un de plus).



Suite de l'article d'Eric Bonvin

charger lourdement l'individu malade en le rendant coupable et seul responsable, avec sa famille, des souffrances qu'il endure. Qui plus est, plus le modèle psychanalytique a individualisé l'esprit et l'imaginaire et l'a «relégué dans chaque esprit singulier, et plus grandissait chez nos contemporains l'angoisse de perdre, sinon la tête, du moins le minimum de repères collectifs leur assurant de faire partie de leur groupe» (Tisseron, 2002). Dans la foulée, le modèle cognitivo-comportemental engendre à peu près les mêmes conséquences, rejetant sur la personne souffrante la responsabilité de faire un usage adéquat de l'équipement cognitivo-comportemental dont la nature l'a doté. Le modèle biologique n'a pas échappé non plus à ce sort. «Alors qu'on espérait que le progrès des connaissances scientifiques permettrait de comprendre le psychisme de l'homme, ce qui en fait s'est produit, a montré une progression du plus grand, l'homme, vers le plus petit, le neurone et ses molécules, sans que le trajet de retour ait porté ses fruits.» (Zarifian<sup>3</sup>, 1994.) Le modèle systémique n'est pas en reste dans ce processus en ayant réduit la relation humaine à une formidable mais néanmoins *machine cybernétique* dont il suffit d'ajuster l'homéostasie pour que l'équilibre se fasse. Le modèle social, par son insistance sur le caractère socialement ou relationnellement construit de la maladie mentale, en est aussi souvent arrivé à oublier que, sous l'étiquette de maladie, se cache une réelle souffrance individuelle.

En relayant le même souci d'objectivation, la vulnérabilité de chacun de ces modèles tient cependant à leur ambition totalitaire d'expliquer l'homme par la seule causalité unique et directe qu'ils défendent (Zarifian, 1994). En effet, la personne souffrante disparaît littéralement derrière les abstractions théoriques des modèles auxquels les experts accordent tant d'attention. Et, du même

coup, n'est-ce pas l'objet même de la psychiatrie qui disparaît avec elle ? A trop vouloir modéliser et objectiver le comportement humain, la psychiatrie ne risque-t-elle pas de tomber dans un pur scientisme, commettant l'erreur de «résoudre des problèmes difficiles avec des méthodes simplistes mais prétendument objectives» (Bricmont, 1997) ? Quel que soit le modèle appliqué, l'objectivation nécessite extraction, séparation, isolement et mise en évidence des faits à analyser. Lorsque c'est l'esprit ou l'âme humaine qui doit être objectivé, on le voit bien vite, la procédure passe inévitablement par la désagrégation des liens du sujet avec son environnement, ses proches. Le sujet se trouve du même coup forcé, isolé, pour que ne soient mis en évidence que ses symptômes. Il faut bien se rendre à l'évidence, la question de l'objectivation de la subjectivité mène la psychiatrie dans une impasse.

Mais alors, quelle piste la psychiatrie peut-elle suivre afin de donner de meilleures réponses aux souffrances de l'âme ? Comment soigner la part intime de l'humain tout en faisant acte de science ? Si la maladie mentale touche l'être humain dans la partie la plus intime et la plus humaine de lui-même, c'est bien humainement qu'il s'agit d'agir. Et ce qui fait de l'homme un humain, avant toute chose, c'est sa relation aux autres humains<sup>4</sup>. C'est dans la chaleur et l'attention relationnelle que l'humain apprend, par *mimesis*, à exister, et c'est dans leur absence, dans l'isolement qu'il recourt à la violence et à la destruction (Girard, 1978). Ainsi, humaniser le soin passe avant tout par une véritable éthique du maintien de la personne souffrante dans la communauté humaine et de la lutte contre la désagrégation et l'isolement dont elle souffre (Goffmann, 1980). La question centrale de la psychiatrie apparaît dès lors plus clairement : comment soigner en reliant ? Comment relier la personne souffrante au monde qui l'entoure, à la commu-

nauté des humains, à sa famille, à ses proches, aux soignants eux-mêmes ? Mais aussi comment relier les pratiques et les savoirs, les modèles et les traitements afin de répondre à cette même question ? Comment la rationalité peut-elle céder sa place à la convivialité, l'orthodoxie des modèles au pluralisme des pratiques ? Telles peuvent être les questions auxquelles doit s'atteler aujourd'hui la science de la psychiatrie.

Si, comme le prétendent certains illustres scientifiques, faire de la science, c'est savoir prendre des risques sur les modèles et théories qui la soutiennent, la psychiatrie ne ferait-elle pas acte de science en prenant justement le risque de remettre l'être humain souffrant au cœur de la démarche médicale, en se plongeant dans le bain de la relation de soin, en osant l'aventure dans les eaux troubles de la complexité (*complexon* signifiant ce qui est tissé ensemble !), en ouvrant la médecine à davantage de science *humaine*, en distinguant tout en reliant (par le développement d'une méthodologie humaine qualitative). C'est en prenant des risques, et certainement ceux-là, que la psychiatrie, médecine de l'âme, peut faire à la fois acte de soin et de science. Soigner en reliant, c'est avant tout humaniser le soin.

### Références bibliographiques

- Bataille, G., 1943, *L'expérience intérieure*. Les essais 13. Paris, Gallimard, 5<sup>e</sup> éd.
- Bricmont, J., 1997. *Le relativisme alimentaire et le courant irrationnel*. La Recherche, 298, 82-85.
- Ehrenberg, A., 1998. *La fatigue d'être soi*. Paris, Editions Odile Jacob.
- Foucault, M., 1980. *La maison des fous*. In F. & F. Basaglia, ; *Les criminels de paix*, 145-160. Paris, Presses Universitaires de France. ■
- Girard, R., 1978. *Des choses cachées depuis la fondation du monde*. Paris,



## DES MIRAGES DE L'OBJET DE SOIN À L'OCCULTATION DU SUJET SOIGNÉ

Eric Bonvin, médecin, président du Conseil de fondation

Grasset.

Goffman, E., 1980. *La folie de position*. In F. & F. Basaglia, *Les criminels de paix*, 269-318. Paris, Presses Universitaires de France.

Tisseron, S., 2002. *Un désir de merveilleux*. *Le Monde Diplomatique*, 576, mars 2002; 30-31.

Zarifian, E., 1994. *Les jardiniers de la folie*. Paris, Editions Odile Jacob, coll. Opus.

Zarifian, E., 2001. *Une certaine idée de la folie*. Paris, Editions de l'Aube.

<sup>3</sup> Pourtant l'homme n'appartient à aucune idéologie en particulier et nul ne dispose encore de l'équation explicative et ne peut prétendre apporter par une approche unique la compréhension totale des comportements humains.

<sup>4</sup> L'enfant sauvage ou les enfants élevés avec des animaux viennent bien nous le rappeler.



Aborder, comme nous le propose **Jean-François Malherbe**, la question de l'objectivité et de la subjectivité dans la pratique du soin et de la médecine, me paraît particulièrement intéressant dans la réflexion que nous menons depuis plusieurs années à la Fondation Ling sur le pluralisme médical et l'hétérogénéité des pratiques de soin. En effet, comme je vais le développer dans ce texte, il apparaît très clairement que cette question concerne l'ensemble des modèles de soin à différents niveaux de leurs applications.

L'occasion m'avait déjà été donnée de développer dans les colonnes de *La Lettre* (N° 18), le fait que la médecine moderne mise sur l'efficacité technique au prix de l'élimination, de la forclusion, des sujets qu'elle soigne et **Jean-François Malherbe** l'a exprimé de manière très explicite dans le texte qui sert de référence à ce numéro. Autrement dit, la médecine moderne, quoique efficace par bien des aspects, n'attribue qu'une place très marginale à la subjectivité. Comme nous l'avons évoqué dans un autre texte de ce numéro, à l'heure actuelle, la psychiatrie, médecine de l'âme et de la subjectivité, n'apporte pas davantage de réponses à ce sujet. Finalement, il apparaît assez clairement que plus la médecine établit ses fondements et sa pratique sur la science et ses techniques, plus elle dépersonnalise les usagers qui ont recours à ses services. La critique est connue de longue date et revient régulièrement au sein même de la médecine moderne tout comme elle sert de point de ralliement à l'ensemble des médecines dites *alternatives*. Mais ne s'adresse-t-elle vraiment qu'à la médecine moderne en épargnant les autres modèles de soin ?

Chaque modèle ou méthode de soin s'appuie sur des représentations plus ou moins élaborées de la réalité du monde, de la nature de l'homme, de la maladie et de la santé. Celles-ci varient bien sûr d'une méthode à l'autre et se

différencient, d'une manière ou d'une autre, de celles qui caractérisent la médecine moderne. La personne souffrante qui recourt aux services d'un soignant est observée et analysée selon une *grille de lecture* propre aux représentations du modèle ou de la méthode de soin qu'applique ce soignant. La *souffrance* que lui présente le patient est inévitablement traduite selon *cette grille de lecture* en une représentation propre à ce modèle (la *maladie*). Ainsi, telle personne se trouvera être une *Nux Vomica* chez un homéopathe, un type *pita* chez un médecin ayurvédique, un état *dysphronique* chez un sophrologue, un *excès Yang sur le 34 de l'estomac* chez l'acupuncteur, etc. Afin de mieux traduire les souffrances que leur présentent leurs patients, bon nombre de soignants utilisent également des outils et des instruments : imagerie médicale, laboratoire de la chimie du corps, ohmmètre, pendule, photo *kirlian*, degré d'élévation et tonicité d'un bras, aspect de l'iris, thème astral, tests psychologiques ou de personnalité, pouvoir extrasensible ou paranormal, transfert, etc. Ces derniers mettent en évidence des paramètres « *habituellement imperceptibles* » qui sont définis par les représentations auxquelles font référence les soignants qui s'en servent dans leur démarche diagnostique. Au cours du traitement, toute variation de l'état de la personne souffrante sera traduite, avec l'aide de ces instruments, en ce même langage « *spécialisé* » qui est propre au modèle de soin appliqué. Avec l'aide de ses représentations et de ses instruments, le soignant devient ainsi l'*expert* qui sait traduire et interpréter des informations exprimées par la personne souffrante. La personne soignée, ainsi rendue *profane* d'elle-même, n'a d'autre choix que de remettre aveuglément au soignant une partie de son être qu'elle ne sait et ne peut décoder elle-même. Si la souffrance s'intensifie, le soignant peut l'expliquer par la variation de ces paramètres. Si elle reste inchangée alors





Suite de l'article d'Eric Bonvin

que ces paramètres s'améliorent, le doute plane sur la véracité de cette souffrance. Si la guérison advient, celle-ci ne peut être exprimée que dans le langage «spécialisé» de ce modèle, laissant croire implicitement, par association et de façon trompeuse, qu'elle témoigne de l'efficacité dudit modèle. Il s'agit là d'un trompe-l'œil logique particulièrement subtil et néanmoins non valide: *post hoc ergo propter hoc* (après cela, donc à cause de cela). En effet, qu'un changement apparaisse à la suite d'un acte thérapeutique ne prouve pas forcément que ce soit cet acte thérapeutique qui provoque ce changement. Ce raccourci de causalité trompeur engendre, dans le contexte du soin, une suggestion implicite très puissante et bien connue sous le terme de *biais de confirmation* (qu'on rencontre fréquemment dans les situations de témoignages judiciaires) et qui va faire paraître vrai au patient ce qui ne l'est pas forcément. Plus d'un grand clinicien a déjà été pris au piège de cette dynamique suggestive. Nous percevons bien ce qui peut se produire si le soignant (expert) tire des informations «habituellement imperceptibles» (valeurs biologiques, énergétiques, magnétiques, spirituelles, etc.) de la souffrance que lui présente son patient (profane) sans les lui restituer explicitement et sans lui donner l'opportunité de les intégrer dans sa propre réalité et sa propre singularité. Nous assistons là à un véritable endoctrinement accompagné d'un rapt de l'intimité, de la subjectivité et de l'imagination du patient qui est ainsi nié dans sa propre singularité. Ce que **Jean-François Malherbe** nomme *objectification*. Il existe en outre aujourd'hui un phénomène qui amplifie dramatiquement ces ingrédients d'*objectification* que sont le raccourci de causalité et le *biais de confirmation*: les procédures de validation scientifique et de reconnaissance entreprises par certains modèles et certaines méthodes de soin. En effet, pour peu que le soignant milite pour la cause et la reconnais-

sance du modèle qu'il applique, prend place dans la relation de soin une dynamique particulièrement persuasive et démonstrative qui prétend à l'efficacité du modèle appliqué. Le discours «expert» occupe alors tout l'espace relationnel et il n'est question que de la réalité que le soignant suppose à son patient.

Ces différents mécanismes laissent apparaître clairement que, loin d'être une exclusivité de la médecine moderne, la dynamique d'objectivation, et avec elle le risque d'*objectification*, concerne l'ensemble des modèles et des pratiques de soin. Mais alors comment apprécier l'activité soignante et explorer les voies thérapeutiques adéquates et efficaces si ce n'est en les objectivant ? Il me semble que le but de tout acte de soin consiste à *soulager la personne souffrante* et que c'est cette dimension qui doit être posée en référence. En d'autres termes, un succès thérapeutique ne saurait être la vérification d'une conception, d'un modèle, d'une théorie ou être la preuve de quoi que ce soit. Tant de paramètres interviennent en effet dans la survenue d'une maladie chez une personne souffrante, dans sa singularité comme dans son évolution que, en définitive, n'importe quoi peut guérir sans qu'on sache nécessairement comment cela peut se produire. De plus, tous ces paramètres sont eux-mêmes soumis à une infinité de variations dans le contexte de la relation thérapeutique, elle-même singulière et complexe. En effet, les paramètres qui composent la pratique du soin

sont à ce point enchevêtrés que sa réalité échappe à notre entendement. N'est-ce pas, en substance, la leçon magistrale que nous enseigne l'effet *placebo* ? Si nous voulons appréhender la question de l'objectivation de l'efficacité thérapeutique, il apparaît dès lors impossible de faire l'économie de sa subjectivation simultanée. Partant de ce point de vue, il apparaît que la seule personne capable d'orienter et de guider le soin de manière à intégrer la subjectivité n'est autre que la personne souffrante elle-même. Respecter totalement la singularité de la personne souffrante revient à lui laisser l'expertise de sa souffrance autant que de sa guérison. Et si le soignant veut l'accompagner dans cette expertise, il ne peut le faire qu'en devenant lui-même le profane de chacun de ses patients dont il a tout à apprendre. Gardons de la science la sagesse du doute et du questionnement permanent qui nous rendent éternellement profanes de la vie et gageons que c'est dans ce qu'on fait qu'on trouvera des repères plus justes. Point n'est besoin de savoir si ce qui est fait est objectif ou non, mais plutôt de savoir si cela agit, si cela soulage la personne souffrante. Soigner est un acte, un geste relationnel avant d'être une conception. La relation de soin est une aptitude humaine qui ne s'apprend dans aucune faculté et dont aucune théorie ni modèle ne peuvent se prévaloir. Elle impose aux soignants la plus grande humilité lorsqu'ils croient en connaître les secrets. ■

[www.athenaeum.ch](http://www.athenaeum.ch)  
école d'architecture & design

## SOUFFRIR D'INFERTILITÉ

Geneviève Delaisi de Parseval, psychanalyste, Paris

Après un parcours d'infertilité médicalement ou socialement traitée, nombre de familles donnent naissance ou élèvent des enfants dans un cadre atypique. À côté des familles recomposées et des familles adoptives, on rencontre désormais des familles qui se sont constituées après procréations médicalement assistées avec donneurs de gamètes (IAD, FIV-D ou ICSI<sup>1</sup> avec don de sperme, don d'ovocytes); et plus récemment avec la participation de mères de substitution. Les histoires un peu particulières de ces conceptions avec des cogéniteurs ou cogénitrices (familles pluricomposées) posent des questions radicalement nouvelles qui ne sont pas sans jeter quelques défis tant à l'anthropologie qu'à la psychanalyse.

La clinique de l'infertilité de couple est tellement «riche» qu'on peut la comprendre par des biais et des approches thérapeutiques différentes et parfois complémentaires. Ainsi, à côté de la perspective psychanalytique qui consiste à étudier la dynamique inconsciente du ou des conjoints stériles, on peut faire une lecture de ce symptôme en envisageant le couple infertile comme constitué non par hasard, mais bien au contraire à partir d'une démarche inconsciente de ne pas avoir d'enfants (alors que le projet conscient est évidemment d'en avoir).

L'hypothèse est alors la suivante : la stérilité de couple est possiblement un symptôme adaptatif, nécessaire au maintien de règles familiales. «Soigner» ces couples revient à considérer leurs couples comme «transgénérationnellement dysfonctionnels». La visée thérapeutique consiste alors à amener les membres de la famille nucléaire à comprendre et à changer les règles qui président aux scénarios transac-

tionnels de stérilité. C'est la question non du «pourquoi», mais du «comment» qui est ici posée.

On sait que chaque groupe familial, pour favoriser la différenciation progressive de ses membres (et donc pour changer) doit tolérer des phases de désorganisation, nécessaires pour l'accession à un autre équilibre mieux adapté au stade suivant. Dans les familles où les changements de relations nécessaires au processus de développement sont vécus comme menaçants, les schémas interactifs et les fonctions de chacun des membres ont tendance à se rigidifier pour aboutir à une pathologie individuelle (dont la stérilité d'un conjoint est peut-être un exemple privilégié), situation d'autant moins réversible que le besoin de stabilité de l'ensemble reste indispensable. Dans ce cas, un symptôme, telle la stérilité, représente une sorte de métaphore du dilemme d'une famille qui voudrait avancer (procréer) tout en restant sur place (sans enfants). Or, les grandes étapes de la vie d'une famille sont précisément, on le sait, les moments où quelqu'un «entre», «voudrait entrer» ou «sort» du système familial (naissances, morts, alliances).

Le patient «désigné» — infertile — celui qui souffre est ainsi celui qui, dans le système familial, a reçu ou accepté le rôle de produire une symptomatologie qui permette une équilibration suffisante pour l'ensemble du système. Sous cet angle, l'individu stérile n'est plus considéré comme un malade, mais au contraire comme «compétent», comme quelqu'un qui joue suffisamment bien son rôle pour que le système couple-famille fonctionne. Le symptôme «stérilité» n'est pas un trouble mais un dysfonctionnement nécessaire. En conséquence, tant qu'il a une fonction dans le système, il faut le préserver, et il est intéressant que le thérapeute puisse le connoter positivement, tout en s'efforçant de mettre le système en condition de modifier

son équilibration de façon à ce que le patient n'ait plus à avoir recours à ce procédé pour assurer sa survie. Si le thérapeute parvient à amener le couple à changer les règles présidant aux transactions, on peut assister à des modifications des interactions ou à une séparation des générations avec, par exemple, rupture de coalitions (telle patiente réussira à distendre sa coalition avec sa mère, coalition qui visait à protéger cette dernière du «devenir grand-mère», avec tout ce que cela peut comporter), voire à la disparition du symptôme. Les travaux de Boszormenyi-Nagy s'avèrent ici particulièrement utiles pour comprendre à quel point les attachements à la famille de sang restent intenses, qu'ils soient reconnus ou non, respectés ou apparemment méprisés, conscients ou inconscients. Un sujet qui nie son intérêt pour l'engagement relationnel envers une personne significative de sa famille risque de le démontrer d'une autre manière par des manifestations de loyauté qui sont équivalentes (et qu'on repère bien dans les troubles psychosomatiques liés à la stérilité).

On se demande pourquoi certains couples sont plus touchés que d'autres. Il existe des familles à transactions particulières, dans lesquelles les individus sont mal différenciés; ils maîtrisent mal la relation émotionnelle, entravés, inhibés par des stress affectifs qui les submergent. Un adulte, par exemple, qui se rend inconsciemment stérile ne fait pas ce qu'il désire faire, mais agit le projet d'une autre personne (son père, sa mère, sa grand-mère) comme s'il était contrôlé par elle. On retrouve d'ailleurs ce même fonctionnement dans le choix du conjoint : ces individus mal différenciés se choisissent souvent entre eux. Or, avait remarqué Bowen, plus le niveau de différenciation est bas, plus sérieux sont les problèmes potentiels pour l'avenir. En cas de forte indifférenciation des conjoints, la relation de couple devient rapidement dysfonc-

<sup>1</sup> IAD : insémination artificielle avec sperme de donneur. FIV-D : fécondation in vitro avec sperme de donneur. ICSI : micro-injection d'un spermatozoïde.



Fin de l'article de Geneviève Delaisi de Parceval

tionnelle sous l'effet de la fusion émotionnelle qui devient elle-même une source d'anxiété. Anxiété qui se traduit souvent par l'apparition de troubles psychosomatiques chez l'un ou les deux partenaires (dans le domaine de la stérilité, on trouve classiquement l'anovulation chez la femme, des troubles de la spermatogenèse chez l'homme et souvent des troubles du comportement sexuel chez les deux partenaires, ceux-ci devenant à leur tour inducteurs de stérilité). Il est intéressant en ce sens de savoir que les études sociologiques portant sur les couples sans enfants montrent que ce sont des couples plus stables que les autres (il y a moins de divorces), plus fidèles aussi (il y aurait moins d'adultères).

Le rôle du thérapeute consiste à faire avec les patients, un bilan, non de ce qui a été fait pour soigner la stérilité du

couple, mais du compte de crédits et de débits des services rendus à l'intérieur de la famille, ce tel qu'il est vu par les différents protagonistes. Comme cette comptabilité est en grande partie inconsciente, il faut essayer de la rendre explicite en mettant au clair les dettes et les gains des divers membres de la famille. On ne fait pas ici de travail interprétatif comme dans l'approche psychodynamique. Il s'agit davantage d'une recherche de reconnection (selon l'expression de Framo), de rejonction entre des sujets qui, ne pouvant plus manifester de façon ouverte leur intérêt pour les interrelations, doivent se les montrer de façon cachée mais nocives pour eux. Comprendre l'infertilité comme une crise du développement libidinal peut permettre tant au couple qu'au thérapeute de mieux analyser ce moment comme un temps de croissance et de matura-

tion psychique.

Il serait également fructueux, dans le domaine spécifique des familles pluricomposées avec cogéniteurs (trices) de pouvoir travailler autour d'une image de «réseau» (réseaux familiaux des parents d'origine, mais aussi réseau familial des donneurs et des donneuses de gamètes ou de temps utérin). De manière que ces parentés additionnelles, y compris celle des cogéniteurs, puissent être pleinement assumées par ces familles. Une logique additionnelle permet d'envisager un cumul des parentalités (l'un *et* l'autre, au lieu de l'un *ou* l'autre). ■

[www.genevieve.delaisi.free.fr](http://www.genevieve.delaisi.free.fr)

## LE SECRET DONT LE PATIENT EST MAÎTRE ET LE SECRET DE CE QUI LUI EST CACHÉ ET LUI FAIT VIOLENCE

Jean Martin, médecin, privat-docent, ancien médecin cantonal

### Le secret au bénéfice du malade – la tradition hippocratique

La confidentialité, le secret, occupent une place d'importance dans la vie des humains, à divers titres. Dans le cadre hippocratique de la pratique des soins, elle est partie intégrante de la relation thérapeutique. A noter que cela est vrai pour la société occidentale, mais pas pour d'autres avec lesquelles nous sommes de plus en plus souvent en contact. Au sein des sociétés patriarcales d'Afrique, du Moyen-Orient ou d'Asie, il est fréquent que la maladie soit considérée comme l'affaire du groupe et pas celle du seul individu : le thérapeute communique librement avec la famille, quand il n'est pas tenu de passer de routine par le chef de celle-ci. Dans les sociétés chamaniques, les séances de traitement sont souvent publiques, le groupe assistant voire participant.

Dans notre contexte, la confidentialité de la relation est ancrée à l'article 321 du Code pénal qui traite du secret professionnel (le secret médical étant donc le secret professionnel des médecins et de leurs auxiliaires). Il importe de rappeler la formule : «Le patient est le maître et le bénéficiaire du secret médical, le médecin (ou autre professionnel) en est le dépositaire.» Ceci pour souligner que le secret n'est en aucune manière opposable au patient lui-même. La notion de *privilège thérapeutique*, qui autorisait le médecin à décider en fonction de sa seule appréciation, de manière potentiellement arbitraire, de ce qu'il allait dire ou ne pas dire au patient n'est plus admise aujourd'hui. Dans des cas exceptionnels, on pourra la tolérer au titre (précisément) d'*exception* thérapeutique (mais je relève que la Loi vaudoise sur la santé publique ne le pré-

voit pas). Le thérapeute doit toute l'information au patient; il la fournit *spontanément* et de manière compréhensible.

Quid du *droit de ne pas savoir*? Droit que peut faire valoir le malade qui demande qu'on ne l'informe pas et qu'il convient de respecter, sauf exception. L'exception pouvant être une maladie transmissible susceptible de mettre en danger l'entourage, ou une information génétique d'importance particulière pour des membres de la famille. Dans d'autres circonstances (père ou mère jeune avec enfants atteints d'une maladie à pronostic funeste et qui ne veut pas savoir, par exemple), le médecin se posera la question d'informer son patient malgré tout, avec le doigté voulu, de manière à lui laisser la possibilité de faire les démarches qui paraissent très souhaitables

et même nécessaires dans de telles circonstances. Affaire de jugement et de bon sens. Je mentionne cette remarque entendue dans un congrès de bioéthique, il y a quelques années : «Au Japon, si vous dites à un cancéreux quelle est sa maladie, vous êtes choquant et contrevenez à la déontologie médicale; au Canada, vous prenez le risque de voir remettre en cause votre autorisation de pratique si vous ne le dites pas...» «Vérité en deçà des Pyrénées, erreur au-delà», disait Montaigne.

### Les secrets potentiellement délétères, qui font bon marché des droits de la personne et sont une violence

Ainsi la panoplie des «secrets de famille», des choses qui sont considérées comme devant rester cachées, mais qui sont toxiques, empoisonnent la vie en commun. De plus, elles sont souvent suspectées, devinées, ressenties par ceux auxquels on les cache. En juin 2002, un congrès au CHUV sur l'enfant face à la mort a donné lieu à des exposés convaincants : c'est une erreur de vouloir cacher aux enfants la mort d'un proche ou le fait qu'un proche malade va bientôt mourir (il est illusoire de chercher à «tuer la mort par notre silence», a-t-on entendu). D'abord, les enfants s'en rendent compte, et en souffrent d'autant plus si, autour d'eux, on fait comme si de rien n'était. Ensuite, ils montrent une grande capacité de comprendre, d'assimiler, de supporter (la résilience est un phénomène de mieux en mieux reconnu aujourd'hui). La même chose vaut pour les adultes ou personnes âgées proches de la mort; il est bien préférable de les laisser parler de cette proximité et de dialoguer avec eux à ce propos. Ce ne sont pas les paroles qui font mal, mais les mensonges. «Nos hôpitaux connaissent nombre de silences qui tuent», écrit Jean-François Malherbe dans sa contribution au présent cahier.

Plusieurs situations, qui ont à voir avec les soins de santé et plus particulièrement le droit de connaître ses origines, ont été débattues ces dernières années en rapport avec les secrets auxquels elles étaient associées; ceci alors que la tendance actuelle, largement justifiée à mon sens, est à la transparence et à la présentation de la réalité-vérité. Cela a été le cas en 1995 lors de la consultation fédérale sur un avant-projet de loi, devenu la Loi fédérale sur la procréation médicalement assistée (LPMA) du 18 décembre 1998. Dans la foulée de pays comme la Suède, elle a aboli la confidentialité qui entourait le nom des *donneurs de sperme*, dans un cadre d'insémination artificielle ou de fécondation in vitro. Son article 27 fixe le droit pour l'enfant d'obtenir, à 18 ans voire plus tôt, des données identifiant le donneur (et la possibilité de demander à le voir — ce à quoi toutefois le donneur n'est pas tenu de consentir). Je dois à la vérité de dire que j'ai, à l'époque, été interpellé par cette intention et que je m'étais appliqué à décrire les effets défavorables possibles de la levée de l'anonymat (Martin, 1995). Je crois aujourd'hui, même si le recul manque encore, que la transparence est ici aussi préférable au secret.

Une évolution comparable s'est faite en matière d'*adoption*. Pour la Suisse, la Convention de La Haye sur la protection des enfants du 29 mai 1993 et la loi fédérale relative à cette convention sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003. Conjointement, les Chambres fédérales ont introduit l'article 268c du Code civil, qui prévoit que, «à partir de 18 ans, l'enfant peut obtenir les données relatives à l'identité de ses parents biologiques; il a le droit d'obtenir ces données avant ses 18 ans lorsqu'il peut faire valoir un intérêt légitime. Avant de communiquer à l'enfant les données demandées, l'autorité ou l'office qui les détient en informe les parents biologiques dans la mesure du possible (...).» On trouve là quasiment un copié-collé de la LPMA.

Quelques mots sur l'institution française de l'*accouchement sous X*. C'est la possibilité, prévue par des textes légaux successifs depuis le XVI<sup>e</sup> siècle, pour une femme qui donne naissance d'exiger l'anonymat. L'enfant devient pupille de l'Etat et n'a pas de possibilité ultérieure de remonter à sa mère. La Cour des droits de l'homme de Strasbourg a été saisie récemment d'une plainte alléguant que cette pratique constituait une violation des droits humains. A une modeste majorité, elle en a néanmoins maintenu la licéité. Toutefois, il paraît clair que les évolutions vers la transparence vont continuer et se renforcer (et que, à proche ou moyen terme, l'accouchement sous X ne sera plus accepté — pour une discussion plus détaillée voir Martin, 2003).

### Une situation particulière – Test de paternité

Comme rien n'est simple, comme toutes les règles ont leurs cas particuliers, que je mentionne la position prise au printemps 2002 par le Service vaudois de la santé publique en ce qui concerne l'éventuelle vente libre en pharmacie de tests permettant, sur la base d'un simple frottis de muqueuse buccale, une analyse de paternité (SSP, 2002). Il nous est apparu que, au nom des intérêts légitimes des personnes concernées, on doit cadrer par certaines limites précises la transparence en principe souhaitable. L'espace à disposition ne permet pas une discussion approfondie, mais on imagine bien les aspects délicats que peut présenter l'arrivée dans une pharmacie d'un homme tenant un enfant à la main, qui paie le test, voit un frottis buccal pratiqué sur lui et l'enfant et reçoit les résultats quelques jours plus tard. Nous avons insisté sur le fait qu'il était impératif, dans l'hypothèse où on entend pratiquer librement ce test, d'avoir le consentement éclairé des trois personnes concernées, à savoir l'enfant, la mère et l'homme qui souhaite savoir s'il est ou n'est pas père biologique. La



Fin de l'article de Jean Martin

responsabilité professionnelle et déontologique du pharmacien est ici engagée.

En principe, l'enfant doué de discernement (depuis 14-15 ans environ) peut donner un consentement valide à cet égard, à condition qu'il ait été parfaitement informé des conséquences diverses que peut avoir pour lui le résultat — positif comme négatif — du test. Cela étant, dans toutes les circonstances où un des partenaires concernés s'opposerait au test (le plus souvent la mère, vraisemblablement — et ceci même s'il n'est pas nécessaire de le pratiquer sur elle) ou ne pourrait être consulté, il est demandé que la situation soit portée devant l'autorité tutélaire (Justice de paix dans le canton de Vaud); autorité qui décidera, après avoir pesé les intérêts pertinents en cause, s'il existe des raisons adéquates de faire le test sans le consentement d'un protagoniste. Le passage par l'autorité tutélaire est aussi recommandé de routine quand l'enfant n'est pas encore doué de discernement, en tout cas dans des circonstances où on ne serait pas certain que sa mère ou son représentant légal a de manière optimale à l'esprit ses intérêts.

#### En guise de conclusion

L'autonomie et la libre détermination du patient, basées sur son consentement éclairé, sont un aspect de la relation de soins sur lequel on a de plus en plus insisté, à juste titre, au cours des vingt dernières années. C'est une dimension majeure de l'évolution qui veut que la relation soignant-soigné soit vue comme un partenariat. «L'acte médical n'est pas l'acte d'un praticien sur un patient. C'est, ou du moins ce devrait être, l'acte conjugué de deux volontés de guérison», dit Jean-François Malherbe dans son texte. C'est aussi une évolution qui veut changer le fait que, partant «d'une légitime objectivation du mal qui atteint une personne malade, (on) finit par objectiver celle-ci», avec encore

cette remarque fondamentale: «L'objectivation médicale du corps consiste finalement à considérer le «corps que je suis» comme «un corps que j'ai.» (Malherbe encore.)

Notre réflexion à propos du secret dans les soins discute deux situations principales. D'abord, l'institution du secret médical dont, dans son acception moderne, le patient est le maître et le bénéficiaire, alors que le soignant en est le dépositaire. Contrairement à l'application dévoyée qui en a été occasionnellement faite dans le passé, ce secret du patient (*Patientengeheimnis*, disent les Alémaniques) ne lui est pas opposable, il lui appartient. Il est donc *subjectivant*; le malade est sujet et acteur de son histoire médicale.

A l'inverse, nous évoquons plusieurs circonstances où la confidentialité entretenue autour de choses qu'on croyait devoir cacher *objectifie* (selon le terme de Malherbe) la personne puisque, sous prétexte que c'est pour son bien, on la laisse dans l'ignorance d'informations d'importance essentielle pour elle. Les doctrines et les pratiques changent : sauf exception, les évolutions actuelles vont clairement dans le sens de l'ouverture. Charles Kleiber, notre actuel ministre de la Science et de la Recherche, relève que beaucoup de malaises et de litiges sont photodégradables : porter la lumière sur eux permet souvent de les dissoudre.

#### Références

Martin J. *Le bien de l'enfant et sa connaissance des données relatives à son ascendance* (A propos de l'avant-projet de loi fédérale sur la médecine humaine). *Bulletin des médecins suisses* 1995; 76: 1929-33.

Martin J. *Accouchement sous X, adoption, PMA, «boîte à bébé» et droit de connaître ses origines* – Un

*débat actuel. Médecine & Hygiène* 2003; 61.

Service de la santé publique du canton de Vaud (SSP). Circulaire du 15 avril 2002 du médecin cantonal et du pharmacien cantonal.

Intérêt qui peut être de nature médicale (facteurs de risque, par exemple). ■

## CONTE DE FÉES

Enfant

Je ne savais pas lire,  
Maman était ma bibliothèque.

Je lisais maman.

Un jour le monde sera en paix,  
L'homme sera capable de voler,  
Le blé poussera en pleine neige,  
L'argent ne servira à rien.

L'or servira à faire des tuiles,  
Le papier-monnaie à tapisser les murs,  
Les pièces à faire des ronds sur l'eau.

Je serai un jour le voyageur  
Chevauchant une grue rose venant  
d'Égypte.  
Muni d'une pomme dorée  
Et d'une bougie aux cheveux argentés,  
Je traverserai les pays de contes  
Pour demander la main de la princesse  
De la ville des friandises.

Mais en attendant,  
Ditmaman,  
On doit beaucoup travailler.

Poème chinois de Lu Yuan, né en 1920, traduit par François Cheng, tiré de *Entre source et nuage*, voix de poètes dans la Chine d'hier et d'aujourd'hui, Ed. Spiritualités vivantes, Albin Michel.

Aimablement proposé  
par **Micheline Gilliéron**. ■

## POUR UNE OBJECTIVATION AU SERVICE DE L'AUTOCONNAISSANCE DU SUJET

Edgar Morin, sociologue, anthropologue et épistémologue du contemporain,  
directeur de recherches émérite au Centre national de la recherche scientifique (CNRS)

**Entretien avec Eric Bonvin, président du Conseil de la Fondation Ling, Unesco - Paris, le 12 mai 2003**

**Eric Bonvin : En réaction au texte de Jean-François Malherbe, comment percevez-vous la question de l'objectivité et de la subjectivité dans la pratique médicale et l'activité soignante ?**

**Edgar Morin :** Sur le plan du principe même, je pense qu'objectivité et subjectivité sont deux notions qui se renvoient l'une l'autre, en boucle. D'abord, il ne peut y avoir un objet que pour un sujet et, ensuite, je dirais même que la subjectivité, pour être consciente d'elle-même, a besoin d'un minimum d'objectivation. Autrement dit, être sujet, c'est dire «je». Dire «je», signifie qu'on se situe quelque part, au centre du monde, et que, pour se reconnaître, ce «je» a besoin de s'objectiver en affirmant : «Je suis moi.» «Moi» permet d'objectiver le «je». Bien que le «moi» soit différent du «je», le «je» comprend très bien que le «moi» et le «je» sont deux formes exprimant la même réalité. Nous pouvons donc dire qu'il n'y a pas de subjectivité sans un minimum d'objectivation de soi. Lorsqu'un auteur subjectif parle de lui-même, comme par exemple Montaigne, vous voyez que cette subjectivité a toujours besoin d'objectiver ce qui se passe dans sa tête, toutes ses impressions, tous ses sentiments. Voilà pour ce qui est de l'aspect fondamental de la question.

Le vrai problème se pose lorsque nous avons affaire à des relations entre humains, car nous devons alors, concurremment, faire le processus d'objectivation et de subjectivation. Dans la relation de soin, l'objectivation signifie qu'il faudra, par exemple, prendre la température du patient, prendre son pouls, faire l'examen de ses pupilles, tout ce qui, en effet, amènera à le considérer comme un objet. Mais ce processus d'objectivation n'est pertinent et fécond que s'il reconnaît simul-

tanément ce qui ne peut pas être objectif de cette façon, c'est-à-dire sans un minimum d'empathie ou de sympathie, pour qu'il y ait communication entre sujets. Il suffit, par exemple pour le comprendre, de comparer la froide attitude du spécialiste qui procède à une opération chirurgicale à la relation intense, voire amicale, que peut établir avec son patient le médecin de campagne lorsque la composante subjective est indissociable de la composante médicale. Dans ce dernier cas, il y a la reconnaissance de l'autre non seulement en tant que sujet identique à soi pour qui on ressent littéralement de la compassion face à sa souffrance et son malheur, mais également de toute la réalité complexe qui le caractérise.

En effet, qu'est-ce qu'une maladie ? Une maladie, c'est quelque chose qui peut très bien avoir une cause extérieure objective : un virus, un microbe, entre autres. Mais, du point de vue de l'intérieur, nous savons aussi qu'il y a des affaiblissements du système immunologique qui favorisent l'invasion par le pathogène. Or, ces affaiblissements des défenses immunologiques ne sont pas liées simplement à l'activité des phagocytes, mais également à des phénomènes psychologiques importants. J'ai par exemple connu un ami en parfaite santé qui, à la suite de la mort de la personne qu'il aimait, a été ravagé en quelques mois par un cancer. Je ne dis cependant pas que tous les cancers ont cette origine. Mais il s'agit de nous rendre compte que tous les maux dont nous souffrons opèrent par trois entrées, *sociale, psychologique et somatique*, et que leurs effets se combinent entre eux. Nous savons du reste qu'il est parfois possible de soigner le *soma* par la *psyché* et, inversement, la *psyché* par le *soma*, ne serait-ce que par l'usage de drogues. Lorsqu'on prend en compte cette complexité humaine, on se rend compte à ce moment-là que le patient est un être complexe chez qui interagissent, simultanément, ces trois

aspects. Si l'élément *psychique* y est très important, il n'est néanmoins pas à être considéré de manière exclusive, comme le font ceux qui pratiquent une pure psychothérapie, mais ensemble et solidairement avec les aspects *sociaux* et *somatiques*.

Toutefois, en plus de prendre en compte la réalité humaine de l'autre, il faut essayer de créer une relation en boucle dans laquelle on demande au patient de participer et de s'impliquer lui-même dans l'art de se soigner. Il ne s'agit pas simplement d'obtenir de lui qu'il prenne l'ordonnance et suive le traitement prescrit, mais également de l'inciter à cultiver en lui l'art de l'*autoconnaissance*. Car, en effet, les patients arrivent souvent en disant : «J'ai mal ici ou là, mais, quelle horreur, je ne sais pas très bien où.» Un processus d'*autoconnaissance*, d'auto-examen des conditions dans lesquelles on sent le mal permet implicitement une meilleure connaissance des vertus et des inconvénients des traitements et des médicaments. C'est par exemple ainsi que ce qui est inscrit sur les feuilles de médicaments apparaît dès lors comme une opportunité pour le patient de devenir un acteur dans le processus de soin et lui permet de retrouver son intégrité humaine. Tout ceci suppose cependant aussi que le médecin généraliste, au lieu d'être le *balayeur* arrivant en dernier dans l'échelon hiérarchique, devienne le chef d'orchestre, comme dans les concerts symphoniques. C'est lui en effet qui doit maîtriser les éléments qui viennent des différents spécialistes. Aujourd'hui, depuis Ivan Illich (qui a dit des choses très profondes même s'il a exagéré), on est dans le domaine de l'hyperspécialisation. Le patient n'est pas seulement réduit à un objet, mais cet objet est lui-même réduit au seul organe (l'intestin, le foie, la rate, le doigt de pied), au point où le patient disparaît même en tant qu'objet. On ne soigne plus qu'un organe, et ce qu'il y a de terrible, c'est que cela se fait en



*Fin de l'interview d'Edgar Morin*

l'absence totale de sens de l'interaction, notamment sur le fait qu'un médecin qui va soigner telle partie va pouvoir également léser telle autre. Je vois même des bons médecins qui, manquant de connaître l'histoire singulière du patient, prescrivent tels remèdes sans pouvoir suivre l'évolution des effets de leurs prescriptions, si bien que ni le médecin ni le malade n'ont en mémoire l'écart des perturbations que causent les uns et les autres. Ce type de fonctionnement conduit à une sorte de carence liée à notre système qui fonctionne de manière de plus en plus spectaculaire dans des cas limites et graves. On peut faire aujourd'hui des choses formidables comme changer un cœur, un foie, mais ces grands triomphes de la médecine sont là pour masquer le fait que, dans le reste de la médecine, il se produit des choses de plus en plus régressives. En outre, on attribue également à ces grands triomphes de la médecine des résultats qui ne sont pas directement de caractère médical, comme par exemple ceux liés aux progrès généraux de l'hygiène. C'est surtout grâce aux progrès de l'hygiène qu'on doit la disparition des grandes épidémies (jusqu'à maintenant tout au moins, car elles sont actuellement en augmentation) et, de ce fait, un prolongement significatif de l'espérance de vie humaine. Mais finalement, et quelle que soit leur nature, tous ces triomphes incontestables masquent les carences de notre système. Bien qu'il ne faille pas nier le progrès, nous ne devons cependant pas davantage oublier les carences.

**Si vous proposez une forme de pédagogie de l'autoconnaissance pour le malade, quelle pédagogie proposez-vous aux médecins et aux soignants ?**

Que voulez-vous, les critères qui président aujourd'hui au fonctionnement de la médecine spécialisée sont d'ordre technique et lucratif. Chacun des chantiers de la biologie moléculaire est envahi par le *business*. Aujourd'hui,

toutes les activités qui étaient hautement désintéressées sont gangrenées par le profit. Et, face à cela, il y a une réaction à faire qui passe par une prise de conscience civique de tous : les médecins, les malades, les citoyens. Actuellement, les critères de recrutement des soignants se fondent sur les capacités professionnelles essentiellement techniques, et pas du tout sur des critères éthiques, parce que ceux-ci sont très difficiles à juger. Le même problème se pose du reste pour le recrutement des enseignants chez qui on tient compte des capacités et des compétences, mais jamais de cet aspect. Platon disait pourtant déjà que, pour enseigner, il faut de l'*eros*, de l'amour, de la passion. Le recrutement des soignants devrait, à mon avis, également tenir compte de cette dimension. Être médecin n'est pas seulement une profession, c'est également une mission. Au professionnalisme médical devrait être intégré un *sens* quasi mystique de la *mission*. Or, ceux qui sont aujourd'hui formés sur les plans professionnel et technique n'ont pratiquement pas ce sentiment, et tout le problème est là : comment opérer la résurrection de ce *sens de la mission* ? Ce *sens de la mission* existe par exemple souvent chez ceux qui s'occupent des grands accidentés et qui vivent une proximité immédiate avec la mort, éveillant probablement en eux le sens d'une action compassionnelle pour l'humanité souffrante.

**Ne pourrions-nous pas, à cet égard, nous inspirer des modes « artisanaux » de transmissions des savoir-faire tels qu'ils se pratiquent chez les guérisseurs se transmettant le « secret » de personne à personne, au cœur d'une relation directe ?**

En effet, mais il faudrait pour cela arriver à une meilleure connaissance et une meilleure compréhension de ces modes de guérison et de soin non officiels ou non occidentaux. Nous ne portons pas assez d'attention à ces

autres conceptions et à ces autres mondes de la guérison. Certes, l'acupuncture a trouvé sa place dans notre médecine sans même qu'on ait essayé de la théoriser, mais cela paraît beaucoup plus difficile pour des pratiques comme celle du chamanisme qui nécessite un état de transe. Je pense pourtant qu'une ouverture à ces pratiques est nécessaire et que nous vivons actuellement une période d'ouverture de la médecine occidentale à celles-ci. Prenez par exemple la pratique de Tobie Nathan. Ce qui est intéressant, c'est le fait qu'il soigne en entrant jusqu'aux limites des croyances de ses malades. Parce qu'il est tout à fait normal, dans une société archaïque comme c'est encore le cas dans les campagnes françaises, de penser qu'on est malade parce que quelqu'un nous a jeté un mauvais sort ou parce que vous êtes possédé par un mauvais esprit. Lui, il entre dans cette mentalité pour essayer de soigner. Dans cette démarche, il y a non seulement une attention portée sur d'autres conceptions, d'autres croyances, mais également sur l'univers dans lequel pratiquent les guérisseurs. En d'autres termes, il ne s'agit pas seulement de décrire les plantes qu'utilisent les Indiens d'Amazonie depuis des millénaires, mais de découvrir vraiment leurs modes de traiter autrui et de traiter le mal en ayant su distinguer l'efficacité des carences et des échecs rencontrés. C'est dans cette voie qu'il y a lieu de progresser. Il faut savoir qu'il y a des modes de guérison qui échappent à notre entendement actuel, et ceci nous donne des leçons de modestie.

**Apprendre à connaître les ressources de ces pratiques « autres » et à nous laisser éclairer en retour par celles-ci constitue précisément la mission que poursuit depuis douze ans la Fondation Ling. Votre propos à cet égard nous conforte et nous encourage à continuer cette passionnante tâche. ■**

## OBJECTIVATION ET OBJECTIFICATION

François Roustang, psychothérapeute, philosophe et écrivain

Tout en étant d'accord sur le fond avec le professeur Jean-François Malherbe, n'est-il pas possible, pour traiter ces questions, de proposer une terminologie un peu différente. Je n'aborderai ici qu'un seul point.

L'auteur introduit le terme d'«objectification» pour le distinguer de l'«objectivation». En effet, l'objectivation est nécessaire puisqu'on ne peut éviter l'observation du malade, soit dans sa maladie pour la diagnostiquer, soit dans sa manière de se comporter dans sa douleur ou sa souffrance. Or, toute observation suppose une objectivation. Par contre, objectification souligne que l'observation, telle que la pratique la médecine scientifique, réduit le corps malade à une machine comprise exclusivement par les lois de la physicochimie. Avec cette distinction entre objectivation et objectification, on réserve pour la première la possibilité d'être couplée avec le souci de tenir compte de la subjectivité du malade. Ainsi l'éthique médicale n'est pas bafouée. Cette manière de décrire la relation soignant-soigné semble s'imposer, car l'éthique la plus élémentaire se refuse à considérer tel corps humain comme un organisme interprétable par des lois qui valent pour tous de la même façon, et qui donc négligent les différences individuelles.

Ne peut-on pas envisager les choses sous un autre angle ? Pour commencer, une question s'impose : la médecine scientifique est-elle véritablement objective ? Certes pas, car, ainsi que le note l'auteur, elle ne retient de ce qu'elle observe que le quantifiable. Ce n'est pas être objectif de ne s'intéresser qu'à une part restreinte du phénomène dont on veut rendre compte. Elle a bien le droit, ou le devoir dans sa perspective, de ne prélever de ce phénomène que le quantifiable. Mais, si elle le fait, elle doit reconnaître que son observation est tronquée. Il ne faut donc pas abandonner à la médecine

scientifique le terme d'objectivation. La formule selon laquelle cette médecine fait abstraction des qualités doit être retournée : à partir d'une totalité d'éléments qui constituent le vivant humain, elle en abstrait quelques-uns et abandonne les autres hors du domaine de la connaissance. Ce qui, du point de vue de la rigueur intellectuelle et donc d'une science bien comprise, doit être considéré comme une erreur de méthode. L'auteur le montre très bien à propos des dérives «économistes». Sous le couvert de la science et de la rentabilité, on aboutit à des aberrations. Il est question non pas de nier les succès de la médecine scientifique et les bienfaits qu'elle apporte, mais de lui soustraire les appuis qu'elle se donne par la prétention à l'objectivité.

Ces remarques ont un autre avantage, celui d'éviter une coupure entre objectivité et subjectivité. Dès qu'on admet que la médecine scientifique est du côté de l'objectivité et qu'il faut donc s'opposer à elle en réintroduisant la subjectivité, on adopte son point de vue dualiste, et le mal causé par cette adoption est sans remède. On s'est par là laissé pousser dans les marges. Ce qui veut dire que la prise en compte de la réalité proprement humaine n'est plus que facultative. Il faudra, par exemple, recourir à l'éthique pour la récupérer. Mais alors l'éthique, du point de vue de la scientificité pure, devient un ajout non nécessaire. L'éthique arrive toujours trop tard. Elle ne peut qu'élever après coup des digues pour tenter de préserver l'humain, digues qui tôt ou tard seront renversées par les progrès inéluctables de ladite science. Il faut que l'éthique soit au principe et, d'une certaine façon, qu'elle n'ait pas à être exprimée. Au principe, cela signifie qu'elle soit incluse par l'observation même.

L'abstraction, opérée par l'objectivité de ce que l'auteur nomme le scientisme, ne rejette pas au-dehors la subjectivité. Elle ignore la totalité. Il ne s'agit donc pas, pour le soignant, de

s'arc-bouter sur la subjectivité pour tenir en respect l'objectivation. Le soignant doit se placer au sein de la totalité. Il doit refuser le découpage du vivant humain entre objectif et subjectif. Il doit tout prendre en charge dès l'abord. Et totalité rime alors avec singularité. Un généraliste de l'ancien temps, le temps de nos pères ou de nos grands-pères, connaissait la médecine et, s'il vivait aujourd'hui, il serait au courant de toutes les avancées et de toutes les ressources de la médecine scientifique sans pour autant négliger les particularités de la personne qu'il aurait en face de lui. Il n'avait pas besoin de temps pour cela, il pouvait agir dans l'urgence avec tact et compétence. Aujourd'hui, de tels médecins existent, bien que «généraliste» soit devenu absurdement une spécialité.

Si l'on refuse d'être rejeté, à l'instar d'un boxeur, dans les cordes de la subjectivité ou de l'éthique, si l'on admet donc que l'observation ne se réduit pas au quantifiable, on développera les capacités de l'observateur, un être qui voit, qui entend, qui touche, qui sent le malade qui lui-même voit, entend, touche et sent, on tiendra compte non pas de la subjectivité, mais de la totalité de la personne singulière. Dans les hôpitaux psychiatriques, par exemple, il est évident que les infirmiers et infirmières en savent souvent bien plus que les médecins sur la manière d'aborder et de traiter les malades. Ils ont fait l'apprentissage de l'humain sur place et dans leur vie, et ils s'en servent spontanément sans avoir à suivre des cours de psychologie ou d'éthique. C'est cet apprentissage qu'il s'agit peut-être seulement de renforcer par des pratiques du genre de celles que propose l'hypnose.

Ces remarques ne contredisent en rien, je pense, les développements du professeur Malherbe. Elles ont seulement pour but de montrer que notre manière de nous exprimer est souvent tributaire de ceux-là mêmes auxquels nous nous opposons. ■



## NOUVELLES DE L'UNITÉ D'HYPNOSE DE LA FONDATION LING (UHFL)

♦ Une **excellente nouvelle** pour nos collègues médecins. En effet, dans sa séance du 16 août 2003, la **Société médicale suisse d'hypnose (SMSH)**, présidée par le Dr Philip Zindel, a **approuvé** à l'unanimité de ses membres, la **reconnaissance du programme de la filière A** (médecins et psychologues) **de l'UHFL en vue de l'obtention du certificat d'aptitude technique (CAT) en hypnose médicale de la Fédération des médecins helvétiques (FMH)**. Ce sont des années de travail qui sont ainsi récompensées et s'ouvre ainsi la perspective de fructueuses collaborations avec les autres centres de formation suisses (GRSMSH, SMSH, SHypS). Maintenant officiellement reconnue pour sa formation médicale, l'UHFL reste également le seul centre de formation reconnu pour sa formation paramédicale.

♦ Le nouveau programme de l'UHFL est maintenant disponible pour l'année 2003-2004 (vous pouvez l'obtenir sur simple demande auprès de la Fon-

dation Ling ou le consulter sur son site [www.ling.ch](http://www.ling.ch)). Etoffé de nombreuses possibilités de formation et de perfectionnement, il est le résultat des efforts que nous avons consentis en vue de mieux répondre tant aux exigences des personnes qui viennent se former qu'aux exigences spécifiques des différentes professions de soins. Ce nouveau programme est placé sous le signe du resserrement des liens avec les autres institutions œuvrant pour l'enseignement et la diffusion de l'hypnose médicale en Suisse romande, soit le Groupement romand de la SMSH et la SHypS. L'UHFL est ainsi très honorée de pouvoir inviter plusieurs praticiens et enseignants de ces deux sociétés sœurs dans le cadre de son nouveau programme.

♦ Le nouveau **Concept d'activité et de gestion de l'UHFL — période 2003-2006** peut être consulté sur le site de la Fondation Ling ([www.ling.ch](http://www.ling.ch)) ainsi qu'au siège de la fondation à Lausanne. L'ensemble des activités de

l'UHFL y est décrit de manière exhaustive ainsi que toute la procédure permettant d'évaluer et d'apprécier la qualité des activités de l'UHFL.

♦ Une des plus prestigieuses revues scientifiques d'hypnose de langue allemande vient de publier un article relatant une expérience clinique réalisée en collaboration avec l'UHFL : E. Bonvin - *Welchen Platz kann die Hypnose innerhalb eines komplexen Pflegesystems einnehmen? Am Beispiel der psychosozialen Rehabilitation*. *Hypnose und Kognition*, Band 20, April 2003, ss. 75-89.

♦ Dans le cadre de l'étroite collaboration qu'elle a instauré avec les Institutions psychiatriques du Valais romand, l'UHFL se réjouit de pouvoir développer une nouvelle collaboration avec le Centre valaisan de pneumologie à Crans-Montana (Prof. J.-M. Tschopp et Dr J.-G. Grey).

EB

## ENTRE LA LETTRE ET LES LIVRES

Eric Bonvin

### *Il suffit d'un geste*

François Roustang

Ed. Odile Jacob, Paris 2003, 235 pp.

Si **François Roustang** s'atèle à déconstruire les notions de psyché et de psychothérapie, il ne le fait que pour en extraire l'essentiel et s'y tenir : vivre ! Ainsi épuré de ses oripeaux conceptuels et théoriques, il ne reste à ce «vivre» qu'à se réaliser dans l'acte et le geste. Car c'est bien à un art du geste de la vie qu'il nous invite dans ce nouvel ouvrage qu'il a ciselé davantage avec le burin de sa vie qu'avec celui de son expérience de thérapeute. La vie est transformation et invention permanente, dansons au rythme de l'imagination qui nous permet de l'inventer sans cesse. **François Roustang** nous invite à cette danse de la vie tout en nous incitant à inventer les gestes

qui la sauvent. Mais en dire davantage asphyxierait l'impulsion et l'élan qu'il nous insuffle... Il ne reste dès lors qu'un geste indispensable à faire : le lire !

### *Les ruses de la violence dans les arts du soin. Essai d'éthique critique II*

Jean-François Malherbe

Ed. Liber, Montréal, 2003, 125 pp.

Beaucoup de choses sont écrites et dites au sujet de la violence qui occupe une place importante dans les préoccupations actuelles des soignants. Généralement perçue et analysée comme un phénomène propre aux personnes qui l'expriment, la violence est rarement analysée dans le contexte de soin lui-même. **Jean-François Malherbe** a l'audace d'aborder la violence comme un phénomène incontourna-

ble intrinsèquement lié à la vie. Il nous donne ainsi non seulement les outils pour en percevoir la présence chez les sujets soignés mais également chez les soignants et dans le contexte du soin. Plaçant le soignant dans le phénomène de la violence et non en simple observateur de celle-ci, il propose, dans sa démarche éthique, un véritable travail de transformation de celle-ci en une force constructrice. Et si **Jean-François Malherbe** fait du soignant un acteur de la violence, il le fait en lui donnant la possibilité de la transmuter en une ressource alliée de la vie. Il nous donne ainsi à faire ce qui par essence est une éthique : l'application d'une philosophie au service de la personne humaine. La démonstration est convaincante, efficace et menée avec maestria, nous l'avons vérifié ! ■

## ACTIVITÉS 2003-2004 DE LA FONDATION LING

<p><b>CENTRE D'INFORMATION ET DE SOUTIEN DANS LES USAGES DU SOIN</b></p> <p><b>Enseignements <i>tout public</i></b></p> <p>→ <b>Premiers secours face à la détresse morale et relationnelle</b> (5 séances) Monthey - cours 1 du 18.11.03 au 16.12.03 cours 2 du 01.06.04 au 29.06.04</p> <p>→ <b>Initiation à l'auto-hypnose</b> Lausanne : 01-02.11.03 / 18-19.09.04 / 04-05.12.04 - Crans-Montana : 22-23.11.03 - Monthey : 17-18.04.04</p> <p>→ <b>Soirées d'entraînement à l'auto-hypnose</b> Lausanne : 02.10.03 / 20.11.03 / 05.12.03</p> <p>→ <b>Cours de shiatsu</b> (5 séances) Lausanne : du 03.09.03 au 03.12.03</p> <p><b>Conférences <i>tout public</i></b> (En collaboration avec les Institutions psychiatriques du Valais romand) Monthey - Hôpital de Malévoz – salle de conférences – entrée libre</p> <p>→ 04.11.03 (20:00) <b>Prof. Martin Killias</b> <i>Violences et armes à feu.</i></p> <p>→ 02.12.03 (19:00) <b>M. Michel Schiff</b> <i>Le citoyen face à l'expert.</i></p> <p>→ 06.04.03 (19:00) <b>Prof. Jacques Diezi</b> <i>Les médicaments sont-ils dangereux ?</i></p>	<p><b>OBSERVATOIRE DES PRATIQUES ET DES MODÈLES DE SOIN</b></p> <p><b>Enseignements</b></p> <p>→ <b>Cours informatif sur les médecines parallèles</b> (6 séances) à la <b>Faculté de médecine de l'Université de Lausanne</b> du 10.11.03 au 15.12.03</p> <p>→ «<b>Santé et souffrances sont-elles mesurables</b>» séminaire avec le <b>Prof. Raymond Massé</b>. Monthey le 23.09.03</p> <p>→ <b>Séminaire de recherche clinique</b> (4 journées) Monthey - 16.10.03 / 15.01.04 / 22.04.04 / 17.06.04</p> <p><b>Conférences <i>tout public</i></b> (En collaboration avec les Institutions psychiatriques du Valais romand) Monthey - Hôpital de Malévoz – salle de conférences – entrée libre</p> <p>→ 03.02.04 (19:00) <b>Prof. Michel Maffesoli</b> <i>Du bon usage du mal.</i></p> <p>→ 02.03.04 (19:00) <b>M. D. Dupasquier &amp; M. Droz</b> <i>Le patient, l'œuvre et le thérapeute en art-thérapie.</i></p> <p>→ 01.06.04 (19:00) <b>Prof. Monique David-Ménard</b> <i>Psychanalyse et philosophie.</i></p>
<p><b>CENTRE DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES SOIGNANTES</b></p> <p><b>Enseignements</b></p> <p>→ <b>Séminaire de développement des compétences soignantes</b> (6 journées) Monthey - 11.10.03 / 29.11.03 / 07.02.04 / 28.02.04 / 13.03.04 / 01.05.04</p> <p>→ <b>Formation en techniques de prévention de la rechute chez les personnes dépendantes</b> (3 journées) Monthey - 24.10.03 / 07.11.03 / 21.11.03</p> <p>→ <b>Le soignant face aux experts</b> séminaire avec <b>Michel Schiff</b> Monthey - 03.12.03</p> <p>→ <b>Compétences familiales et compétences des soignants</b> séminaire avec <b>Nadia Brüscheweiler-Stern</b> Monthey - 20.01.04</p> <p>→ <b>Le soignant face aux victimes de tortures et de maltraitements</b> séminaire avec <b>Françoise Sironi</b> Monthey - 05.05.04</p> <p><b>Conférences <i>tout public</i></b> (En collaboration avec les IPVR et la CIMI) Monthey - Hôpital de Malévoz – salle de conférence – entrée libre</p> <p>→ 23.09.03 (19:00) <b>Prof. Raymond Massé</b> <i>Ethique et santé mentale.</i></p> <p>→ 20.01.04 (19:00) <b>Prof. Daniel Stern</b> <i>Réflexion sur le processus de changement en psychothérapie.</i></p> <p>→ 04.05.04 (19:00) <b>M<sup>me</sup> Françoise Sironi</b> <i>Bourreaux et victimes.</i></p>	<p><b>UNITÉ D'HYPNOSE DE LA FONDATION LING</b></p> <p><b>Enseignements</b></p> <p>→ <b>Module 1 : Techniques de base en hypnose clinique</b> (4 journées) Monthey - 23-24.01.04 / 20-21.02.04 / 26-27.03.04 / 23-24.04.04</p> <p>→ <b>Module 2 : Perfectionnement en hypnose clinique</b> (4 journées) Monthey - 23-24.01.04 / 20-21.02.04 / 26-27.03.04 / 23-24.04.04</p> <p>→ <b>Module 3 : Application de l'hypnose dans le champ de la psychothérapie</b> (E. Bonvin) Monthey - 12-13.09.03</p> <p>→ <b>Module 3 : Ce que la respiration peut insuffler à l'hypnose</b> (M.-C. Guinand &amp; M.-J. Rohr) Lausanne - 04.10.03</p> <p>→ <b>Module 3 : Séminaire clinique «La demande et le changement»</b> (8 séances – E. Bonvin) Monthey – du 29.09.03 au 07.06.04</p> <p>→ <b>Module 3 : Atelier de formation à la conduite de groupes d'auto-hypnose</b> (10 séances – E. Bonvin) Monthey – du 17.09.03 au 01.06.04</p> <p>→ <b>Supervisions spécialisées avec E. Bonvin et G. Salem :</b> <b>Lausanne – Monthey – Sion</b> veuillez consulter directement l'Unité d'Hypnose de la Fondation Ling : 079 383 48 91</p>

Pour les détails et les confirmations, veuillez contacter la fondation Ling au +41 (0)21 312 18 84 ou son site [www.ling.ch](http://www.ling.ch)

Chers membres,

Nous vous avons envoyé, l'automne dernier, un questionnaire à propos de la fondation.

Trente-quatre d'entre vous (soit 8,1 %) nous ont répondu, et nous les en remercions.

Globalement, vos appréciations se situaient majoritairement dans la tranche «satisfaisant» avec un bon pourcentage dans la tranche «excellent», particulièrement pour *La Lettre* qui remporte un vif succès.

Quelques remarques nous sont parvenues concernant la baisse du nombre de conférences et des activités et cours dits «tout public», les cours destinés aux professionnels étant plutôt en augmentation. Quelques éléments d'explication s'imposent donc :

- ◆ Nous sommes confrontés depuis quelques années à une diminution progressive de la fréquentation de ces

## NOTE ADMINISTRATIVE

activités. Probablement liée à l'offre considérable qui s'est développée, ces dernières années, dans ce domaine ainsi qu'à un affaiblissement de l'intérêt général pour ces approches. Nous avons à de nombreuses reprises dû annuler des activités, faute d'un nombre suffisant de participants, et certaines conférences, malgré des sujets et des conférenciers remarquables, ont connu une affluence misérable. Cette constatation nous a donc incités à maintenir l'offre uniquement dans les sphères d'activités qui répondaient à une demande.

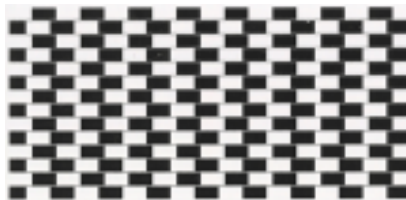
- ◆ Les activités liées à l'hypnose connaissent par contre un succès régulier et en augmentation, la fondation ayant acquis une sérieuse réputation. Une bonne partie de nos forces a été consacrée à la consolidation et au développement de ce domaine, ce qui semble donner satisfaction à une majorité d'entre vous. Nous avons toutefois été attentifs, par

conviction, à laisser ce secteur également ouvert aux non-professionnels.

La fondation évolue, s'adapte et poursuit sa réflexion. Nous amenant parfois à donner une forme différente à nos activités tout en respectant nos objectifs. Nos forces n'étant pas sans limites, nous sommes contraints de privilégier, momentanément, certains secteurs. Mais, comme vous l'avez lu dans l'éditorial des **D<sup>r</sup> Bonvin** et **Salem** ainsi que dans l'article du **D<sup>r</sup> Bonvin** consacré à cette question : l'esprit reste, les projets, dont certains en voie de réalisation, ne manquent pas et la Fondation Ling cherche toujours à faire avancer le débat. Nous espérons donc vous compter toujours aussi nombreux à nos côtés !

**Hélène Bottarelli**

directrice administrative – membre du Conseil de la Fondation Ling ■



*Ce numéro vingt-cinq de «La Lettre» a été réalisé par une équipe bénévole, de membres ou d'amis de la Fondation Ling. Chaque membre de la fondation a droit à un numéro gratuit. Tout numéro supplémentaire peut être acheté à notre secrétariat. Enfin, tout soutien financier est le bienvenu à notre compte bancaire BCV, Lausanne C. 211.173.4 (767), en mentionnant la rubrique «La Lettre».*

### COMMENT SOUTENIR LA FONDATION LING ?

En devenant membre et en versant la cotisation annuelle.

En participant aux conférences, enseignements, séminaires, week-ends ou voyages.

En versant des dons de soutien pour *La Lettre*, pour une de nos recherches ou actions (*self-help*, proverbes de santé, hypnose, etc.).

En offrant une aide bénévole pour l'administration ou l'organisation technique des manifestations.

En faisant connaître nos travaux dans les milieux concernés par la santé et dans la société en général.

◆ ◆ ◆

LA  
LETTRE

25 | 03