



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



VOTRE PRATIQUE

Les sentiments de la médecine. La pratique au risque de l'influence[☆]

Feelings of medicine. The practice at risk of influence

Marie-José Del Volgo

Explorations fonctionnelles respiratoires (EFR), hôpital Nord, chemin des Bourelly, 13326 Marseille cedex 15, France

Disponible sur Internet le 15 novembre 2011

MOTS CLÉS

Douleur ;
Influence ;
Médecine ;
Psychologie ;
Sentiment

Résumé Faudrait-il se prémunir de l'influence dans la relation médecin–malade ? Des dispositifs de plus en plus sophistiqués sont censés faire valoir le principe actif d'un médicament délogé de ce qui revient à la relation de confiance qui s'instaure entre le médecin et le malade et plus généralement des croyances auxquelles ils adhèrent. Or, plutôt que d'aseptiser la relation médecin–malade, de tenter de la dégager de toute influence, il convient de prendre en compte les ressorts symboliques de l'efficacité dans le soin. L'influence a le pouvoir de guérir du fait même que la relation de soin s'inscrit dans un champ de parole et de langage où le récit de la maladie, son roman, les paroles échangées ont leur portée symbolique. Quand l'effet se manifeste positivement, c'est une heureuse surprise dont les deux partenaires se satisfont sans forcément chercher à comprendre. Quand c'est l'effet contraire qui survient, la perception négative du soignant par le malade peut s'accompagner d'une aggravation de ses douleurs, comme dans le cas de Monsieur V., ou de tous autres symptômes. La tendance actuelle à ne « croire » qu'en l'efficacité technoscientifique de la médecine est si grande que l'influence est considérée comme un risque et empêche le soignant de se risquer à la rencontre avec le patient. La technique viendrait résorber, annuler, ce risque de l'influence. Mais à se prémunir ainsi, ce n'est plus de confiance et d'« amour » dont il est question, mais de défiance et de « haine ». La judiciarisation galopante de nos pratiques en est une conséquence.

© 2011 Publié par Elsevier Masson SAS.

[☆] Texte repris à partir de l'intervention « La pratique au risque de l'influence Regard des sciences humaines » au 10^e Congrès de la SFETD, 17–20 novembre 2010 à Marseille.

Adresses e-mail : Marie-Jose.DELVOLGO@ap-hm.fr, mjd.cm@wanadoo.fr.

KEYWORDS

Influence;
Medicine;
Pain;
Psychology;
Sentiment

Summary Is it necessary to guard against influence in the relationship between doctor and patient? Increasingly sophisticated frameworks are supposed to assert the active principle of a medical prescription separated from everything that refers to the confidential relationship which is to be established between the doctor and patient and more generally the beliefs to which they adhere. Now, rather than disinfecting the doctor–patient relationship, attempting to clear the relationship of any influence, it is necessary to account for the symbolic responsibilities of efficiency in care. Influence has the power to heal for the same reason that the care relationship is inscribed in a field of speech and language where the narrative of the illness, its story, the conversations exchanged derive their symbolic quality. When this effect manifests positively, it is a happy surprise that the two partners are content to accept without really looking to understand how it has worked. When it is the opposite, the patient's negative perception of the doctor can run alongside a worsening of his pain, is the case of Mr V., or other symptoms. The current trend to only "believe" in the technoscientific efficiency of medicine is strong to such an extent that influence is considered as a danger and prevents the carer from risking a meeting with the patient. The technique works to clear, to stop, the risk of influence. But to guard against in such away, it is no longer confidence and "love" that are in question, but defiance and "hatred". The rapid litigiousness of our practices is one such consequence.
© 2011 Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction

Depuis plus de deux millénaires, la médecine s'est dégagée de l'influence de la philosophie. Avant Hippocrate, la médecine est spéculative et philosophique. Hippocrate fut le premier médecin à renoncer à cette médecine, il est reconnu en somme comme « le père de la médecine ». Platon, contemporain d'Hippocrate, attesta le premier de son prestige. Il devient dès lors le chef d'une école qui retient pour bases fondamentales de l'art médical l'observation objective des faits et la rigueur morale au service du prochain. Le raisonnement médical doit s'abstenir de toute spéculation et s'inspirer exclusivement de phénomènes naturels dûment constatés. Il définit le double rôle du médecin, celui de soigner et enseigner, et fixe les modalités pratiques et les règles déontologiques de la profession. Mais on le sait si le cadre était posé, tout restait à faire et il a fallu attendre le xix^e siècle et une nouvelle étape encore, le milieu du xx^e, pour que la médecine progresse de manière décisive. La question de l'influence est particulièrement vaste ; il s'agit juste dans cette brève introduction de souligner comment nous nous trouvons contraints à un niveau individuel ou collectif à nous émanciper, nous libérer, gagner notre autonomie pour accéder à de nouvelles rationalités et progresser.

De son côté, la psychologie, si nous la plaçons en contrepoint de la médecine, a aussi dû s'émanciper de l'influence de la philosophie, mais encore de la médecine. Sans que ce soit fini une fois pour toutes dans tous les cas. La psychologie est une discipline très jeune comparativement à la médecine. La licence de psychologie a été créée en 1947 à une époque où l'unité de la psychologie était justement revendiquée dans son mouvement d'autonomie vis-à-vis de la philosophie et de la médecine. Et le paradigme moderne de l'adolescence n'est-il pas celui qui convoque de manière radicale cette nécessité imposée aux jeunes générations de s'émanciper par rapport à leurs aînés, les adultes, et pouvoir devenir eux-mêmes adultes? Cette introduction a

pour but de dire combien la question de l'influence nous concerne tous en tant que sujet individuel ou collectif, que c'est une question immense et que rien ne sert de lutter contre mais qu'il convient plutôt de faire avec, comme Freud le disait à propos de l'ignorance: il ne s'agit pas de lutter contre l'ignorance mais bien de travailler avec la résistance. La psychanalyse, qui justement n'a pas eu vraiment à s'émanciper de la philosophie, Freud « père de la psychanalyse » était assez méfiant vis-à-vis de la philosophie, s'est, en revanche, émancipée de la médecine et notamment d'une technique qui était courante du temps de Freud, l'hypnose. Dans le domaine du soin, on ne peut parler d'influence sans que les représentations de l'hypnose et du placebo ne se trouvent convoquées. Dans un cas, celui de l'hypnose, il s'agit d'utiliser une technique d'auto-guérison où l'influence se soutient à partir des suggestions proposées aux patients jusqu'à la reconnaissance, selon les écoles, d'un type maternel d'hypnose ou d'un type paternel autoritaire. Concernant le fameux effet placebo, il s'agit là plutôt de neutraliser l'influence pour prouver l'efficacité des médicaments. Mais de cela, il n'en sera pas question ici. C'est par la voie des sentiments que la question de l'influence dans la pratique sera abordée.

L'influence a le pouvoir de guérir du fait même que la relation de soin s'inscrit dans un champ de parole et de langage où le récit de la maladie, son roman, les paroles échangées ont leur portée symbolique, la guérison étant conçue ici dans sa valeur anthropologique, c'est-à-dire en tant que « croyance » [1].

Quand l'effet se manifeste positivement, c'est une heureuse surprise dont les deux partenaires se satisfont sans forcément chercher à comprendre. Quand, c'est l'effet contraire qui survient, la perception négative du soignant par le malade peut s'accompagner d'une aggravation de ses

symptômes. Lorsque nous parlons d'influence dans la relation soignant-soigné, c'est, sans avoir peur des mots et des sentiments, parler d'amour, mais aussi d'ambivalence et de haine. Les témoignages cliniques rapportés dans la deuxième partie de ce texte montrent que ces situations ont lieu dans le quotidien de nos pratiques pour peu qu'on veuille bien les entendre, que l'on n'écarte pas « la subjectivité », « le récit clinique », le « roman de la maladie » [2]. La douleur, symptôme subjectif par excellence, « douleur du malade » [3], peut de manière plus radicale encore que tout autre symptôme donner lieu à de tels mouvements passionnels, le cas de Monsieur V. dans la dernière partie du texte est exemplaire de ce point de vue.

Influence et rationalisation instrumentale des sentiments

La sociologue, Eva Illouz, et son ouvrage récent « *Les sentiments du capitalisme* » [4] soutiendront notre propos concernant « les sentiments de la médecine » et la logique ambivalente qui les lie. Les sentiments d'amour et de haine en lien avec l'influence et la séduction se rencontrent de manière bruyante ou à minima dans notre clinique quotidienne. De ces sentiments pris dans un réseau de signifiants, dans le champ de la parole et du langage, dans la relation thérapeutique au sens large, se déduit l'efficacité symbolique des actes de soin, distincts de l'efficacité technoscientifique, celle des médicaments, des interventions chirurgicales ou de tous autres actes médicaux.

L'ouvrage d'Eva Illouz arrive à un moment où l'évolution de notre société nous confronte à un individualisme exacerbé, à une division et une rationalisation instrumentale et technique du travail des plus problématiques et à un « monde sans états d'âmes ». Elle observe que dans cette « nouvelle culture de l'affectivité [...] jamais le moi privé intérieur ne s'est autant manifesté publiquement » [5]. Les émotions ainsi capturées sont transformées en marchandises, notamment dans les formes de sociabilités nées de l'Internet (Facebook). Aujourd'hui en médecine, il y a les tenants de la technoscientificité pour lesquels tout ce qui n'est pas objectivable selon les critères de démarcation des sciences expérimentales n'est que fumisterie et il y a aussi à côté ou avec ceux-ci les tenants d'une instrumentalisation de nos émotions et de nos sentiments par une rationalisation des techniques de communication. Or dans les deux cas, affirmons-le d'emblée, les solutions techniques ne constituent pas une réponse aux questions humaines. Et plus que d'autres, les domaines de la douleur chronique et de la folie et de la maladie mentale ne peuvent appartenir au seul champ d'intervention médical et technique.

La première option épistémologique, celle de la technoscientificité exclusive, est critiquée depuis longtemps. La psychanalyse et la psychopathologie clinique ont très largement participé à ces critiques, ses effets sont connus c'est la fameuse déshumanisation de la médecine qui en est l'effet le plus radical en dépit de ses avancées formidables à bien des égards. La seconde posture est un peu moins connue, car plus récente, et cette évolution instrumentale des émotions et de la communication, des relations humaines, contribue à notre avis tout autant à la déshumanisation que la

première. Précisons ici que nous ne faisons pas volontairement de distinctions entre sentiments et émotions.

Pour Eva Illouz, « les sentiments sont certes des phénomènes psychologiques, mais ce sont aussi, et peut-être plus encore, des réalités sociales et culturelles » [6]. Autrement dit, pour ces pratiques sociales, et pas seulement scientifiques, que sont la médecine et la psychologie, on ne saurait faire l'impasse des sentiments, mais une fois dit cela comment faire avec ceux-ci ?

Or pour notre propos, il nous a paru intéressant de voir comment les sentiments ont été appréhendés dans le monde de l'entreprise. Pour Eva Illouz, le style thérapeutique que les psychologues ont introduit dans les relations au sein de l'entreprise notamment, en s'intéressant aux sentiments des travailleurs, en valorisant la confiance et en faisant des managers des psychologues, a conduit à une formalisation de la communication qui vidait au fur et à mesure de tout son sens le projet de départ. On sait bien aujourd'hui ce que le management issu notamment de l'école d'Elton Mayo a pu produire comme perversions. Rappelons qui est Elton Mayo. Après des études de médecine, puis de psychologie, Elton Mayo, australien, est nommé en 1911 professeur de philosophie et de psychologie. Il fut influencé par les travaux du psychologue, philosophe et médecin, Pierre Janet. Il s'est surtout intéressé aux problèmes et aux conséquences des tâches répétitives dans l'industrie, à la suite de l'application massive du taylorisme. Il dégagait les premières théories fondatrices de l'École des relations humaines. Or avec le temps et les transformations sociales et culturelles que nous connaissons, cette intention d'une harmonie sociale dans l'entreprise alliée à une promotion de son efficacité et à une harmonie au sein de la famille, a fait fausse route et « la communication est de plus en plus devenue une technique permettant de naviguer dans un environnement truffé d'incertitudes et d'impératifs contradictoires. » [7] et cela jusqu'à tendre vers une rationalisation de l'intime sous la poussée des normes égalitaires. Rationalisation signifie ici faire des relations intimes des choses évaluables. Tout modèle de communication risque de rendre, selon Eva Illouz, « les relations intimes commensurables, c'est-à-dire qu'il [devient] possible de les dépersonnaliser, de les vider de leur particularité et de les évaluer en fonction de critères abstraits d'évaluation. Cela signifie que les relations intimes ont été transformées en objets comparables entre eux et relèvent d'une analyse en termes de coût et profit. » [8]. Elle poursuit plus loin « Si la sphère de la production plaça les affects au cœur des modèles de sociabilité, un modèle politique et économique de négociation et d'échange fut de plus en plus placé au cœur des relations intimes » [9].

Dans une pensée hédoniste et ancrée dans ce que certains nomment une psychologie positive, on connaît le refrain du style méthode Coué : « il faut positiver », l'idéal de la santé et de la réalisation de soi, idéal normatif et moral, se trouve relayé de multiples façons dans la société alors que la précarité, la maladie, les familles décomposées et recomposées, et autres malheurs de notre monde, ne font que s'accroître. Dans nos sociétés, les individus se trouvent confrontés à un idéal totalitaire, normatif, qui font de nous des exclus de l'intime [10].

Avec cet idéal de bonne santé dans tous les domaines de la vie pour horizon et son obsession sécuritaire, notre société traque le risque dans une expansion infinie. Ainsi,

la rencontre amoureuse elle-même se négocie sur internet en termes de coûts et de profits, dans une anticipation du partenaire idéal et sa sélection dans un marché où l'offre est infinie. Tout doit être prévu de la manière la plus rationnelle possible, il faudrait éviter le risque de la mauvaise rencontre, alors même que les sentiments sont tout sauf rationnels et qu'ils surviennent dans la rencontre avec la présence des corps et de leur langage.

L'influence se nourrit de l'amour et de la séduction et souvent elle guérit pour reprendre l'excellent titre de l'ouvrage de Tobie Nathan [11], *L'influence qui guérit*, mais cela dans la complexité des sentiments et non par des «procédures techniques de l'influence» [12]. Trois situations cliniques de notre pratique sont résumées ici à cette question de l'influence et des sentiments. Dans les deux premières, nous avons reçu les patientes en tant que médecin dans le cadre d'une exploration respiratoire et selon le dispositif clinique de l'Instant de dire [2] qui consiste à accorder aux patients dans l'enchaînement des soins et des examens complémentaires à l'hôpital un temps d'entretien propice à une rencontre avec ses effets de surprise. Dans la troisième situation, nous avons reçu Monsieur V. en entretien dans le cadre d'une consultation de psychopathologie clinique dédiée aux patients hospitalisés en psychiatrie et présentant des plaintes corporelles quel qu'en soit le diagnostic. Si pour Mme I. dans le récit qu'elle nous adresse, il s'agit surtout d'amour, on le sait les choses peuvent aussi «tourner mal», comme dans toutes les histoires, et c'est d'ambivalence dont il est question avec la deuxième situation clinique et le récit de Mme S. Avec la troisième situation, nous verrons que la séduction et l'amour du début de la relation entre le soignant et le patient se transforment, dans le récit de Monsieur V. qui se plaint de douleurs dentaires «permanentes» depuis plusieurs années, en haine vindicative.

Récits cliniques

Mme I. est une dame que je rencontre dans le cadre d'un examen complémentaire pour objectiver d'éventuelles séquelles respiratoires d'une maladie de Hodgkin guérie depuis 25 ans, une guérison qui demeure encore incroyable pour elle. C'est après une erreur de diagnostic, son médecin généraliste la traitait pour une tuberculose, que le médecin de sa voisine, le Dr D., fait le diagnostic et l'adresse au Pr P. C'est la période de Noël et elle exprime au Pr P. le souhait de passer Noël avec ses deux enfants âgés de huit et dix ans. Pour la convaincre de l'urgence de l'hospitalisation et du traitement, le Pr P. lui dit «petite», elle rit à l'évocation de cette expression, «tu choisis, un Noël sans tes enfants ou un Noël avec et les autres sans». Autres paroles prophétiques du Pr P., il lui dit que si elle fait le choix du traitement, elle souffrira et que ce sera très dur, elle aura des rayons, de la chimiothérapie, mais si elle fait bien tout ce qu'il lui dit, alors elle guérira, elle guérira dans cinq ans. Elle confirme que ça a été très dur et surtout que les dates étaient exactes, elle a ces dates toujours en tête et c'est cinq ans pour jour après le début du traitement que le Pr P. lui a annoncé qu'elle était guérie. Quand elle l'a remercié, il lui a dit qu'elle ne devait sa guérison qu'à elle-même. Ça fait maintenant 25 ans qu'elle est guérie et autour

d'elle on s'étonne qu'elle aille toujours aussi bien. Elle n'a d'ailleurs aucune séquelle respiratoire ou cardiaque.

Mme I. demeure aujourd'hui encore tourmentée par le souvenir de ses enfants et les souffrances qu'ils ont endurées lorsqu'elle était malade, mais ce qui la fait encore plus pleurer aujourd'hui, c'est qu'elle voudrait rendre aux médecins, le Dr D. et le Pr P., le bien qu'ils lui ont fait. Elle considère que ces médecins ne devraient jamais partir, ils étaient si humains et elle voudrait encore aujourd'hui faire pour eux n'importe quoi, ils pourraient lui demander n'importe quoi, elle le ferait, ainsi leur donner un œil (elle avait commencé son récit par une visite chez l'ophtalmologue).

C'est de la parole même de l'autorité médicale que Mme I. se trouve encore aujourd'hui sous influence. Elle en retire la croyance que tout ce qui lui arrive elle ne le doit qu'à elle-même, sa guérison comme le lui a dit le Pr P. mais sans doute aussi sa maladie de Hodgkin. Sa souffrance coupable et son angoisse «se nourrissent» de ces paroles prophétiques.

Avec Mme S., nous avons plutôt affaire à une ambivalence des sentiments. Elle est suivie régulièrement pour de l'asthme et une pathologie cardiaque (un rétrécissement aortique) et doit être opérée très prochainement. Lorsque je la rencontre la première fois, elle attribue l'aggravation de sa pathologie à deux chocs récents : nous sommes en décembre et son mari s'est suicidé en juillet parce qu'il ne supportait pas la mort prochaine et le cancer du poumon de son fils, lequel est mort un mois après ce suicide. Elle pleure à l'évocation de ces deux drames. Un troisième choc sera évoqué, celui de l'arrêt cardiaque de sa sœur — elle doit elle-même subir une intervention cardiaque — décédée en cours d'intervention pour un pansement oublié dans son ventre. Sa sœur, quant à elle, n'avait aucun antécédent cardiaque.

Le remords et la culpabilité la tenaillent depuis cette double tragédie et en voici les détails : Mme S. a consenti à ce que l'on dise à son fils agonisant, contre son propre avis à elle, que son père était mort. Elle était opposée à cette annonce alors que les frères, sœurs, toute la famille, et le médecin étaient d'avis qu'il fallait lui dire la «vérité» parce qu'il pouvait l'apprendre en écoutant ce qui se disait autour de lui (il n'était alors plus capable de parler). C'est donc le médecin qui a appris au fils, avec toute la famille réunie autour de lui, que son père était mort subitement d'une crise cardiaque. Son fils a alors pleuré et à entendre Mme S., il semble qu'elle se sente complice de quelque chose qu'elle n'approuvait pas. Par la suite la confusion ne fera que s'accroître pour elle car tous les médecins auxquels elle en parle lui disent que c'est elle qui avait raison, qu'il ne fallait pas dire au fils que son père était mort.

Pendant l'entretien, Mme S. exprime la peur de l'intervention à cause, dit-elle, de la mort subite de sa sœur, redoublée sans doute par le mensonge du médecin, prémonitoire de sa propre mort, exécution de sa condamnation pour une faute qu'elle aurait commise. La «vérité» énoncée au fils par le médecin est que son père, comme sa tante et comme sa mère au moment où Mme S. me parle, «seraient» «morts subitement d'une crise cardiaque».

Lorsque Mme S. revient sept mois plus tard, c'est cette fois la peur qu'elle met en avant. L'intervention cardiaque s'est très bien passée, mais elle revient parce qu'elle est essoufflée et elle me dit qu'«elle ne peut rien faire et

qu'elle a peur». Peur de quoi? Elle ne sait pas, elle n'a d'ailleurs jamais eu de malaise. Elle voudrait bien partir en voyage, à l'étranger, mais elle a peur. Je l'invite une fois encore à parler de sa peur. «Ce qui lui fait peur, c'est que les médecins lui ont dit de ne pas faire d'effort». Or cette interdiction me paraît tout à fait exagérée et je lui demande pourquoi elle ne doit pas faire d'effort. J'entends sa phrase comme une interdiction qu'elle s'impose à elle-même, interdiction de partir en voyage. Mme S. se saisit des paroles des médecins pour s'interdire tout plaisir et plus particulièrement celui de voyager. Son essoufflement la paralyse et lui fait peur, il satisfait dans son économie psychique son besoin de punition. Au contraire de la fois précédente, c'est le symptôme physique qui noue le conflit psychique, simple déplacement de scène, mais la problématique de la culpabilité névrotique demeure.

Bien que Mme S. avoue qu'elle ne sait pas pourquoi elle ne doit pas faire d'effort, les médecins ne le lui ont pas dit et elle ne l'a pas demandé, elle finit par trouver une explication à son essoufflement en allant chercher du côté de ce qu'elle connaît depuis bien longtemps, son asthme, et ce pourquoi, elle vient régulièrement consulter. Forte de cette nouvelle compréhension de son symptôme, elle part en considérant que ça va à peu près et en me disant «à une prochaine fois» tout en précisant qu'elle «espère que ce ne sera pas utile» qu'elle revienne.

On peut se demander de quelle utilité il s'agit, utile à quoi? On peut répondre: utile à exprimer sa souffrance, à la faire entendre. La phrase «j'ai peur» est le cri de Mme S., comme d'autres crient «j'ai mal». De quoi a-t-elle peur? Elle a sans doute peur de mourir. La mort, punition d'autant plus crainte du fait des morts récentes mais du fait peut-être aussi de l'avoir demandé sans la nommer pour son fils. À notre première rencontre, elle s'était exprimée de manière assez mystérieuse à ce sujet: en évoquant l'agonie de son fils, «la douleur était calmée mais l'agonie était terrible, il avait la langue pendante et avait fait une chute de son lit», au fil de cette description Mme S. mentionne la Convention de Genève qui ne serait pas respectée. Elle en a parlé avec les médecins qui lui ont répondu qu'à l'hôpital, ça ne se faisait pas. Le remords qu'elle évoque lors de notre première rencontre concerne-t-il cette vérité annoncée au fils, la mort du père, et qui l'atteindrait plus par son mensonge, mort d'une crise cardiaque, et/ou d'avoir souhaité et demandé la mort de son fils? Mme S. est finalement prise dans un conflit de devoirs divers: il y a des choses qui ne se font pas à l'hôpital, ou qui doivent se faire (dire la vérité) à l'hôpital, on lui interdit de faire des efforts, bref Mme S. se saisit de tout ce qui peut nourrir sa souffrance névrotique.

M. V. est âgé de 40 ans. Le regard figé, sans vie, tourné sur ma gauche vers la fenêtre et avec une tristesse infinie, M. V. raconte dès le début de notre première rencontre ce qui lui est arrivé, ce qui a fait événement dans une vie sans histoires jusque-là.

Le malheur est arrivé par un homme: «un dentiste, un escroc, m'a esquiné, il a dévitalisé des dents saines. Je suis tombé entre les mains de ce médecin qui employait les mots de la médecine "occlusion". Cette histoire a un début (19XX) et une fin, le 18 juin [trois ans plus tard]». Depuis le début du traitement, «j'avais des douleurs permanentes et lorsqu'il a scellé les prothèses définitives, j'ai eu encore plus mal».

En 19XX, M. V. avait une dent de devant qui bougeait, il avait pris un coup sur un chantier, le souvenir est confus, il se serait retrouvé contre un mur. Cette dent tenait sur deux racines. Avant 19XX, il avait un autre dentiste, mais à partir de 19XX, c'est lui, N., qui le traite et qui le massacre. Il a de la haine: «c'est interdit ce qu'il m'a fait», «je ne sais plus où j'en suis. Il m'a tout bouleversé. À cause de lui je ne travaille plus. Pour les enfants, je ne suis plus un père comme ils avaient. Ils disent à leur mère: papa n'est plus comme avant.» «Ce dentiste a bouleversé notre vie. Il n'y a rien qui va, ni le physique, ni le moral.» «Les experts ont reconnu tous les défauts du dentiste, ils ne lui ont fait aucun cadeau».

«Il a dévitalisé des molaires saines. Il disait que je risquais de me retrouver avec la bouche tordue». Il a dit: «vous allez vous retrouver avec la tête partant du côté droit, vous serez tordu». Au début, lorsque M. V. a connu le dentiste, il travaillait «comme une bête» et il voyait le dentiste «comme un soleil». En fait il l'a «emboîné» au point tel qu'aux dires de M. V. il avait contraint toute sa famille à consulter le Dr N. Depuis la *dévitilisation*, M. V. ne se sent plus le même, il est diminué physiquement. Il mange mal, il a mal aux oreilles et à la tête, il tremble. Il dort mal, la nuit il a des bourdonnements d'oreille, quand il se réveille sa bouche serre comme un étou. Il a toutes les misères du monde. Il ne supporte dans la bouche ni le chaud, ni le froid. Il passe sa journée à faire ça: il avale. Quand il mange tout reste au fond et il doit aller au lavabo et mettre sa main dans la bouche.

Sa douleur actuelle semble se présenter comme celle, dit-il, d'une «femme qui va accoucher». La sienne de femme, il ne l'a vue qu'une fois accoucher et ça s'était bien passé. La naissance du garçon, le seul garçon parmi ses enfants, N., c'était en 19XX. Le 18 mars 19XX, ça a été une journée de joie. Le garçon est arrivé après quatre filles. C'était le garçon et c'était une grande joie. C'était le garçon pour sa femme et lui était comme n'importe quel père. Il lui fallait, à lui, le garçon.

Au fil de nos neuf rencontres, M. V. nous apprend qu'il est né en Algérie et qu'il est arrivé en France à l'âge de dix ans. Son éducation a été dure et tendre, «disciplinaire et obéissante». Son père et sa mère portaient le même nom car ils étaient de la même famille et lui se prénomme L. qui signifie en français «Lavie», «un coup de hasard», comme il dit. En fait il parle très peu de son enfance, les souvenirs sont rares, à l'exception d'une recommandation de son père qui lui disait que: «suivre ces garçons, ça ne servait à rien». Il dira de cette période de sa vie: «Mon enfance, je m'en fous, elle n'a pas été heureuse», sans autres commentaires.

Lorsqu'il a connu sa femme, il était un garçon «physique». Il travaillait dans le bâtiment. Il aimait son travail. Il reviendra à plusieurs reprises sur ce métier de maçon qu'il a exercé avec amour. Ses qualités étaient reconnues autour de lui et lorsque peu après le drame de sa vie, la transformation qu'il a subie, ses frères ont voulu se lancer dans la création d'une entreprise de maçonnerie, le travail reposait sur ses seules compétences. Il attribue l'échec de l'entreprise, la ruine de ses frères, à sa déficience, sa maladie et in fine au dentiste qui serait, selon ses mots, «un destructeur de famille». Depuis cette rencontre fatale, M. V. a perdu son travail, sa vie sexuelle et il s'est financièrement

dépouillé, ses prothèses dentaires lui ont coûté des sommes énormes eu égard à ses possibilités.

Les seuls rêves dont il fait état sont des cauchemars « où il se trouve avec lui. Ils se trouvent tous les deux. Avec des disputes. Toujours dans les disputes, c'est jamais bien. C'est atroce. J'ai été avec lui, lui et moi. Avec toujours cette manie qu'il a de s'en foutre comme s'il n'était pas coupable. » Il accompagne cette évocation des commentaires suivants : « J'ai passé un calvaire avec lui. Je me languis de l'oublier, d'oublier le crime qu'il a commis. C'est inoubliable ».

La naissance du fils unique s'accompagne pour M. V. de la naissance de ses symptômes physiques, de ses douleurs semblables à celles « d'une femme qui accouche » et d'une rencontre passionnelle, ordonnée selon l'espoir, le dépit et la rancune. La rencontre avec le dentiste et les conséquences qui s'en sont suivies entrent en coïncidence au moment où il m'en parle avec la question de la paternité plus particulièrement sollicitée ici par le fait qu'il s'agit d'être père d'un fils. Or du fils, au cours de nos entretiens, il n'en sera pratiquement pas fait état. Quant à son propre père, M. V., en évoquant les paroles qui lui interdisaient les « mauvaises fréquentations », les formules de manière équivoque : « il ne faut pas suivre ces garçons », disait le père.

Depuis les soins du dentiste, son univers a changé, ses proches ne le reconnaissent plus comme ils l'ont connu et lui-même s'est muré dans une intime exclusion. Seul subsiste son statut de victime qui vient baliser le naufrage catastrophique de sa vie où tout n'est plus que champ de ruine. Dans ce ravage passionnel, subsistent la haine et la rancune et le sentiment aussi de cette privation qui l'a féminisée puisqu'il tremble comme une femme. M. V. a été maltraité et dévitalisé. Depuis, il a perdu sa vie sexuelle, il a perdu l'usage de son « vie », de son « vît », qu'il inclue dans la déformation de mon nom (Dr Delvié) à l'occasion d'une de nos rencontres, et curieusement, « Lavie », c'est aussi la traduction française de son prénom arabe.

M. V. n'est pas psychotique, il ne « délire » que dans le « secteur » de sa passion sinistrosique et ses convictions ne sont pas à proprement parler « paranoïaques ». Il a bien subi un « dommage » du point de vue de l'expertise médico-légale, le procès est en cours au moment de nos rencontres. Même s'il ne s'agit pas d'un syndrome érotomaniaque au sens classique du terme, nous nous devons de reconnaître une « position érotomaniaque » comme constitutive de toute passion [13]. M. V. nous adresse sa plainte et ce jusqu'à inclure dans son nom ce qu'il revendique avoir perdu et dont il aurait été privé par une intervention médicale dommageable. Ce n'est pas seulement de la vitalité de ses dents dont M. V. a été privé mais aussi de sa puissance sexuelle et de son aptitude à soutenir d'être père, transmetteur à son fils de son nom. L'accès symbolique à la paternité, paternité d'un fils, d'un enfant de son sexe, se trouve empêché, « en péché », par l'amour, impensable, homosexuel qui a fait irruption dans sa vie au moment de la naissance de son fils. Le cauchemar rapporté en séance témoigne si besoin était d'un travail de latence, d'incubation psychique qui élève l'événement de vie à la dignité de pensées préconscientes susceptibles d'être investies par l'inconscient. Nous avons rendu compte précédemment de l'histoire de M. V., comme celle d'un véritable ravage passionnel [14], une mauvaise rencontre qui réalise les mots du poète, René Char, « c'est

comme si je m'étais perdu et que l'on vint tout à coup me donner de mes nouvelles ». Mauvaise nouvelle dans son cas.

Conclusion

Ces récits cliniques montrent comment les paroles de médecin, de soignants se trouvent prises dans les fantasmes de culpabilité, de dette, de punition. Nous les évoquons ici en tant qu'exemples des effets de ces paroles prophétiques, paroles d'experts, qui scellent un destin et tendent à aliéner dans le fantasme la liberté de choix de l'autre. Elles entrent en coïncidence avec la culpabilité de celui qui s'en saisit.

Les paroles du médecin sont des paroles de quelqu'un qui détient une autorité et en cela elles vont être plus propices que d'autres à nouer différents complexes psychiques.

Le médecin détient une autorité morale et scientifique, quitte, comme nous l'avons vu, à dépasser le champ de ses compétences et de son domaine. Ce qui d'ailleurs ramène les pratiques actuelles dans le champ d'une éthique selon le vieux principe du paternalisme bienveillant et autoritaire. Concernant Mme S. notamment, que ce soit dans le refus poli et bienveillant de pratiquer l'euthanasie, ça ne se fait pas dans les hôpitaux, ou la manière dont le médecin avec le reste de la famille a amené la mère à ce qu'elle ne souhaitait pas a priori, sans oublier tous les médecins auxquels elle s'adresse, tous font preuve de cette autorité morale pour dire ce qui se fait ou ne se fait pas au risque de l'influence, de l'amour et de la haine. Or de ce risque-là, dans la première partie de ce travail, nous avons souhaité montrer que pas grand chose ne peut nous en prémunir et en rien les techniques de communication. Il nous faut donc pour maintenir l'inventivité créatrice de nos pratiques, plus que jamais nous laisser surprendre, nous risquer à la surprise, surprise de la rencontre. Concluons avec Eva Illouz : « Pour que les textes et les pratiques culturelles nous surprennent, nous devons cesser de les réduire à leur capacité ou à leur incapacité à exprimer un point de vue politique ou moral clair sur le monde » [15].

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Del Volgo MJ. La psychosomatique revisitée : guérir aujourd'hui. In: Keller PH, Del Volgo MJ, Pirlot G, Cupa D, Douville O, editors. Le corporel. Nouvelles approches en psychosomatique. Paris: Dunod; 2010. p. 41–74.
- [2] Del Volgo MJ. L'instant de dire le mythe individuel du malade dans la médecine moderne. Toulouse: Érès; 1997.
- [3] Del Volgo MJ. La douleur du malade. Toulouse: Érès; 2003.
- [4] Illouz E. Les Sentiments du capitalisme. Paris: Seuil; 2006.

- [5] Illouz E. Les Sentiments du capitalisme. Paris: Seuil; 2006, p. 17.
- [6] Illouz E. Les Sentiments du capitalisme. Paris: Seuil; 2006, p. 15.
- [7] Illouz E. Les Sentiments du capitalisme. Paris: Seuil; 2006, p. 49.
- [8] Illouz E. Les Sentiments du capitalisme. Paris: Seuil; 2006, p. 71–72.
- [9] Illouz E. Les Sentiments du capitalisme. Paris: Seuil; 2006, p. 73.
- [10] Gori R. De quoi la psychanalyse est-elle le nom? Démocratie et subjectivité. Paris: Denoël; 2010.
- [11] Nathan T. L'influence qui guérit. Paris: Odile Jacob; 1994.
- [12] Nathan T. L'influence qui guérit. Paris: Odile Jacob; 1994, p. 32.
- [13] Gori R. Logique des passions. Paris: Flammarion; 2002/2005.
- [14] Del Volgo MJ, Gori R. Chronique d'une vindication et d'un ravage passionnels. Psychol Clin Recherches Clin Psychanal 2002;13:25–42.
- [15] Illouz E. Les Sentiments du capitalisme. Paris: Seuil; 2006, p. 165.