Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: - (1971)

Heft: 241

Artikel: La Kinésithérapie en Médecine psychosomatique

Autor: Bernachon, P.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-929788

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 04.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

La Kinésithérapie en Médecine psychosomatique

Conférence donnée aux Journées Latines de Kinésithérapie à Liège, le 13 novembre 1970, par le Docteur P. Bernachon, 124 Rue Courcelles, Paris 17e.

L'objet de ce rapport vise à situer le mouvement psychosomatique qui s'est partiellement détaché de recherches concernant un secteur limité de la médecine pour s'attacher plus concrètement à la pratique médicale.

Parallèlement, de toute part, se révèle l'importance et l'ampleur d'une pathologie pour laquelle la Médecine scientifique n'offre pas de réponses satisfaisantes. Grâce à une meilleure reconnaissance de cette pathologie, il apparaît que même à travers des plaintes somatiques transparaît dans un grand nombre de cas une demande d'aide psychologique.

Ces deux mouvements, étayés de recherches nombreuses, convergent actuellement vers une étude de la relation médecin malade, paramètre fondamental de la pratique médicale, relation qui ne concerne pas les seuls médecins, mais tous ceux ayant une activité thérapeutique.

Dans cette optique, la Médecine Psychosomatique n'est pas un secteur spécialisé de la Médecine concernant certains spécialistes s'attachant au traitement de quelques affections dites psychosomatiques. Elle est une remise en question de la pratique médicale par l'étude et l'utilisation d'une relation, sans pour autant négliger ou mésestimer l'importance d'un savoir technique dont les progrès sont considérables.

A la lumière de ces données, la relation malade-kinésithérapeute apparaît tout à fait privilégiée. Le kinésithérapeute doit bien prendre conscience que son pouvoir se situe au delà des techniques les plus éprouvées, que sa relation avec ses patients est plus riche d'un potentiel éventuellement thérapeutique que ne saurait l'expliquer le savoir technique le mieux utilisé.

Ce rapport tente d'approcher de plus prés les particularités et la spécificité de la relation malade kinésithérapeute.

Trois thèmes sont développés, thèmes qui s'intriquent mais dont l'exposé répond à des nécessités didactiques:

— le kinésithérapeute et le médecin.
— le kinésithérapeute et le malade.
— le kinésithérapeute le malade et le médecin.

Il apparaît que l'étude de la relation thérapeutique ne peut se limiter à une information classique. Les cours ou les manuels sont insuffisants pour permettre au kinésithérapeute de percevoir les multiples facettes de sa relation avec les patients. La notion de «vécu» toujours personnelle, incluant la personnalité, les émotions du thérapeute donne à cette relation sa véritable dimension.

Les travaux de Balint, les expériences faites avec des médecins, des travailleurs sociaux et quelques kinésithérapeutes ont montré que la formation en groupes limités permettait une bonne prise de conscience de l'impact de notre propre attitude dans l'évolution thérapeutique.

La spécificité de cette action psychothérapeutique imprégnant une activité thérapeutique classique mérite une étude approfondie. Il est très certain que nous ne saurions nous contenter d'une «petite psychologie» fait de conseils et de recettes.

La formation en groupe permet sans aucun doute un «remodelage» du thérapeute qui sans perdre son pouvoir technique enrichit et aggrandit son activité professionnelle, restituant au patient sa dignité de sujet en renoncant à ne voir en lui qu'un objet à réparer.

Le rapport se termine par le voeu que s'ouvrent des groupes de formation à la relation thérapeutique kinésithérapeute-malade à l'image de ceux existant pour les médecins.

La Kinésithérapie en Médecine psychosomatique

Le titre du sujet que l'on m'a demandé de traiter devant vous ouvre par son caractère restrictif le dossier encore confus des controverses qui ne sont pas près de s'éteindre à propos de la médecine PS.

Entre ceux qui délimitent un certain nombre d'affections auxquelles serait réservée l'appellation controlée de maladie PS, ceux pour qui, il n'est pas de maladies PS, mais des malades PS, d'autres enfin pour qui la médecine PS n'est pas un chapitre de la médecine mais une certaine conception de la pratique médeciale, l'éventail est large, contenant des positions diverses parfois exclusives ou contradictoires.
Israel de Strasbourg s'inquiétant un peu de l'expansion désordonnée de la médecine PS, se demande: «Faut-il parler de médecine PS ou de doctrine PS? S'agit-il en effet de clinique ou de théorie, de séméioloie ou de pathologie, d'étiologie ou de thérapeutique?».

D'autre part si, comme je le pense, les conceptions PS peuvent offrir un aggrandissement considérable à la pratique médicale, elles sont vues par certains comme une régression anti-scientifique, le retour à de vieilles notions Hippocratiques, rajeunies certes, mais signifiant l'éloignement sinon la contestation du courant hyperscientifique actuel.

Lorsque l'on évoque la PS il est habituel qu'apparaissent tant chez les médecins que dans le grand public, ou le mot est à la mode, des réactions toujours vives voire passionnelles. On nous demande souvent, ainsi que le l'exprimait récemment le Pr Klotz: «Vous y croyez, vous, à la médecine PS?», comme s'il s'agissait d'une drogue nouvelle ou d'une secte religieuse

Tout en faisant la part de cet attrait pour les problèmes psychologiques qui emplit actuellement les esprits, je pense qu'il faut voir dans l'intérêt mondial que suscite depuis vingt ans le mouvement PS bien plus qu'une mode éphèmére, une authentique et nécessaire remise en question de la pratique médicale qui ne saurait concerner les seuls médecins mais tous ceux ayant une activité thérapeutique.

Que la maladie puisse être l'expression somatique et non la conséquence de conflits profonds, c'est à dire *bien plus* que la répercussion dans le domaine neuro-végétatif d'émotions fugitives à quoi on ramène trop souvent la médecine PS n'est certes pas une idée neuve. Ce furent les travaux de l'école psychanalytique qui donnèrent à ces vieilles notions empiriques des fondements solides et cohérents. L'arrière plan psychanalytique de toutes les recherches en matière PS explique tout autant le succès que les résistances qui entourent ce mouvement.

D'autre part depuis trente ans, la pratique médicale s'est profondément modifiée. Tout se passe comme si l'on faisait semblant de ne pas s'en apercevoir. Il faut bien reconnaître que sous l'effet de techniques et de thérapeutiques de haute précision et de grande efficacité certains états vitaux qui furent la grande préoccupation de nos confrères de jadis, trouvent désormais une heureuse solution. Emporté, soutenu, un peu grisé par cet elan scientifique, le désir de guérir tout et tout de suite est devenu quasi prométhéen chez bien des médecins, mais qui plus est ce désir est devenu une exigeance très forte chez nos patients. Or une certains modestie s'impose. Même en tenant compte de facteurs sociaux nouveaux, d'une meilleure protection sociale et sanitaire des individus, on peut bien constater que malgré la puissance de nos moyens thérapeutiques, le nombre de plaignants ne cesse de croître au point de poser en tous pays des problèmes budgétaires délicats. Donc une nouvelle pathologie est apparue.

Le motif majeur de bien des déconvenues réciproques vient de ce que nous n'avons pas appris, à traiter ces nouveaux malades. Selon les tendances personnelles, ces malades sont classés sous des étiquettes diverses Pour certains, ce sont des «malades qui n'ont rien», pour d'autres ce sont des fonctionnels, pour d'autres ce sont de petits mentaux, pour d'autres encore ce sont «des malades à gros dossier». Ce qui demeure est que pour la plupart des médecins ce sont des malades troublants, embarassants, génants. Les mots ayant leur mode, il est devenu courant de ranger tous ces malades sous la bannière PS. C'est un abus de langgage qu'il convient de rectifier et que l'on peut partiellement expliquer par la raison suivante. La psychiatrie continue d'effrayer tout autant les médecins que leurs malades. De ce fait le domaine PS draine des patients relevant de la psychiatrie pure, avec les quels on espère faire de la psychiatrie sans le dire. Si l'on veut s'en tenir à plus de rigueur, il ne fait aucun doute que le malade psychosomatique n'est pas un névrosé, quand bien même manifesterait-il quelques

traits névrotiques et je pense pour ma part qu'il ne peut être vu comme un fonctionnel. La maladie PS est avant tout une maladie organique qui possède une description clinique et des lésions caractéristiques. Songez à deux affections typiquement PS: l'ulcère duodénal et la rectocolite hémorragique. D'autre part le malade PS a une personnalité très particulière. Il est tout probable que le noyau responsable des troubles qu'il manifestera un jour se trouve constitué très tôt, à cette période archaïque du nourrisson où émotions et motricité sont indissociablement liés. Marty et de M'Uzan ont bien montré combien la vie phantasmatique de ces sujets paraissait pauvre. L'entretien que l'on peut avoir avec eux semblerait révéler l'absence de toute émotion profonde, comme si «ils n'avaient jamais eu d'autres difficultés dans leur existence que matérielles» ainsi que l'écrit Schneider. Tout se pas se comme si la somatisation était leur seul mode d'expression sans toutefois que cette somatisation ait une quelconque valeur symbolique ce qui est le fait de l'hystérique.

Ces quelques mots n'avaient d'autre prétention que d'indiquer les limites du domaine PS stricto sensu. Mais l'habitude a été prise peu à peu de mettre plus l'accent sur un comportement particulier devant des malades assez différents entre eux que de s'en tenir à une grande exigence nosologique. Ainsi donc avec le temps, sommes nous passés de recherches psychosomatiques vers une attitude PS, c'est à dire vers l'étude de la relation médecin malade, relation éventuellement thérapeutique dans la mesure ou le malade est vu non comme un objet à réparer mais comme un sujet, dans la mesure encore ou le thérapeute prend conscience de sa propre implication dans les échecs comme dans les succès qu'il enregistre et celà indépendamment de son savoir technique.

Cette évolution du mouvement PS peut s'expliquer par la modification de la pathologie qui nous est offerte.

Quand bien même les plaintes seraient somatiques, nous avons plus affaire à des situations qu'à des affections bien répertoriées. La Société et ses imperfections, les problèmes très intriqués d'inadaptation scolaire et familiale d'enfants et d'adolescents difficiles, les conflits conjugaux; les difficultés de l'habitat dans les villes, la pathologie du travail et ses multiples répercussions, autant de questions pour lesquelles nous sommes chaque jour consultés de façon explicite ou implicite. Pouvons nous et devons nous refuser une telle ouverture est une grave question que je ne puis que poser ici. Mais il faut bien que s'écroule cet écran technique qui s'est sournoisement édifié entre nos malades et nous dans le sens d'une spécialisation desséchante. Nous ne pouvons plus nous satisfaire du vieil humanisme de nos grands pères un peu hautain ou distant. Toute communication suppose un langage commun. A des niveaux très divers, il n'y a plus de langage commun entre nos malades et nous.

Nous nous trouvons donc engagés, engagés parfois involontaires, sur les voies d'une pathologie parfaitement ignorée des programmes universitaires. Position difficile, d'autant qu'une grande proportion de nos patients selon une habitude culturelle corespondant à une certain image qu'ils se font de la fonction médicale, nous proposent des signes nous renvoyant à une séméiologie que nos études nous ont formées à considérer comme signifiante. S'établissent ainsi une liste d'équations du type: lombalgie-conflit disco-radiculaire. Vous savez comme moi que l'on ne voit pas souvent les beaux clichés des manuels. D'une statistique établie en 1960 par Bergougnan et Demangeat de Bordeaux, présenté au 1er Congrès de PS il apparaissait, et je cite, «que près d'un lombalgique sur deux déconcerte finalement l'orthopédiste et le rhumatologue? Ces malades énigmatiques, si nombreux, si résistants aux thérapeutiques variées qu'on leur applique semblent se moquer douloureusement du bel édifice radioclinique».

Parfois un véritable malentendu s'installe. Nous nous étonnons de l'intensité, de la persistance d'une douleur qu'expliquent mal de minimes anomalies radiologiques découvertes sur un cliché. Il en est ainsi de la complaisante arthrose cervicale. Le malentendu va consister à ce que se noue entre le malade et nous une sorte de complicité, nous allons étayer son alibi, son «mensonge somatique», d'explications physiologiques incertaines. Ce que faisant nous l'installons dans l'état régressif qui représente peut-être une demande qu'il fallait très tôt com-

prendre et tolérer un temps mais ne pas méconnaître. Par manque d'information ou de curiosité on a fabriqué un diagnostic de complaisance. Malheureuse complaisance. Vous connaissez comme moi ces malades proposant leurs douleurs de médecins en médecins, de kinésithérapeutes en osteopathes, clientèle de choix des guérisseurs qui obtiendront peut-être un résultat dont on aurait bien tort de se gausser ou de s'indigner.

Cependant supposer que l'on a fait un grand pas en remplacant un diagnostic lésionnel par celui de trouble PS ou a tout le moins de difficultés psychologiques est un leurre. En effet cette découverte est de peu d'intérêt si nous ne pouvons en communiquer quelque chose à notre malade et si nous ne proposons rien autre que des médicaments, de la chirurgie, quelques gestes techniques et des phrases aimables. Choisir une attitude consistant à s'enfermer dans une recherche obstinée d'un désordre organique pour fuir cet arrière plan psychologique qui nous trouble n'est que trop fréquente. Grossir un dossier d'examens négatifs est une démarche à tous points de vue coûteuse qui n'aboutit habituellement qu'à l'agacement du médecin et au découragement de son malade. C'est aussi une démarche maladroite. Ne permettre une ouverture vers d'éventuels conflits psychologiques qu'au terme d'une trop longue recherche de maladie organique est habituellement vécu par le malade comme un rejet, un rejet vers une aventure que certains patients résument fort bien en termes de ce genre: «Alors dites que je suis un malade imaginaire» ou «Je ne suis tout de même pas fou.» Le malade exprime alors tant sa crainte que celle que n'osait avouer son médecin. Dans ces conditions, face à cet homme-science qui a peur, pourquoi ne pas partager sa peur?

Je ne voudrais pas laisser croire qu'il faille afficher le plus grand mépris pour la recherche du diagnostic. Ce serait la porte ouverte à une pratique médicale trop approximative, ce serait risquer de ne pas faire de loin en loin de diagnostics précis nécessitant d'urgence une thérapeutique adaptée. Bien des détracteurs des recherches PS utilisent beaucoup ce risque qu'à prendre trop d'attention aux difficultés psychologiques de nos patients on en vienne à s'engluer dans leur discours en oubliant la pathologie organique classique. Ces critiques m'ont souvent paru l'émanation de défenses personnelles, l'expression de la peur chez certains de perdre ce soi-disant pouvoir absolu et universel que nous confère la Science. Ces critiques rétablissent encore ce vieux dualisme corps-esprit qui me paraît périmé et hors d'usage.

Nous devons faire des diagnostics, mais en formant nos yeux et nos oreilles à voir et entendre autre chose que ce qui pourra s'inscrire dans les questions traditionnelles de la pathologie. Nous avons pris l'habitude déformante d'éliminer tout ce qui dans l'attitude du malade, son mode d'expression, son style de relation, ses mots, ses explications, son histoire ne s'inscrit pas dans les grilles de la pathologie enseignée dans les Facultés. Bien que nous soyons tous capables de saisir intuitivement cette multitude de petits signes apparaissant au cours d'un examen, il est de règle de n'en tenir aucun compte au moment du diagnostic ni dans la conduite thérapeutique.

Ce sont les travaux de Balint psychanalyste résidant en Angleterre qui sans conteste marquèrent le début d'une nouvelle compréhension de la pratique médicale. Ces travaux ne concernent pas les seuls médecins, mais tous ceux établissant une relation thérapeutique avec un sujet venu réclamer de l'aide.

Il apparut que cette relation contenait bien plus que le fameux colloque singulier, tout empreint de paternalisme et d'autorité. Il apparut que la drogue la plus fréquemment prescrite en pratique était le médecin lui-même. Mais il apparut que le maniement de cette drogue était parfaitement inconnu. Ce ne fut pas sans quelque déplaisir que les médecins travaillant en groupe, ainsi que je vous le dirai tout à l'heure, s'aperçurent qu'autant que l'ordonnance ils prescrivaient leurs propres émotions, leurs convictions personnelles, leurs peurs. En bref, quelque soit la sagacité du médecin, la pertinence de ses prescriptions on vit que l'effet thérapeutique n'était pas toujours celui désiré. C'est qu'un facteur considérable est omis dans cette séquence thérapeutique: le médecin lui même. La conséquence des travaux de Balint fut que le prestige de l'homme-science appliquant infailliblement et en

toute sérénité son savoir et ses techniques au malade réduit à l'état d'objet détérioré, en prit un rude coup. Je pense que ces notions concernent tout autant les kinésithérapeutes que les médecins.

J'ai donc, vous le voyez, dépassé le sujet qui m'était proposé, pour en venir, tenant compte de l'évolution du mouvement PS, à tenter de mieux voir avec vous, dans une perspective moins théorique que pratique, les incidences de notre relation thérapeutique avec nos malades.

La relation malade-kinésithérapeute m'a depuis fort longtemps paru beaucoup plus riche et susceptible de plus de développement que ne saura l'expliquer la technique la mieux utilisée, plus riche que ne le soupçonnent les kinésithérapeutes eux mêmes.

Il y a quelques années, je suivais une lombalgique dont l'examen tant clinique que radiologique était à peu près négatif. C'était une femme jeune, intelligente, mariée, mère de deux enfants. Elle avait une lombalgie certes, que je ne niais pas; mais aussi un mari impuissant et des enfants insupportables. J'eus avec elle plusieurs entretiens qui rélévèrent une enfance puis une adolescence particulièrement difficiles. Son mari lui parut, au début de son mariage, le plan solide sur lequel sa vie allait enfin se construire. Mais ce fut une épouse si pressée d'annuler des années de jeunesse éprouvantes qu'elle se montra exigente. Le mari était un être passif, se contentant d'une existence que son épouse jugeait futile. Nous en étions là lorsque ses lombalgies qui avaient cessé, reparurent. Il était évident qu'elle acceptait mal d'avoir quelques responsabilités dans ses difficultés conjugales, d'autant quelle venait de poser sur son beau-frère quelques regards tendres, ce dont elle se sentait très coupable l'infidélité étant la toile de fond du spectacle que lui offraient ses parents.

Je prescrivis une vingtaine de séances de kinésithérapie et je l'adressai à l'un de mes amis. Je précise que je connais fort bient ce kinésithérapeute comme un homme disponible qui sait au cours d'une séance s'asseoir sur un tabouret et écouter. Il écouta l'histoire de notre malade, ne refusant pas plus que moi ses plaintes lombaires. Le temps passa, je la revis un jour transformée. Ce relai kinésithérapique avait permis à cette jeune femme une détente qui ne fut pas que corporelle, elle fut psychologique. Mon histoire se poursuit bien. Ce couple a retrouvé un équilibre satisfaisant et conséquence prévisible, les enfants sont plus paisaibles et bons écoliers. A ce jour la situation reste bonne.

Je pense que j'avais un peu trop ou trop vite «psychologisé» cette patiente, au delà de ce qu'elle pouvait provisoirement tolérer. Aussi lorsque ses douleurs disparues un temps redevinrent le pretexte exclusif d'une consultation, je pensais qu'il fallait trouver une autre issue que verbale, s'intéresser à son corps qui lui posait bien des problèmes. Mais je savais, et là réside l'essentiel de ce que je voudrais vous dire que ce kinésithérapeute continuerait sur un autre mode, mais dans le même climat, le traitement entrepris.

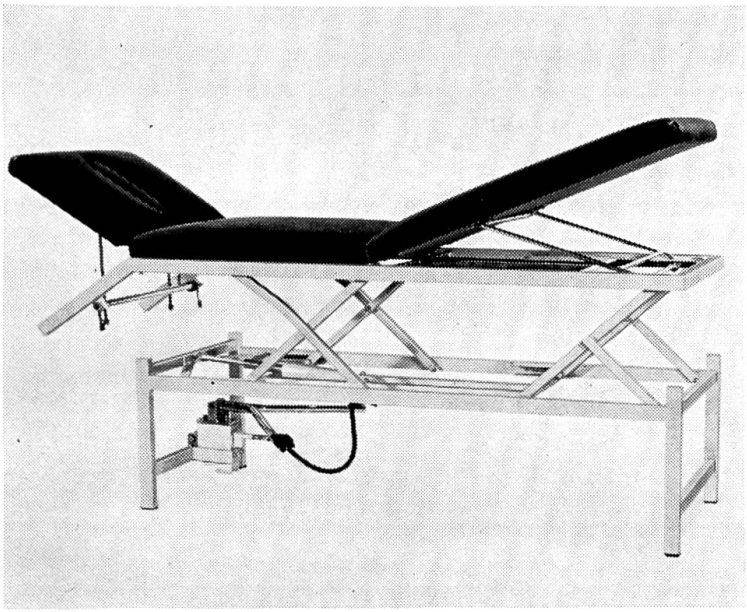
Voici d'ailleurs l'observation ce publia ce kinésithérapeute.

«Madme X. m'est adressé par son médecin traitant pour une lobalgie. L'examen ne montre rien que de très banal. Au fur et a mesure du déroulement de la prémière séance, la malade commence à se raconter et il ressort entre autres que ses rapports affectifs avec son mari sont loin d'être excellents. Celui ci dispose de nombreuses heures de liberté. La malade lui reproche de ne pas tirer parti de ses loisirs. C'est un individu foncièrement rustre, uniquement préoccupé de ses besoins alimentaires et passant son temps à dormir, son aspect extérieur s'en ressent. A l'inverse Madame X encore jeune s'informe beaucoup, tant pour sa culture personnelle que pour l'éducation de ses enfants avec lesquels elle a certains problèmes. Vite mise en confiance, la malade parvient à aborder les sujets les plus divers et semble attacher une grande importance aux conseils qu'il m'est permis de lui donner. Très rapidement les douleurs ont disparues».

Je voudrais faire quelques commentaires.

L'histoire d'une lombalgie sans substratum anatomique est un fait bien banal. Ce qui l'est moins est que ni le médecin ni le kinésithérapeute ne se sont enfermés dans des rôles de techniciens stricts.

Suivre



Hydraulisch verstellbares Massagebett

Höhe zwischen 56 und 82 cm mühelos verstellbar. Verschiedene Lagermöglichkeiten des Patienten. Kopfausschnitt. Gute Polsterung.

Vorführung und Offerte durch

Quarz AG
8034 Zürich
Othmarstr. 8, Postfach
Tel. 051 / 32 79 32

Euceta
WANDER

fettfreier, essigsaurer Tonerde-Gelée

antiseptisch
adstringierend
kühlend

Die ideale Salbenkompresse bei Quetschungen, Verstauchungen,, Schwellungen und Entzündungen anstelle von Umschlägen — sowie als Gleitsalbe für Massagen. Auch in Grosstuben erhältlich.

Muster auf Anfrage.

WANDER AG BERN

gelée d'acétate d'alumine non grasse

antiseptique
astringente
rafraîchissante

La compresse de pommade idéale qui remplace les compresses humides en cas de contusions, de foulures, d'enflures et d'affections, de la peau — convient aussi pour les massages. En tube géant également.

Echantillon sur demande.

WANDER S.A. BERNE

Herrn
Othmar Lenzi
Zwirnerstr. 204

8041 Zürich

AZ
8800 THALWIL

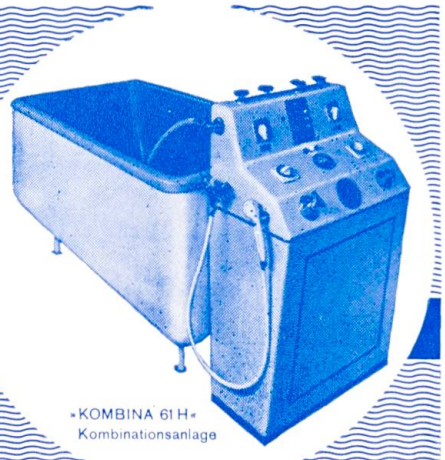
Hiltl VEGETARISCHES RESTAURANT / TEA ROOM
Vegi Zürich Sihlstrasse 28 — Stadtzentrum — 25 79 70

25 Sorten frische Salate
Schlankheits-Diät-Menu
Indische Spezialitäten

Medizinische Bädereinrichtungen

Apparatebau
KARL SCHREINER
Freiburg i. Br.
Schreiberstr. 8

Unverbindliche Planung
und Beratung



»KOMBINA 61 H«
Kombinationsanlage

Redaktion: Für den deutschen Teil: Oskar Bosshard, Tödistrasse 53, 8800 Thalwil
Administration und Expedition: Schweiz. Physiotherapeuten-Verband Thalwil
Inseratenteil: Plüss Druck AG, Postfach 299, 8036 Zürich, Tel. 051 / 23 64 34

Rédaction pour la partie en français: François Morattel — 1351 Lignerolle
Expedition für die franz. Schweiz: La Société Romande de Physiothérapie, le secrétariat: Case postale 70, 1012 Lausanne

Erscheint 2-monatlich. — Druck: Plüss-Druck AG, 8004 Zürich