

## Marc Archinard et l'organisme en interaction<sup>1</sup> Michel Coster Heller, Dr. Phil<sup>2</sup>

**Summary** – In this article I summarize some of my discussions with Marc Archinard on the complexities which associate interaction, thought and health. These dimensions are approached through three themes: psychosomatic dynamics, nonverbal communication and the coordination of therapeutic teams. The basic theme is that social and organic networks are in constant interaction. A feeling can simultaneously associate itself with its organic logistics and the relational context which contains and activates it. When one considers such a complex coordination, one of the difficulties is that each element has qualitatively different properties, which are part of distinct causal chains. Thus a gesture, a thought, or neurological dynamics are of a different nature, manage different types of information, and do not necessarily attribute the same function to information that is transferred from one system to another.

**Résumé** – Dans cet article je décris certains aspects des mes discussions avec Marc Archinard concernant la complexité qui relie comportement interactif, pensées et santé. Trois thèmes sont abordés ici: les dynamiques psychosomatiques, la communication nonverbale, et le travail en équipe avec un patient. L'idée de base est que les réseaux sociaux et organiques sont en constante interaction. Un même sentiment peut s'associer avec sa logistique organique et le soutien relationnel qui le contient et l'active. La difficulté signalée dans la coordination d'un tel système est que chacun de ses éléments a un fonctionnement différent, constitué de chaînes causales différentes. Ainsi un geste, une pensée, ou une dynamique neurologique sont constitués différemment, transmettent des informations qui ne sont pas de même nature, et ne trouvent pas le même sens dans les informations qui passent d'une dimension à l'autre.

### 1. Médecine et communication nonverbale

Ma relation avec Marc Archinard s'est surtout nouée autour du projet du Laboratoire Affect et Communication (LAC) des Institutions Universitaires de Psychiatrie Genevoise (IUPG), entre 1987 et 1997. Son rôle consistait à épauler André Haynal pour cadrer notre travail d'analyse de la communication

---

<sup>1</sup> 11'364 caractères sans les espaces.

<sup>2</sup> Psychologue psychothérapeute, membre de l'Association Vaudoise des Psychologues, de l'Association Suisse des psychologues, et de l'Association Européenne des psychothérapies corporelles. Pratique au 10 rue du Maupas, 1004 Lausanne. Téléphone: 021 683 17 47, fax: 021 683 17 45, courriel: [MmaupasH@bluewin.ch](mailto:MmaupasH@bluewin.ch), site Internet: [www.aqualide.ch](http://www.aqualide.ch). Copyright Michel Coster Heller.

nonverbale de patients ayant fait des tentatives de suicide.<sup>1</sup> Cette rencontre dépassa sa fonction administrative initiale, car il s'intéressa très vite à notre projet. Il le soutint non seulement en nous aidant autant qu'il le pouvait, mais aussi en nous faisant part de façon franche et directe de son scepticisme et de ses doutes sur certains aspects de nos travaux. Assez rapidement, il chercha à mettre nos compétences à profit en instaurant des échanges entre notre équipe et la sienne. C'est ainsi que nous avons travaillé avec Branca Zei Pollermann, qui étudiait les résonances affectives de la voix de patients de l'Hôpital Universitaire de Genève avec lui <sup>2</sup>. Il demande à Véronique Haynal-Reymond et à moi-même d'animer des séminaires de post-formation pour médecins de l'Hôpital Cantonal de Genève, pour monter l'impact de la communication nonverbale dans les interactions quotidiennes entre médecins et patients. Christine Lessko, aussi collaboratrice du LAC, réalisa à sa demande un film en français et accessible à des non-initiés, qui met en évidence les finesses des expressions émotionnelles du visage, en utilisant la méthode d'Ekman et Friesen. <sup>3</sup>

Dans ce bref article, j'aimerais présenter certaines idées qui étaient au cœur de nos discussions sur la fonction du comportement corporel chez l'homme en général, et sur l'utilité d'introduire cette dimension en médecine générale et hospitalière ainsi qu'en psychiatrie.

## **2. Une pensée ne peut pas influencer un organe de façon directe**

Il m'était difficile de parler corps et médecine sans évoquer la thématique psychosomatique sur laquelle Marc Archinard a beaucoup travaillé. Nous étions convaincus qu'il existe des interactions entre activité mentale, comportement, communication et physiologie; mais plus nous allions voir les choses de près, plus il nous semblait difficile d'appréhender la nature de ce lien. Nous étions d'accord, je crois, pour jeter à la poubelle le vieux mythe psychanalytique sur l'existence d'un lien *direct* entre une problématique consciente (par exemple une rage contre le père) et un fonctionnement physiologique particulier (pression sanguine, ulcère, etc.). Peu de psychanalystes défendent cette version de l'hypothèse psychosomatique aujourd'hui.

Marc Archinard s'exprimait plus franchement par oral que par écrit. La présentation qu'il avait faite en 1996 au Congrès sur Le Corps en Psychiatrie organisé par José Guimon en est un bon exemple. Dans ma mémoire, j'ai la vision de Marc Archinard nous expliquant sa position de la façon suivante (je paraphrase avec mes mots):

En 1990, j'étais chargé d'évaluer la robustesse de l'hypothèse que certains troubles de la santé peuvent être atténués, voire guéris grâce à une psychothérapie. Bien que j'aie recueilli de nombreux témoignages de cas particuliers à l'appui de cette hypothèse, aucune statistique d'envergure ne la confirme. Je me suis ensuite demandé s'il était possible de soutenir qu'une psychothérapie facilite la guérison. Une fois encore, je n'ai pas pu trouver des données permettant d'étayer cette hypothèse. J'en suis réduit à essayer de démontrer qu'une psychothérapie permet au moins à un patient d'affronter sa maladie de façon aussi constructive que possible.

Lors de la même présentation, Marc Achinard avait aussi fait part de la déception qu'il éprouva en découvrant que les recherches démontrant que l'expression émotionnelle pouvait améliorer les chances de guérison d'un patient atteint d'un cancer étaient finalement peu robustes. Dans son article <sup>4</sup>, il expose

sa réflexion de façon plus prudente, en citant P.D.C. Bennet <sup>5</sup> de la façon suivante: '(...) il y a encore moins de preuve que des interventions psychologiques ou comportementales peuvent affecter l'état physique ultérieur (...)'

Cette conclusion va dans le même sens que la réflexion qu'il publia avec André Haynal et Willy Pasini dans leur manuel de médecine psychosomatique<sup>6</sup>:

La plupart des maladies sont multifactorielles, fruit d'un jeu entre des éléments étiologiques divers, et entraînent des conséquences psychologiques et sociales qu'il convient de prendre en considération. Les problèmes, présentés de façon concrète dans leur complexité clinique, constituent une aide appréciable pour la compréhension des malades. (p.250)

J'en suis arrivé à postuler qu'un organisme est composé de couches géologiques qui gèrent chacune les informations qui leur sont transmises à leur manière. Un muscle ne gère pas les impulsions qu'il reçoit du système nerveux de la même façon que les nerfs l'ont gérés. Pour utiliser une métaphore informatique, le langage machine et le format ne sont pas les mêmes dans la pensée consciente, le système nerveux, les muscles ou le système cardio-vasculaire. Une information ne peut être transmise à une autre couche qu'après avoir été *traduite*. Ces traductions produisent une modification de contenu et de sens. Lorsque la pression sanguine s'élève, la propension à s'énerver s'élève aussi. Il est impossible de savoir qui induit quoi, mais on sait que le cercle vicieux négatif entre pression et colère peut être réduit en faisant baisser la pression ou en donnant des calmants. Ceci dit une fois que le cercle vicieux est activé, il peut déclencher des chaînes causales différentes dans la dimension organique et la dimension psychique. L'implication psychique de la colère envers son entourage, et l'implication organique d'une hausse de tension sanguine sont des chaînes causales indépendantes. Un affect conscient ou inconscient comme une colère contre le père est "traduit" plutôt mille fois qu'une avant d'influencer quelque chose comme la pression sanguine ou un ulcère. Une colère à mille façons de se manifester, et peut influencer tantôt un organe, tantôt un autre, et tantôt une stratégie communicative. Parfois c'est un des nombreux relais situé entre une expression de l'organisme (symptôme ou comportement) et une émotion qui influence et le symptôme et la pensée. Dans ce cas il peut y avoir *corrélation* entre une pensée et un symptôme organique, mais pas forcément un lien causal directe. Dans ce type de réflexion, influencé par les sciences neurocognitives, la pensée n'est pas dissociée de l'ensemble des mécanismes de l'organisme qui l'a produite, mais la complexité des liens qui relient les divers mécanismes qui animent un organisme est aussi reconnue.

### **3. Comportement corporel et psychosomatique**

C'est dans ce contexte théorique que s'inscrivait une partie de nos discussions sur le comportement nonverbal tel que je le concevais: c'est-à-dire tellement complexe qu'il est nécessairement régulé par des mécanismes inaccessibles à la conscience. J'utilise le terme nonconscient proposé en sciences neurocognitives.<sup>7</sup> pour désigner des mécanismes comme le fonctionnement cérébral qui ne sont pas de nature à être perçus par la conscience. Le nonconscient est donc distinct de l'inconscient freudien constitué de représentations qui ont été conscientes et qui peuvent le redevenir. Nos données montraient que le cerveau, pour une séance de psychothérapie, devait recourir à

une grille de lecture de la communication entre deux corps capable de distinguer un million de phénomènes au moins. Les phénomènes nonverbaux que nous sommes parvenus à associer au risque suicidaire ne pouvaient être décelés qu'avec une telle grille de lecture et étaient manifestement inaccessibles à la conscience du patient et du thérapeute.<sup>8</sup> Ils étaient par contre de nature à contribuer à la modulation de l'ambiance dans laquelle se déroulait l'interaction, par exemple en influençant la sensation de confort des protagonistes. Cette étude montrait aussi que le thérapeute était manifestement impliqué dans ce réseau.

Il ressortait de ces observations qu'il y a mille et une façons pour un organisme de se réguler et que cette régulation peut concrètement passer par l'autre. Ce réseau inclut non seulement des pratiques communicatives, mais aussi des pratiques sociales comme l'habitus – qui désigne des façons de s'asseoir, de s'habiller, de manger – ou des pratiques sportives propres à influencer les représentations sociales, les humeurs et le fonctionnement.<sup>9,10</sup>

#### **4. Une vision psychosociale de l'art thérapeutique**

C'est au travers de cette grille de lecture que j'ai abordé ce que Marc Archinard essayait de construire en médecine psychosociale. Une fois, j'ai discuté avec Marc Archinard du cas d'un patient brusquement atteint d'un trouble neurologique grave, qui influençait son comportement sans affecter son intégrité psychique. Mon ambition psychothérapeutique n'était pas de le guérir, mais de le soutenir dans ce qu'il percevait au début comme une descente en enfer: médication lourde, intervention chirurgicale dans son cerveau, perte de son travail. Nous abordâmes principalement deux sujets:

- a) L'amélioration des relations entre les diverses personnes consultées par le patient (médecin généraliste, neurologue, psychothérapeute, psychologue, assistant social, etc.). Marc Archinard se battait pour que les patients bénéficient d'un réseau de soutien cohérent, capable de ne pas reproduire les conflits intérieurs du patient.
- b) Ce patient avait une femme et trois enfants. Les enfants furent à tel point perturbés par le comportement parfois inexplicable du père qu'ils durent eux aussi consulter un psychiatre. Il fut impossible de trouver quelqu'un capable de voir la femme et les enfants dans un contexte de thérapie familiale afin de leur expliquer la maladie de mon patient et comment ils pouvaient vivre avec un membre de la famille souffrant de ce trouble. Les soins neurologiques en Suisse sont souvent excellents, mais l'argent fait sans doute défaut à un petit pays comme le nôtre pour instaurer un support psycho-social permettant à une famille de s'accoutumer à un proche atteint d'un mal difficile à comprendre, tout en maintenant avec lui une communication constructive.

Ce cas, comme des milliers d'autres, justifiait la lutte de Marc Archinard pour l'avènement d'une médecine associant la pointe de la technologie avec un système de soutien permettant aux patients de bénéficier de la même qualité de soins à l'hôpital qu'à l'extérieur. C'est ainsi que je perçois son besoin: a) de créer un modèle plus clair et plus pertinent qui permette aux divers praticiens sollicités par un trouble d'intégrer les phénomènes de communication, et b) de mieux comprendre les chemins indirects qui relient physiologie, mental et relation par le truchement des affects.

Implications pratiques:

- Eviter de trop vite "psychologiser" ce qui ressemble à un état de tension généralisé de l'organisme.
- Penser plus souvent à comment une maladie s'insère dans le contexte du soutien social d'un malade.
- Sentir comment une façon de bouger s'accommode au comportement du patient.
- Veiller à ce qu'un réseau thérapeutique conserve une cohérence thérapeutique bienveillante.

## 5. Bibliographie

- 1\*\* Archinard M, Haynal-Reymond V, Heller M. Doctor's and patient's facial expressions and suicide reattempt risk assessment, *Journal of Psychiatric Research*, 2000; 34: 261-262.
- 2 Zei Pollermann B, Archinard M. Acoustic Patterns of Emotions. In: Keller E, Bailly G, Monaghan A, Terken J, et al., ed(s). *The Naturalness of Synthetic Speech. Improvements in Speech Synthesis*. Wiley & Sons, Chichester, 2001; 237-245.
- 3 Ekman P, Friesen WV (1978). *Facial Action Coding System*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1978
- 4 Archinard M. Etat des lieux de la formation: médecine de premier recours et formation en thérapie corporelle. In: Guimon J, Fredenrich-Muhelbach A, ed(s). *Corps et psychothérapie. Les psychothérapies à médiation corporelle*. Genève: éditions Médecine et Hygiène, 1997; 302-306
- 5 Bennett PDC. Cognitive-behavioral interventions in cardiac rehabilitation. *J. Psychosom. Res.* 1994; 38: 169-182
- 6\* Haynal A, Pasini W, Archinard M. *Médecine psychosomatique. Aperçus psychosociaux*. Paris: Masson, 1997.
- 7 Lewicki P; Hill T, Czyzewska M. Nonconscious acquisition of information, *American Psychologist* 1992; 47: 796-801.
- 8\*\* Heller M, Haynal-Reymond V, Haynal A, Archinard M. Can Faces Reveal Suicide Attempt Risks? In: Heller M, ed. *The flesh of the soul: the body we work with*. Bern: Peter Lang, 2001; 231-256.
- 9 Bourdieu P. *La distinction. Critique sociale du jugement*. Paris: Les Editions de Minuit, 1979.
- 10\* Heller M. Posture as an interface between biology and culture. In: Segerstrale U, Molnar P, ed(s). *Nonverbal Communication: where nature meets culture*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1997; 245-262.