

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2008

N°38

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en médecine générale

Par

Morgan GODARD

Né le 29 octobre 1978 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 30 octobre 2008

**LA POSITION D'OBSERVATEUR
DE LA CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE :
UNE SITUATION PRIVILÉGIÉE DE FORMATION
À LA RELATION MÉDECIN-MALADE**

Appréhender la relation et ses enjeux psychoaffectifs,
Des théories à une expérimentation d'observation directe

Président : Monsieur le Professeur Michel AMAR

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Jean-Paul CANÉVET

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 6

Première partie :

LES ENJEUX PSYCHOAFFECTIFS DE LA RELATION MÉDECIN-MALADE 11

I. la relation médecin-malade : un regard nécessaire sur le passé 12

Introduction 13

L’histoire de la médecine : un héritage prégnant 14

Pourquoi une approche historique de la médecine ? 14

La préhistoire médicale 15

Les penseurs grecs 15

Hippocrate 16

Galien 18

Du Moyen Âge à la Renaissance 20

Du XVII^e siècle à nos jours 21

De l'intérêt pour l'esprit humain 22

Conclusion sur l’histoire de la médecine 23

Une approche anthropologique : le retour aux sources 25

Introduction 25

Une double conception du monde 26

Une double conception de la maladie 26

À propos du chaman 27

Conclusion 29

II. La relation médecin-malade : une perspective psychanalytique 31

Introduction 32

Qui est le malade ?	35
Au commencement était l'homme sain	35
L'homme et le groupe.....	36
L'expérience de la maladie.....	36
Les réactions du malade face à la maladie	43
L'organisation de la maladie	45
Qui est le médecin ?	47
Introduction.....	47
Devenir médecin	48
Une situation illustre cet aspect pulsionnel : le jeu du docteur.....	50
À propos des études médicales	52
L'image du médecin.....	54
Eléments de réflexion sur l'exercice de la médecine	56
La relation médecin-malade.....	59
Introduction.....	59
De la signification de la consultation	59
La demande, entre besoin et désir	60
Le transfert médical	63
Le contre-transfert médical	65
À propos de la communication	66
Du côté du médecin : le registre de la réponse	68
Vers une nouvelle théorisation de la relation médecin-malade	69
Les trois espaces de la relation.....	69
Conclusion.....	71

Deuxième partie :	
UNE EXPÉRIMENTATION D'OBSERVATION DIRECTE	80
Préambule : Réflexion épistémologique à propos de l'observation	81
Observation et scientificité.....	74
L'apport des sciences sociales	74
Observer le psychisme	75
De la métapsychologie à la quête de sens	75
I. Hypothèse de recherche	76
II. Méthode	78
Transposer la méthode d'Esther Bick	79
Les enjeux, les limites.....	80
La méthode d'observation en pratique.....	81
Ce que ne doit pas être l'observation	81
Quelle consultation observer ?.....	82
Matériel : mon expérimentation d'observation directe.	83
III. Résultats : récits d'observations et retranscriptions des supervisions	84
Consultation de Madame G.	85
Discussion de l'observation de M ^{me} G.....	89
Consultation de l'adolescente Maeva, accompagnée de sa mère	95
Discussion de l'observation de Maeva.....	98
Consultation de M. P.	101
Discussion de l'observation de M. P.....	104
Consultation de M^{me} R.....	108
Discussion de l'observation de M ^{me} R.	111
Consultation de l'enfant Melwan, accompagné de sa mère	115
Discussion de l'observation de l'enfant Melwan	119
Consultation de M^{me} S.	124
Discussion de l'observation de M ^{me} S.	127

IV. Discussion	130
La méthode d’observation en pratique : premières impressions	131
Analyse des résultats : les apports	132
La perception des interactions comportementales	132
La perception des interactions affectives et fantasmatiques	132
Dégager un sens potentiel en appréhendant la réalité de la vie psychique	133
La mise en évidence d’un contre transfert de l’observateur	134
L’approche pluridisciplinaire	135
Analyse des résultats : les limites.....	136
Limites liées à la transposition de la méthode Esther Bick.....	136
Les limites liées aux consultations observées	137
Les limites liées à l’observateur	138
Validation de l’hypothèse de recherche	141
Les enjeux de formation	142
Un outil original	142
Considérations pragmatiques	142
Les enjeux de cette méthode de formation.....	143
 CONCLUSION	 144
 Bibliographie	 147
 Résumé	 150

INTRODUCTION

En ces temps de progrès médicaux et technologiques galopants, l'intérêt pour la relation médecin-malade pourrait bien être relégué au rang d'une fantaisie chronophage. À l'heure de l'immédiateté, où la rentabilité fait loi, la relation humaine est parfois mise à mal, et le monde médical n'échappe pas à cette évolution.

Pourtant, dans l'intimité du colloque singulier qui réunit le médecin et le malade, la relation se noue avec une intensité et une complexité rares, parfois bien loin des préoccupations modernes et de la rationalité objective. C'est une relation éminemment humaine qui se tisse, avec la force qu'impliquent ses enjeux.

Ce travail de thèse est le fruit d'un cheminement personnel, du constat d'un jeune médecin généraliste, fraîchement issu de ses études hospitalo-universitaires. Après avoir arpenté avec enthousiasme multitudes de couloirs hospitaliers, je vécus avec intensité les premiers contacts avec la médecine générale, d'abord lors du stage de troisième cycle, puis lors des premiers remplacements. Dans la pratique, au-delà des faits biomédicaux, c'est la relation humaine qui s'impose à l'esprit, dans toute sa complexité. Me sont alors apparues mes faiblesses et mes

lacunes concernant la relation médecin-malade, que finalement j'étais bien incapable de définir.

Cette thèse est née de la rencontre d'une nécessité personnelle de formation à la relation médecin-malade et d'une opportunité, la période d'observation chez le médecin généraliste.

La nécessité d'appréhender la relation médecin-malade

La relation médecin-malade est un concept sibyllin, une nébuleuse aux limites floues, difficile à transmettre ou à enseigner et qui, finalement, n'a pas de définition univoque. Elle est indéfinissable de manière simple et exhaustive. Pour l'appréhender, il s'agit surtout d'en dégager les déterminants et les mécanismes. On ne peut alors rester en surface de cette relation, il faut aller chercher au plus profond, derrière le masque de la déontologie.

Le code de déontologie médicale clarifie la situation sur ce que la médecine doit être, et offre un cadre rigoureux, relationnel, éthique absolument nécessaire. Que les notions de secret médical, de consentement éclairé, de respect de la dignité soit consignées dans un texte réglementaire est un progrès indiscutable. Mais il se réfère à ce que *doit être* la relation médicale. Il refoule profondément la question de ce qu'*est* la relation médecin-malade, intrinsèquement.

L'opportunité de la position d'observateur

Durant le troisième cycle de médecine générale, l'interne passe un semestre en cabinet libéral, en médecine « ambulatoire », « de premiers recours »... Quelle que soit la dénomination, l'usage a gardé l'expression « chez le praticien ». L'appellation elle-même sous entend que ce n'est pas un stage comme les autres... On va « chez » le prat'...

Lors d'une première période, d'une durée variable, l'interne est censé « observer ce qui se passe, tant dans la démarche médicale qu'au plan des relations interpersonnelles »¹. Cette première phase n'est en fait pas définie sur le plan méthodologique², et il semble, sans avoir

¹ Guide du maître de stage, C. Gilles, Département de médecine générale de Nantes.

² « En cohérence avec les objectifs pédagogiques, le stage en cabinet libéral comporte une phase d'observation au cours de laquelle le stagiaire se familiarise avec son environnement. » Décret n° 97.495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés.

de chiffres à l'appui, qu'elle est fréquemment vécue par l'interne comme une période d'inactivité frustrante. En effet, après sept à huit années d'études et une expérience d'interne responsabilisante au sein de ses activités hospitalières, l'étudiant peut ressentir comme décevante cette apparente inactivité.

La période d'observation chez le praticien m'est apparue comme tout à fait propice à cette ambition de formation, car elle permet de *s'affranchir de l'action*, qu'elle soit clinique, thérapeutique, relationnelle ou parfois informatique. L'esprit est plus libre que jamais. C'est un moment privilégié pour appréhender cette relation médecin-malade, qui glisse habituellement entre les doigts de l'étudiant hospitalier hyperactif.

Comment mettre à profit ce temps d'observation, dans l'objectif de se former à la psychologie de la relation médecin-malade ?

Le principal enjeu n'est pas de théoriser la relation médecin-malade, mais simplement de percevoir, de concevoir l'existence de processus psychoaffectifs dans cette relation. *Apprendre* les enjeux psychiques de la relation médecin-malade, ça ne suffit pas. *Prendre la mesure* de leur existence et de leurs implications, c'est primordial.

La prise en charge globale d'un malade implique, impose d'intégrer cette dimension psychique. Il faut donc dans un premier temps en prendre la mesure. Viendront avec le temps la compréhension, puis les implications thérapeutiques.

Une proposition de méthode

L'observation « sauvage », non codifiée est déjà une modalité d'apprentissage de l'exercice médical, si ce n'est la plus courante.

Nous avons codifié une méthode d'observation directe de la consultation de médecine générale. Elle est transposée de la méthode d'observation des bébés qu'Esther Bick avait mise au point. Notre méthode fait appel à la subjectivité, à l'expérience émotionnelle de l'observateur lui-même. J'ai expérimenté cette méthode et en ai retiré un matériel particulièrement riche. À partir de ce matériel, notre hypothèse de recherche est simple :

Par l'observation directe de la consultation de médecine générale, selon une méthode codifiée, on peut avoir un accès privilégié aux enjeux psychoaffectifs de la relation médecin-malade, dans le but de s'y former.

La nécessité de pré-requis

La théorie précède l'observation. Il m'a semblé nécessaire, dans un premier temps, de faire état des théories sur la relation médecin-malade. Nous plongerons ainsi aux sources de la relation à la lumière d'une réflexion historique, anthropologique et psychanalytique. Ceci constitue une première partie qui n'a rien d'encyclopédique, mais qui se veut abordable et pertinente pour le futur médecin qui la lirait. Il pourra y trouver des notions fondamentales, que j'aurais moi-même eu plaisir à trouver réunies dans un seul ouvrage. C'est également une incitation à la réflexion et à la recherche personnelles.

Au-delà de la méthode proposée, la *position* d'observateur est propice à cette réflexion personnelle. Car pour aborder la dimension psychique de la relation médecin-malade, il faut d'abord l'accepter chez soi-même.

Par la position privilégiée d'observateur, et par une méthode codifiée, on a peut-être accès à l'essence même de la relation médicale, et l'on entreperçoit sa profondeur, son humanité, en prenant ce temps nécessaire de la réflexion, que parfois seul le recul permet.

« D'un œil observer le monde extérieur, de l'autre regarder au fond de soi-même. »

Modigliani

Première partie

LES ENJEUX PSYCHOAFFECTIFS DE LA RELATION MÉDECIN-MALADE

I. La relation médecin-malade : un regard nécessaire sur le passé

Introduction

Les temps changent.

La relation médecin-malade a connu des évolutions évidentes, et on oppose classiquement un modèle paternaliste, asymétrique et un modèle contractuel, plus égalitaire. L'évolution de ces conceptions est le reflet de l'évolution de la société, c'est ainsi. Que cette société soit l'arène d'une dérive consumériste ou procédurière, là n'est pas la question. La société humaine modèle la médecine à l'image qu'elle en attend. Elle a la médecine qu'elle veut, qu'elle mérite.

Mais pour saisir l'essence de la relation médecin-malade, il convient de porter un regard sur le passé, depuis ses origines. La modernité transitoire de nos conceptions ne peut rayer d'un trait de plume tout un héritage que les siècles ont gravé dans la mémoire collective.

L'histoire de la médecine : un héritage prégnant

Pourquoi une approche historique de la médecine ?

D'une part, pour aborder la relation médecin-malade, il semble au moins judicieux, au plus nécessaire, de *contextualiser* cette relation, notamment dans un cadre historique. Ce regard ne peut qu'éclairer la compréhension du sujet, car cet héritage est inscrit dans chaque rencontre entre médecin et malade.

D'autre part, cette relation dépend en partie des *représentations* que le médecin a de son métier et de son rapport à l'autre, et que ces représentations sont notamment issues d'un fond médical historique commun. En effet la plupart de ces faits historiques sont méconnus du grand public, et ils ne conditionnent que ponctuellement, partiellement les représentations du malade. Mais le médecin, lui, a en général une certaine culture de l'histoire de son « art », notamment issue de sa formation. Quelle est la part de transmission dans ces conceptions du métier ? Si l'on considère le compagnonnage comme encore primordial dans l'enseignement de la médecine, on peut très bien imaginer qu'ainsi se transmet une certaine conception du métier, héritière d'une longue histoire.

Il n'est pas question ici de retracer toute l'histoire de la médecine. Le domaine est vaste, et nous n'avons pas une compétence d'historien. C'est donc en toute partialité que nous allons survoler plus de vingt-cinq siècles de pratique médicale. Les quelques notions qui vont suivre n'ont rien d'exhaustif et ne sont là que pour souligner l'impact d'un fond historique commun sur l'exercice actuel de la médecine.

Nous formulerons de nombreuses questions au cours de cette relecture historique, faisant appel à la réflexion et à la sensibilité du lecteur. Le but est justement de *mettre en parallèle ses propres conceptions* et d'y voir, en filigrane, ce fond historique commun.

La préhistoire médicale

De nombreux artefacts et parfois même des textes attestent de pratiques médicales en Egypte et en Mésopotamie, dès le III^e millénaire avant notre ère. Il existe ainsi des textes comme le code d'Hammurabi, stèle babylonienne où il n'est question ni de démons, ni de dieux, ni de pratiques magiques, ce qui montre qu'au III^e millénaire, il existait déjà en Mésopotamie une forme de médecine raisonnée fondée sur l'expérience et la pratique. L'héritage actuel de ces données archéologiques n'est peut-être pas flagrant. Mais peut-être peut-on y voir la notion que la pratique médicale a toujours occupé une place à part dans la vie des hommes. Peut-être que l'homme investi de cette fonction a lui aussi toujours occupé une place à part... Mythiquement au moins...

Les penseurs grecs

Cependant, on fait classiquement débiter l'histoire de la médecine « moderne » aux philosophes naturalistes grecs. Dès le VI^e siècle av. J-C, Pythagore (570-480) fut à l'origine d'une école très influente, où ses disciples, les pythagoriciens, étudiaient les sciences de la nature, les mathématiques, la médecine, la religion... Pour eux, le monde est fait d'une harmonie, où les contraires s'opposent et se complètent : le froid et le chaud, le sec et l'humide. Le célèbre mathématicien était donc également médecin, tout comme Thalès, Empédocle, Alcéméon de Crotone et nombre de grands penseurs de l'époque.

Penseurs. Panseurs. Homophonie troublante. Ce détail évoque le lien ancien entre science, médecine et pensée. La sagesse serait-elle un corollaire de la médecine ? Existe-t-il une quête de vérité dans la médecine ? Quel savoir est celui de la médecine ?

Alcéméon de Crotone (VI^e siècle av. J-C) établit l'isonomie, c'est-à-dire l'équilibre de ces quatre qualités pythagoriciennes s'opposant deux à deux. La notion de santé se dessine. L'homme faisait alors partie intégrante du monde et les quatre éléments de la cosmologie (eau, air, terre, feu) se retrouvent dans l'équilibre du corps. Empédocle d'Agrigente (550-490) y ajouta même l'action de l'amour et de la haine.

On ne peut qu’être troublé par la force de ces notions et par ce qui nous y relie, dans une pratique médicale moderne. Ces notions d’équilibre, de dualité, de couples antithétiques sont fortes de sens et gardent aujourd’hui un impact indéniable. Nous y reviendrons.

Hippocrate

Mais c’est au IV^e siècle av. J-C, avec Hippocrate (460-370), que la médecine prend vraiment toute sa mesure. Il n’est pas question de faire le tour de sa contribution et de ce qui en reste aujourd’hui, même si les détails sont parfois savoureux de précision ou de décalage. Par contre, attardons nous sur un legs essentiel : le serment d’Hippocrate. Ce texte maintes fois refondu est à la base de principes régissant la relation médecin-malade à l’heure actuelle. Ne résistons pas au plaisir de le redécouvrir dans sa version supposée d’origine (traduit par Emile Littré) :

Je jure par Apollon, médecin, par Esculape, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin que je remplirai, suivant mes forces et ma capacité, le serment et l'engagement suivant : je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon avoir et, le cas échéant, je pourvoirai à ses besoins ; je tiendrai ses enfants pour des frères, et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je ferai part de mes préceptes, des leçons orales et du reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître et aux disciples liés par engagement et un serment suivant la loi médicale, mais à nul autre.

Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice. Je ne me remettrai à personne du poison, si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion ; semblablement, je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif. Je passerai ma vie et j'exercerai mon art

dans l'innocence et la pureté. Je ne pratiquerai pas l'opération de la taille. Dans quelque maison que je rentre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrupteur, et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves. Quoi que je voie ou entende dans la société pendant, ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais des hommes ; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Plusieurs remarques viennent à l'esprit :

Malgré la présence des divinités invoquées au début, Hippocrate fut un des premiers à séparer son rôle de médecin de sa fonction de prêtre. L'impact de la vie religieuse à l'époque n'a sans doute pas grand-chose à voir avec aujourd'hui, mais on peut se demander ce qu'il reste de cette mission divine (ne dit-on pas sacerdotale) du médecin...

Par ailleurs, le risque de « séduction des femmes et des garçons » a disparu du serment actuel... Hippocrate n'avait-il pas là soupçonné un fond sexuel inconscient dans la relation médecin-malade ? Faire figurer cette recommandation dans son serment atteste de la réalité d'une question sexuelle dans la relation, dans la fonction médicale. Au moins à l'époque. On peut s'interroger sur la disparition de cette mise en garde, qu'il introduit par « surtout ». Le médecin a-t-il fondamentalement changé ou bien sa morale réproouve-t-elle désormais cette éventualité sexuelle ? Nous reviendrons sur ces notions un peu plus loin.

On peut également souligner cette position privilégiée du médecin, entre responsabilité et pouvoir. « Honoré à jamais des hommes » renvoie à une certaine supériorité aux autres hommes. Cette idée fait écho à la relation médecin-malade, éminemment asymétrique, longtemps considérée comme la « rencontre d'une conscience et d'une confiance », pour reprendre la formule de Louis Portes. En a découlé le modèle paternaliste, dont il est d'assez mauvais ton de se réclamer aujourd'hui. Mais il est cependant nécessaire de s'interroger sur l'origine de ce modèle relationnel. Nous y reviendrons également un peu plus loin.

Tout médecin prête encore aujourd'hui ce serment, à l'aube de l'exercice professionnel. Sa pérennité rappelle à quel point le médecin aborde son métier avec tout un héritage, tout un cortège de représentations.

Toutes ces remarques sont personnelles. Elles ne sont là que pour proposer qu'Hippocrate avait sans doute pressenti certains mouvements inconscients qui sous-tendaient la relation médecin-malade. À moins bien sûr que ce soit ce serment lui-même qui ait conditionné à jamais la relation médecin-malade... Peut être est-ce une erreur d'interpréter ce texte originel avec un regard moderne ? Toujours est-il que les mots, les idées sont encore là, et qu'on ne peut être que troublé par leur résonance en nous, après toutes ces années...

Galien

Galien (129-201) marque un autre tournant fort. Il va imposer certaines conceptions, tenaces au fil des siècles, et gardant un certain sens aujourd'hui.

Il s'inspira de la théorie hippocratique des humeurs (bile hépatique, atrabile splénique, pituite encéphalique, et sang d'origine hépatique) qui concourent à la santé en s'équilibrant. Il en déduit certains tempéraments, par exemple bilieux (colérique) par excès de bile ou atrabilaire (mélancolique) par excès de bile noire...

Il va y adjoindre une autre théorie fondamentale : celle de la maladie par dysfonction d'organe. « De l'utilité des parties du corps » est un de ses ouvrages principaux. Il y accorde aux organes - notamment cœur, foie, poumon ou encéphale - des fonctions, réfutées depuis, qui furent utilisées pendant plusieurs siècles, de manière quasi dogmatique. Le cœur par exemple est l'origine d'un feu inné, que les poumons refroidissent. Cette anatomie (au sens premier du mot : *découpage*) est donc une anatomie fonctionnelle. Elle est empreinte de

déterminisme et de finalisme : chaque organe a été créé de sorte à assurer une fonction. Ce finalisme est lié à l'idée d'une providence, d'un créateur bienveillant, et son œuvre a sans doute marqué la maladie et la médecine d'un sceau mystique pour des siècles.

En bon disciple de Platon, il concevait, au delà du corps et de ses équilibres, une âme, ou plutôt trois âmes : une âme immortelle logée dans l'encéphale, une âme mortelle dévolue aux fonctions végétatives et aux bas instincts, se trouvant dans le foie, et une seconde âme mortelle, à l'origine des sentiments nobles et située dans le cœur.

Ces conceptions nous semblent fantaisistes et prêtent à sourire. Mais ne résonnent-elles pas en nous comme quelque chose d'une vérité ancienne ? Que reste-t-il de ces fonctions d'organes dans nos conceptions actuelles ? L'héritage de Galien a été si grand qu'on peut se demander ce que la médecine d'organe actuelle a gardé de déterminisme et de finalisme stoïcien...¹

La « sympathie », autre concept stoïcien, est le principe unifiant les parties du corps en un tout. Un dysfonctionnement d'organe peut avoir un retentissement ailleurs dans le corps, par sympathie. On pourrait en rapprocher une conception moderne holistique de la médecine, si difficile à appréhender. Il est intéressant de souligner que sa conception « globale » a peut-être eu moins d'impact sur la médecine actuelle que sa conception organiciste et finaliste...

Nous nous sommes quelque peu attardés sur cette médecine antique. Les conceptions et semble-t-il les représentations de la maladie et de la médecine sont héritées en partie de cette époque lointaine. Les siècles passant, les « souvenirs » du passé médical se font plus précis à mesure qu'ils se rapprochent de nous. Ils se font en quelque sorte plus conscients, alors que les histoires anciennes nous marquent plus en profondeur, peut-être même de manière inconsciente. Au même titre que les souvenirs de la petite enfance nous semblent plus lointains, moins réels et parfois cachés, ils n'en ont pas moins une importance capitale. Peut-être qu'un inconscient médical s'est constitué au fil du temps, et ces premiers événements ont fondé le socle inconscient de ce que la médecine allait devenir.

¹ Ces quelques données historiques sont notamment issues de l'enseignement de Monsieur le Professeur François Resche, dans son cours passionnant et érudit : « Histoire de la médecine ». Qu'il reçoive ici l'expression de ma respectueuse admiration.

Du Moyen Âge à la Renaissance

Nous allons donc être un peu plus superficiel et concis en abordant ces époques plus récentes. Non pas qu'elles soient dénuées d'intérêt, bien au contraire, mais les représentations qui en découlent sont plus « évidentes », plus accessibles.

Au Moyen Âge, la religion est alors absolument indissociable de la médecine. Si l'on en reste à la médecine occidentale, c'est l'église catholique qui gère les hôpitaux et les premières facultés de médecine (Montpellier, 1220). Elle régit la maladie mentale, alors qu'il n'est pas de réelle différence à l'époque entre folie et possession diabolique. Cette interaction entre la religion et la médecine, ou plus exactement la maladie comme châtiment divin, comme corps étranger (possession diabolique) ne peut que rappeler certaines notions anthropologiques fondamentales sur la maladie. Nous y reviendrons plus tard. On peut évidemment se demander ce qui reste de religieux, ou du moins de mystique dans la mission médicale.

C'est également l'ombre des grandes épidémies qui plane sur le Moyen Âge. Le savoir médical stagne en occident, alors que la science progresse dans le monde arabe, avec notamment Avicenne (980-1037) et son Canon, qui marquèrent la médecine occidentale par la rigueur et l'étendue de son œuvre.

Le XVI^e siècle est marqué par la redécouverte de l'anatomie, notamment par l'intermédiaire de Vésale (1514-1564), auteur du *de humani corporis fabrica* ¹, traité d'anatomie humaine basé sur des dissections de cadavres humains, à la différence de l'antiquité. Il réfute ainsi nombreuses erreurs du passé et met en quelque sorte fin au mythe galénique. Au-delà du progrès médical évident, on peut y voir un pas important concernant l'*image* de la médecine, qui accède désormais au corps mort, au cadavre, avec ces dissections publiques. Les esprits sont marqués à tout jamais. La médecine transgresse alors un tabou d'accès direct à la mort, derrière la justification bien compréhensible de faire avancer la connaissance scientifique. Mais il ne s'agit pas que de science. On ne peut nier la force symbolique du cadavre. Nous en voulons pour preuve que l'homme s'est refusé aux dissections humaines pendant des siècles. Ce n'est certainement pas par simple dégoût. C'est qu'il s'agit là d'un interdit peut-être fondamental. Dans la culture commune, la dissection

¹ L'édition originale de 1543, aux illustrations magnifiques, a été intégralement numérisée et est accessible sur : <http://www.bvh.univ-tours.fr/Consult/index.asp?numfiche=56>

humaine constitue une image forte. Dans la culture médicale, elle ne l'est pas moins. Au dégoût et la frayeur légitimes se mêlent une fascination et parfois même un plaisir trouble. Un frisson d'interdit ? Là aussi, il ne s'agit pas que de science. Comme si ce rite initiatique était le passage obligé pour devenir docteur. Comme s'il fallait légitimer cet accès médical à la mort, et que par cette nécessaire danse macabre, on avait une certaine emprise sur elle et la terreur qu'elle nous inspire.

Du XVII^e siècle à nos jours

À partir du XVII^e siècle, la science médicale ne va cesser de progresser, et de se faire de plus en plus rigoureuse. Les descriptions anatomiques, physiopathologiques, sémiologiques, vont s'accumuler, se préciser de manière exponentielle pendant plus de trois siècles. Les progrès thérapeutiques se feront dans un second temps, et au XVII^e siècle, on n'avait guère le choix qu'entre « quelque petite saignée aimable » et « quelque petit clystère dulcifiant »¹. Les grandes révolutions thérapeutiques que furent indiscutablement l'avènement de l'hygiène, de la vaccination, des antibiotiques pour ne citer que les plus évidentes, furent plus tardives. Là encore, les découvertes se faisant de plus en plus proche de nous, elles nous sont de plus en plus familières.

De même s'élargit l'arsenal diagnostique du médecin : le microscope (XVII^e siècle), le stéthoscope (Laennec, 1815), le tensiomètre (Riva-Rocci, 1896), l'électrocardiographe (Einthoven, 1895), la radiographie (Röntgen, 1895)... Autant d'outils permettant l'accès à ce que la maladie cache, à ce qui est invisible. Il y a sans doute là quelque chose d'un mythe que l'on approche, celui du *voir*, du *savoir* absolu. Et ce n'est pas un hasard si ces attributs sont aujourd'hui fortement ancrés dans l'image du médecin. Cette représentation du médecin, qui détient la connaissance, qui a accès à ce qui est caché puise peut-être ses images dans cette période de progrès ? Peut-être qu'une partie du pouvoir prêté au médecin est héritée de cet « âge d'or », qui a vu apparaître les plus grandes avancées diagnostiques et thérapeutiques depuis plus d'un siècle... Peut-être que le mythe de la médecine totipotente y trouve quelques-unes de ses racines ? Nous aurons l'occasion d'y revenir.

¹ Molière, *le médecin malgré lui*.

Ce mythe de la toute puissance médicale a volé en éclats avec l'apparition du SIDA au début des années 1980. Les progrès ne parviennent plus à masquer les erreurs, les impuissances.

Les progrès médicaux, diagnostiques, thérapeutiques, sanitaires, ont donc été exponentiels ces derniers siècles. La plupart de ces avancées sont une réalité médicale tangible, contemporaine et conditionnent une certaine image de la médecine que nous connaissons. Plus les éléments de l'histoire de la médecine sont récents, plus ils sont élaborés et plus ils sont accessibles à notre perception moderne. *A contrario*, plus les événements sont anciens, plus ils font appel à des représentations archaïques et pourquoi pas, comme nous l'avons évoqué, inconscientes.

Si nous avons rappelé ici ces notions, c'est pour souligner que le flot de ces découvertes, indiscutablement fondamentales, a en fait occulté pendant bien longtemps le malade dans sa globalité, incluant donc son esprit. Il suffit pour s'en convaincre de constater que l'approche médicale et scientifique de la maladie mentale fut bien tardive à l'échelle de l'histoire de la médecine. Il n'est pas évident que le médecin d'aujourd'hui échappe tout à fait à cette prépondérance inévitable du corps sur l'esprit.

De l'intérêt pour l'esprit humain

S'intéresser à la relation médecin-malade, à la psychologie de cette relation implique inévitablement un intérêt, une réflexion à propos de l'esprit humain. C'est du côté de l'histoire de la psychiatrie qu'il faut chercher pour comprendre comment le médecin perçoit l'esprit du malade, perception qui conditionne la compréhension du malade dans sa globalité.

Nous avons évoqué la perception de la maladie mentale au Moyen Âge puis à la Renaissance, dans un contexte religieux et punitif. Ce n'est qu'à partir du XIX^e siècle que les choses vont sensiblement changer avec notamment la notion de magnétisme animal de Mesmer (1734-1815), précurseur de l'hypnose et générateur de vifs débats. On ne peut que souligner qu'au cœur de ces débats siégeait la préoccupation de respecter les mœurs de l'époque, menacés par les connotations « passionnelles » de la méthode. Vingt-quatre siècles après les mises en garde d'Hippocrate, la sexualité semble toujours un danger dans la relation

médecin-malade. Ceci constitue l'aube de la psychothérapie et il faut y voir la naissance d'un intérêt expérimental et donc scientifique pour l'esprit humain. Quelques décennies plus tard, Charcot (1825-1893) réhabilite l'hypnose et c'est notamment dans ce terreau d'esprits en effervescence que vont germer les idées d'un certain Sigmund Freud, dont les travaux vont révolutionner la conception de l'esprit humain, dans la théorie comme dans la pratique, avec notamment la découverte de l'inconscient. Nous verrons dans un prochain chapitre que les concepts issus de la psychanalyse éclairent d'un jour singulier la complexité de la relation médecin-malade.

Conclusion sur l'histoire de la médecine

Répetons-le, ce rapide tour de l'histoire de la médecine n'a rien d'exhaustif et est sans doute une méthodologie historienne toute relative. Il a pour intérêt de contextualiser la médecine contemporaine et d'exposer cette histoire comme un réservoir de représentations de la médecine et du médecin.

Cette approche permet de souligner que, même si l'inconscient est de découverte récente, on ne peut nier, à la lumière de certains détails, que la relation médecin-malade a toujours été sous-tendue par une problématique de pouvoir et (donc ?) de sexualité. Cette rapide relecture personnelle et orientée de l'histoire de la médecine peut illustrer l'existence de phénomènes inconscients impliqués dans la fonction de médecin. Et ce depuis son origine.

Cette approche historique a également pour vocation de stimuler une réflexion personnelle, une curiosité nouvelle envers son patrimoine professionnel. Celle d'essayer de lire dans l'histoire de la médecine ce qui fait partie de nous et inversement de lire en soi, médecin, ce qui nous lie - ou pas - au passé de la profession.

C'est l'occasion également d'exposer une hypothèse assez personnelle. Tout se passe comme si la genèse d'un médecin était le résumé dans ses grandes lignes de l'histoire de la médecine. À la préhistoire médicale fait écho la naïveté de l'enfant ou de l'adolescent qui a un rapport à la maladie peut-être plus « naturel » et vulnérable. Au seuil d'entrée de ses études, il prend conscience de s'inscrire dans une tradition de transmission. L'étudiant passe alors plusieurs années à apprendre (et on pourrait dire *découvrir*) l'anatomie, face au cadavre, puis la physiologie. Au Moyen Âge de ses études, il exercera ses connaissances sans réel pouvoir

thérapeutique, sa blouse lui assurant cependant une hypothétique supériorité sur le malade. Ce n'est que plus tardivement que son action thérapeutique sera réelle. Au même titre, l'étudiant a longtemps une approche assez empirique de la psychologie et ce n'est souvent qu'en fin de parcours qu'il pourra aborder avec raison et finesse l'esprit du malade et par la même occasion le sien. Ces deux parcours semblent même se confondre dans le présent, instant du temps où toutes les histoires convergent...

On pourrait extrapoler cette hypothèse à l'histoire de l'humanité, parallèle à l'histoire d'un seul homme. Le monde existait avant lui. L'enfant naît vulnérable, se redresse et marche, puis découvre l'outil, le langage, sa relation aux autres s'organise. Très tôt belliqueux, il se montre pourtant capable d'une grande sensibilité. Curieux, sa soif d'apprendre le pousse de découverte en découverte. Il attrape de temps en temps des maladies qui l'affaiblissent, sans le tuer. Il est capable de se faire du mal...

On peut lire ces quelques mots en pensant soit à l'histoire de *l'Homme*, soit à l'histoire *d'un homme*. Cette superposition m'a toujours troublé par sa cohérence. Il se pourrait que l'humanité n'en soit qu'à son adolescence, période de remaniement parfois chaotique et destructrice...

Mais l'avenir d'un seul être n'est pas prédéfini, et l'analogie avec l'avenir indéterminé de l'humanité se prolonge jusque dans le mystère de sa mort.

Une approche anthropologique : le retour aux sources

Introduction

Par définition l'anthropologie est l'étude de l'être humain dans toutes ses dimensions. Elle s'appuie sur l'ethnologie, l'étude des peuples. Jean-Paul Valabrega, dans *la relation thérapeutique* ³⁶, accorde au terme anthropologie un sens plus large, incluant des interprétations théoriques qu'on peut tirer des observations. C'est dans ce sens-là que nous utiliserons ce terme.

Pourquoi aborder ici cette approche anthropologique de relation médecin-malade ? En survolant l'histoire de la médecine, nous avons émis l'hypothèse selon laquelle plus les événements sont anciens, plus ils peuvent avoir un impact profond sur les représentations que l'on s'en fait. Est-ce parce que le mystère grandit au fil du temps ? Est-ce que ces représentations se transmettent de manière quasi phylogénétique, à mesure même qu'elles s'enfouissent profondément dans notre pensée ? Difficile de répondre. Si l'on accorde du sens à cette hypothèse et que cette relecture du passé éclaire notre compréhension, nous pouvons extrapoler cette hypothèse aux origines, et aller au plus profond des concepts et de leurs représentations. L'anthropologie permet ceci.

Si l'histoire de la médecine nous éclairait surtout sur les représentations inconscientes du médecin, les données issues de l'anthropologie concernent en bonne partie des représentations inconscientes du malade.

Bien sûr, il est illusoire de vouloir décrire l'ensemble des comportements humains dans toutes les peuplades primitives, tant elles sont distinctes les unes des autres, selon les âges et aux quatre coins du monde. On en rapproche également les peuplades traditionnelles contemporaines. Cependant certains points communs se dessinent, attestant ainsi la pertinence du propos.

Intéressons nous donc à ces sociétés primitives, et au cœur d'elles à ce que représentent la maladie, la vie, la mort et à ce personnage central : le chaman.

Une double conception du monde

Deux conceptions s'opposent, se complètent, basées sur un principe d'identification.

- Une conception holistique. C'est une représentation du monde, supposée être la première organisation sociale, selon laquelle *L'homme est le reflet du monde naturel*. L'homme s'identifie donc aux éléments du monde de la nature et règle son organisation sociale sur cette identification ¹⁹. Cela implique une notion de force extérieure, de « loi du monde » que les incantations cherchent à rendre favorable, et à laquelle chaque homme se soumet. Dans cette société totémique, « le médecin, s'il veut soigner l'humain, est donc contraint d'entretenir un commerce aussi étroit que possible avec les forces du monde naturel visées par l'identification. » ¹⁹

- Une conception animiste, dans laquelle *le monde de la nature est le reflet de l'homme*. C'est aussi par mécanisme d'identification que l'homme conçoit le monde naturel comme animé, doué d'esprit. Cette conception a pour corollaire une séparation du corps et de l'esprit. Cela implique cette fois un certain pouvoir de l'homme sur la nature, et le guérisseur qui communique avec les esprits de la nature traite d'égal à égal avec eux.

Jean-Paul Gaillard ¹⁹ résume ainsi : « là où la médecine totémique était une médecine d'incantation, la médecine animiste est une médecine de persuasion et d'influence. »

Même si tout en apparence nous sépare de ces conceptions ancestrales, prenons le temps de concevoir ce qu'elles signifient encore, et prenons la mesure de ce qui nous y lie inévitablement, sous notre carapace de modernité.

Une double conception de la maladie

Au-delà de ce rapport fort au monde naturel, les études anthropologiques tendent à décrire deux conceptions distinctes de la maladie.

- La maladie peut être considérée comme quelque chose *en plus*. Il peut s'agir du mal ou du démon. Cette *possession* est une conception qui a longtemps perduré, et dans une conception plus moderne et moins poétique, l'infection ou le cancer répondent à cette représentation.

- La maladie peut également être considérée comme quelque chose *en moins*. Il s'agit là plus souvent de l'esprit qui s'est échappé ou bien d'une force quelconque. Plus récemment, la dépression par exemple correspondrait à cette représentation de la maladie.

Ces comparaisons pourraient paraître artificielles. Mais il faut essayer de se libérer de la connotation divine ou religieuse pour y voir des conceptions bien plus archaïques et fondamentales, peut-être antérieures même à la naissance du sacré, aux origines de la société humaine.

Par ailleurs la maladie se trouve assimilée au *mal*. Les études anthropologiques semblent converger vers cette conception de la maladie, qui survient par l'intervention de divinités ou d'esprits, ou au moins de forces, qu'elles soient malveillantes ou punitives. Sans doute depuis l'aube de l'humanité, depuis que l'homme a accès à cette pensée magique, puis divine, il a fait un lien entre maladie et influence extérieure. Probablement également que la maladie est depuis très longtemps marquée du sceau de la punition, et donc de la faute et de la culpabilité. Nous y reviendrons dans une approche psychanalytique.

À propos du chaman

Ce vocable désigne en fait bien des personnages différents. On accorde au terme une origine sibérienne orientale dans la tribu de toungouses. Le *saman* est « celui qui sait », ou encore celui qui « bondit, s'agite, danse ». L'usage de ce terme a été généralisé par les ethnologues et autres savants à toutes les ethnies du monde. Laissons de côté ces désaccords de spécialistes. Même si les coutumes varient selon les âges et les régions du globe, de nombreux points communs caractérisent le chaman, premier véritable guérisseur des sociétés primitives.

C'est un homme central, important. Il est doté de nombreuses attributions de sage, de conseiller, et est doué de certains pouvoirs. Il peut ainsi communiquer avec les esprits, guérir la maladie, et on lui accorde classiquement le pouvoir de voler...

C'est donc un homme différent des autres hommes, doté d'un pouvoir social, culturel, mystique et magique. Ce pouvoir lui est essentiellement conféré par deux attributions. Il a accès aux esprits du monde, et donc à ses mystères, dont celui de la mort. Cela rejoint sa deuxième attribution fondamentale, celle de guérir. Ces deux attributions sont indissociables.

Nous pouvons poser là une hypothèse, que l'accès au mystère de la mort et le pouvoir, notamment thérapeutique, sont intimement liés depuis la nuit des temps. Le *pouvoir* semble déjà être une thématique qu'on ne peut esquiver. Nous reviendrons sur ces hypothèses un peu plus loin.

La cure chamaniste (la thérapeutique) constitue un ensemble de rituels basé sur les conceptions du monde et de la maladie que nous avons évoquées. Le chaman entre en communication avec les esprits, et a ensuite pour rôle d'extirper la maladie « en trop » ou bien de réintégrer l'âme perdue. Dans bien des cas le chaman prend sur lui le mal, l'extirpe du corps du malade ou bien réintègre quelque chose dans le corps du malade, usant d'objet, d'artifices, riches de connotation sexuelle. Le chamanisme est une technique d'extase. La maladie trouve là son principe d'élément *circulant* entre le guérisseur et le malade. Elle est un élément interactif, intersubjectif de la relation ³⁶. Nous reverrons plus loin sous un jour analytique la pertinence de cette interprétation anthropologique, notamment dans la pratique médicale actuelle.

Au delà du fait que cette relation, et en particulier cette cure chamanistique, pose la maladie comme élément circulant, elle souligne l'importance, pour ne pas dire l'effet thérapeutique, de la *ritualisation* de l'acte. Jean-Paul Valabrega fait un parallèle intéressant entre les rituels thérapeutiques du chaman et la pratique du médecin moderne. Ce cérémonial commence par l'attente du médecin, qui renforce son autorité. Ces rituels suivent le déroulement de la consultation, qui passe par une poignée de main, puis un contact verbal (interrogatoire) avant le contact corporel (examen physique), et parfois les investigations complémentaires invasives, se concluant par une prescription, un règlement et un remerciement (parfois de politesse). Ce cérémonial marque « l'autorisation d'enfreindre les tabous [...] et tend à réduire la culpabilité » ³⁶. Il s'agit ici de la transgression du tabou du corps. Il semble donc que l'accès au corps soit tout aussi fondamental que l'accès à la mort dans la fonction de celui qui guérit.

Conclusion

Ce bref survol anthropologique éclaire plusieurs points.

- Il consacre l'existence de l'esprit au-delà du corps, dans un rapport fort au monde, et ce depuis l'origine des sociétés humaines.
- Il place la maladie dans une conception duelle. Quelque chose en plus ou en moins, pour dire les choses simplement. Le guérisseur exerce une action opposée et la maladie *circule* de l'un à l'autre. C'est la thématique du prendre et du donner.
- Il pose la problématique du *pouvoir* du guérisseur, constitué du pouvoir de guérir, et de l'accès qu'il a au monde des esprits, au mystère de la mort.

Les comportements ancestraux des sociétés primitives ne sont pas pur folklore. Ils ont un impact sur la vie contemporaine et sont un héritage aussi profond qu'ancien. Ce fond anthropologique commun conditionne les représentations inconscientes de la maladie et du rôle respectif du médecin et du malade. On peut lire à travers ces rituels chamaniques et cette conception du monde ce qui constitue les racines profondes, cachées de la médecine que nous connaissons. Au même titre qu'avec l'histoire de la médecine, il s'agit de penser sa pratique quotidienne à la lumière de ces notions inconscientes ancestrales pour en percevoir la pérennité.

De l'histoire de la médecine à l'anthropologie primitive, nous sommes donc conviés à une plongée progressive dans les profondeurs de ce qu'il y a d'inconscient dans la relation médecin-malade. Et c'est tout logiquement que nous allons maintenant étudier la chose dans une perspective psychanalytique.



Chaman Orotchon, avec son tambour

Sibérie Orientale, 1882

II. La relation médecin-malade : une perspective psychanalytique

Introduction

Après avoir posé cette toile de fond historique et anthropologique, qui constitue un réservoir important de représentations sur la maladie et sur la relation médecin-malade, abordons désormais la relation sous un jour, une perspective psychanalytique. Mais pourquoi cette approche, a priori à l'opposé du scientifique et démontrable, bien plus à la mode en ces temps de maîtrise et de rêve de toute puissance ?

Tout d'abord, cette approche de la relation n'est pas une théorisation éthérée et intellectuelle, détachée de la réalité. Elle part d'un postulat simple : *l'existence de l'inconscient*. Les différentes méthodes de soins psychiques y attachent plus ou moins d'importance, mais il est difficile de nier l'existence de processus inconscients dans la vie de chacun et dans la relation interhumaine. Si donc on accepte l'implication des processus inconscients dans la vie dans son ensemble, il semble hasardeux, voire dangereux, d'en faire abstraction dans la maladie et dans la relation médecin-malade, qui représentent des moments clés (et parfois vitaux) dans la vie d'un individu. Comment imaginer la relation médecin-malade comme la rencontre d'une machine protocolaire censée réparer une machine physiopathologique défaillante ? La rencontre du médecin et du malade, autour de la maladie, est une relation éminemment humaine dans son implication. On ne peut pas concevoir que dans une relation de cette intensité, les processus psychoaffectifs inconscients n'aient aucune place. C'est impensable.

L'œuvre de Sigmund Freud est le point de départ de la réflexion sur l'inconscience. Suite à ses rencontres avec Charcot, puis l'école de Nancy, il pressent l'existence d'une pensée détachée de la conscience, susceptible de produire des effets somatiques à l'insu des individus. Son ouvrage de référence, *l'interprétation des rêves* (1899) ¹⁵ consacre l'existence de l'inconscient. Dès lors, son œuvre va tenter d'articuler l'inconscient au fonctionnement psychique global. Depuis plus d'un siècle, ses idées sont tantôt développées, tantôt débattues, tantôt décriées... Malgré ces avancées ou ces querelles, de nombreux concepts hérités de la psychanalyse restent particulièrement pertinents dans la compréhension des processus inconscients et dans l'appréhension de la relation médecin-malade. Comme le souligne Albert

Ciccone, « la psychanalyse est une référence essentielle, et en même temps une référence parmi d'autre. »¹⁰

Une précision s'impose. Cette thèse a pour objet d'étude la relation médecin-malade dans le cadre particulier de la médecine générale. Bien des notions évoquées seraient parfaitement applicables aux médecines spécialisées ou à la chirurgie. Mais s'il est une médecine à l'intersection du corps, de l'esprit, du psychoaffectif, du social, du professionnel, de la famille, dans une relation humaine en tête-à-tête, c'est bien la médecine générale.

Confronté à la complexité du malade dans toutes ses dimensions, le médecin généraliste ne peut pas faire l'économie d'une réflexion sur les processus psychoaffectifs inconscients.

Sandor Ferenczi (1873-1933) fut un précurseur dans la réflexion sur la médecine générale. Dès 1933, dans *influence de Freud sur la médecine*, ce psychanalyste omnipraticien de formation dit : « Jusqu'à l'entrée en scène de Freud, la médecine était enseignée comme pure science de la nature. On fréquentait une faculté de médecine dont on sortait docteur avec beaucoup de connaissances théoriques et pratiques sans savoir la moindre chose de la vie humaine. À l'extérieur par contre, dans le monde de la pratique médicale, le facteur psychologique est pour la thérapie tout aussi important que l'état objectif des organes. Combien d'efforts et de peines auraient été évitées si, pendant mes études, on m'avait enseigné l'art de manier le transfert et la résistance. J'envie le médecin des temps à venir qui apprendra cela. L'humanisation du cursus universitaire deviendra une nécessité absolue et s'imposera finalement. »¹³

75 ans plus tard, force est de constater que les choses n'ont pas tant changé que ça... Puisse ce travail de thèse apporter quelque modeste lumière au futur médecin qui la lira.

Comprendre ce qu'il y a d'inconscient dans la relation médecin-malade, c'est aller au plus profond de cette relation humaine singulière, toucher du doigt l'essence même de l'homme et de sa relation au monde. Ce n'est pas forcément en termes d'outils diagnostiques ou de résultats thérapeutiques qu'il faut envisager ce regard sur l'inconscient, mais bien dans une perspective éthique et profondément humaniste.

Pour aborder toutes ces notions, il faut bien comprendre dans un premier temps les processus inconscients préalables (psychoaffectifs, sociaux...) à l'œuvre chez chacun des deux protagonistes. Nous pourrons ensuite envisager la rencontre de ces deux personnages dans le cadre de la consultation médicale.

En d'autres termes :

- Qui est le malade ?
- Qui est le médecin ?
- La relation médecin-malade, c'est quoi ?

Qui est le malade ?

« Le malade »... On aurait pu tout aussi bien l'appeler le patient, le consultant, l'usager, le client... Aucun de ces termes n'est parfait pour désigner cette personne. Ce qui caractérise le malade c'est la maladie. Si l'on considère la maladie dans ses implications psychoaffectives et sa dimension subjective, le terme « malade » n'est plus réducteur et désigne cette personne, cet « homme malade » dans toute sa complexité, dans toute son humanité. *Le malade*, *la maladie* ne sont pas des appellations réductrices, mais bel et bien des concepts, des systèmes complexes, vastes, ouverts. C'est dans ce sens que nous utiliserons ces termes.

Par souci de clarté, abordons les choses dans l'ordre « chronologique ».

Au commencement était l'homme sain

Si l'individu est unique par son corps, son patrimoine génétique, son *soma*, c'est surtout par la *psyché* qu'il se distingue de ses congénères. Son originalité psychique revêt plusieurs aspects. Biographique tout d'abord. Son parcours de vie commence très tôt, dès le désir d'enfant de ses parents. Chaque événement de la vie peut avoir un impact plus ou moins grand. À événement semblable, chaque individu réagira différemment. La biographie fait partie intégrante de l'individu. La petite enfance est une période déterminante dans la genèse de la personnalité, et les premières relations sont fondamentales. Il n'est pas question ici de dresser une classification de la personnalité normale ou pathologique. Ce n'est pas le sujet et de nombreux ouvrages s'y rapportent. Gardons simplement en tête que dès le plus jeune âge, la personnalité s'édifie, se structure par interaction au monde, et que cette personnalité conditionne considérablement le rapport à la maladie et la relation médecin-malade.

À côté de la biographie et de la personnalité, il faut garder à l'esprit que chaque homme a son propre *système de valeurs*. La santé est « avant tout liée aux idées, *a priori*, qu'il s'en fait [...] c'est-à-dire en fin de compte de l'image idéale qu'il a de lui-même » ²⁸. Son système de valeur concerne également son image du corps, de son fonctionnement, de la mort, tout ceci

étant évidemment conditionné par son parcours de vie. Le médecin, qu'il le veuille ou non, participe aussi à la création de ce monde de valeurs.

L'homme et le groupe

Il semble nécessaire également de souligner que l'entourage joue un rôle fondamental. Et ce, dès le début de la vie. Les deux aspects essentiels de ce cadre humain sont la société et la famille. On ne peut pas considérer l'homme indépendamment de son milieu de vie. Il conditionne vraisemblablement l'apparition de la maladie, la genèse de la personnalité, et plus tardivement les réactions vis-à-vis de la maladie. Les problématiques familiales s'expriment d'ailleurs souvent par des symptômes chez un des membres. Une approche systémique familiale peut éclairer bien des situations, mais là n'est pas notre sujet. Gardons simplement à l'esprit que le cadre familial actuel *et passé* est à prendre en compte dans la globalité de l'homme malade.

Cet homme donc, avant que d'être malade, est déjà porteur de toute sa subjectivité, sa personnalité propre. C'est sur ce « terrain » de la personnalité que va survenir la maladie, ce que Lucien Israël nomme « l'expérience de la maladie »²⁷.

L'expérience de la maladie

Tomber malade ?

Toutes les maladies ne surviennent pas de la même façon, sur le même terrain. Par exemple l'infarctus du myocarde surviendra préférentiellement chez un patient aux facteurs de risque cardio-vasculaire, conditionnés par des paramètres génétiques, environnementaux, et comportementaux. Quelle que soit la maladie on peut y rapprocher une prédisposition quelconque. Même pour une fracture accidentelle, prototype même de la maladie venue de l'extérieur, des circonstances comportementales ont pu favoriser la blessure... La médecine basée sur les preuves met bien en évidence ces notions de « terrain », de « facteur de risque », de « facteur prédisposant ». Mais à cette réalité statistique, ne fait-il pas écho une réalité

inconsciente, dans ce qui se noue de plus intime entre le malade et la maladie ? Et si la maladie n'était pas fortuite ? La maladie touche l'homme au plus profond de son intégrité, de sa personnalité et occupe donc une place particulièrement importante dans l'histoire personnelle du malade. Ce n'est pas forcément évident pour la maladie aiguë, ponctuelle, mais comme le soulignait déjà Michael Balint, « plus la période d'observation est longue, plus on a l'impression qu'une maladie est une qualité presque aussi caractéristique du patient que la forme de sa tête ou la couleur de ses yeux » ⁵.

Les intrications psyché-soma

La question est donc soulevée des intrications entre le corps et la vie psychoaffective. C'est un champ très vaste qui recouvre notamment plusieurs notions :

- **L'impact psychique d'un problème organique** (la dépression après un cancer par exemple),

- **L'expression somatique d'un problème psychique.** Ce peut être l'expression somatique d'une névrose (conversions hystériques par exemple) ou bien tout le champ de la psychosomatique. La psychosomatique est l'existence d'une maladie organique objectivable favorisée, déclenchée par des processus psychoaffectifs. L'exemple-type en est l'ulcère gastro-duodéal.

La question n'est pas de prouver, de quantifier cette interaction. Elle est d'ouvrir le champ de la réflexion vers une approche holistique de l'être humain, où la maladie est intimement liée à la vie psychoaffective, d'une manière ou d'une autre. Elles sont interdépendantes, et probablement indissociables ³⁷.

À propos du symptôme inaugural

Ce qui marque le passage de l'état sain à la maladie, c'est le symptôme inaugural. Il signe une rupture. Prenons l'exemple de la douleur. La douleur est un des symptômes les plus fréquents. Très souvent, la douleur est vécue comme justement le signal que quelque chose se passe l'intérieur du corps, quelque chose d'inhabituel et par là même de menaçant. Un des objectifs du médecin sera de cerner à quoi ce symptôme fait écho chez le patient, car chacun perçoit différemment une même douleur, ou plus largement un même symptôme. Le symptôme n'est pas une sensation, c'est l'intégration d'une sensation, exprimée à autrui. Cette

quête du sens du symptôme pose la question de la *place* de la maladie. Quelle place occupe la maladie dans la vie du sujet ? La date et les circonstances de survenue des symptômes, l'organe supposé atteint sont fréquemment en résonance avec des événements passés conscients ou inconscients.

Jean-Paul Gaillard, dans *le médecin de demain*, voit dans le symptôme « la moins mauvaise solution trouvée par un humain pour faire face à un problème insoluble par les voies habituelles de la communication » ¹⁹. Le symptôme est donc l'expression, non pas d'un problème, mais d'une solution apportée à un problème. Nous reviendrons sur ces notions quand nous aborderons la relation médecin-malade.

Le symptôme exprimé est donc un message, et il n'est pas rare qu'il ait une valeur symbolique : une situation « ulcérannte », qui « file des boutons » ou dont on a « plein le dos » ne s'exprime pas forcément par le langage verbal, mais par le langage du corps. Jean-Paul Gaillard voit dans ce langage d'organe une piste de réflexion éclairant notre compréhension du malade.

Les conceptions de la maladie

Nous avons évoqué plus haut la santé comme une donnée très relative, quasi-synonyme de l'image idéale du moi. En ce que la maladie vient briser cette image, elle constitue une blessure narcissique. Touchant ainsi l'une des tendances les plus primitives et les plus puissantes de l'esprit humain, la maladie peut menacer au plus profond l'équilibre du malade. L'impact de cette blessure est conditionné par la personnalité et le système de valeurs du malade. La manière d'intégrer cette blessure n'est pas comparable d'un malade à un autre et encore moins à l'idée que peut s'en faire le médecin. Au-delà de cette blessure narcissique, deux conceptions de la maladie ont été envisagées :

- celle de la maladie comme rupture à l'équilibre (faisant écho à l'homéostasie hippocratique). L'équilibre biologique est facile à concevoir, l'équilibre psychique est plus difficile à se représenter.

- une conception « ontologique » ²⁸ de la maladie, lui conférant une existence autonome. C'est le modèle exogène de la maladie. Cette conception ancestrale (possession diabolique par exemple) est particulièrement réactualisée en pathologie infectieuse (où l'agent pathogène n'est d'ailleurs pas plus visible qu'un esprit maléfique...).

Balint admet cette double conception, « selon un première idée, le patient était intégralement sain et " bon " jusqu'à ce que quelque chose en lui soit devenu " mauvais ". Selon la seconde, la chose " mauvaise " n'a rien à voir avec le patient, elle vient de l'extérieur et elle est au sens propre du terme un " corps étranger ". Dans les deux cas la chose " mauvaise " menace le patient »⁵. Il rattache ainsi chaque maladie à un modèle.

Si l'on extrapole cette conception additive de la maladie, on peut la rapprocher d'une théorie soustractive, ou quelque chose de bon serait perdu. Ceci fait écho à une conception ancestrale de la maladie, que nous avons évoquée précédemment à propos d'anthropologie. Il conviendra donc que la thérapeutique apparaisse comme rigoureusement inverse à la pathogénie. En réalité cette double conception additive/soustractive a deux implications :

- d'une part elle semble réunifier les théories de la maladie en se rapprochant de la première conception homéostatique.

- d'autre part, cette dualité de couple antithétique fait appel, dans une perspective psychanalytique, à la dialectique de la castration, notamment dans les théories sexuelles l'enfance et les fantasmes qui en dérivent. (Jean-Paul Valabrega, dans *la relation thérapeutique*, utilise l'étude de ces fantasmes dans la relation médecin-malade comme méthode d'élucidation de celle-ci, en partant de la clinique). Il pose donc l'hypothèse d'un fantasme sexuel premier dans la maladie, faisant partie de la triade actif/passif, phallique/castré, masculin/féminin. Ce fantasme de castration est en lien étroit avec le complexe d'Edipe³⁶.

Il est difficile de percevoir les implications de ces hypothèses dans une pratique médicale quotidienne. Jean-Paul Valabrega souligne d'ailleurs que « ni les représentations ni les fantasmes ne doivent être pris pour des explications, puisqu'ils sont eux-mêmes les documents à expliquer ». Retenons simplement que dans une perspective psychanalytique, la question sexuelle est au cœur du concept de maladie, qui fait inconsciemment écho au développement psychoaffectif de la petite enfance, avec son lot de culpabilité œdipienne.

L'investissement névrotique

Pour Lucien Israël, « Chaque être humain pense plus ou moins que sa santé sera un jour compromise. Mais pour bon nombre, la crainte d'une éventuelle maladie occupe une place importante de leurs réflexions. Tous les cas indiquent qu'avant même son apparition, la

maladie était considérée comme une possibilité, qu'elle était déjà représentée par une véritable angoisse préalable, que sa place était marquée » ²⁷. Il existe fréquemment un investissement névrotique de la maladie, qui vient charger la maladie d'une signification imaginaire. Israël, pour éclairer cette notion, dit ceci : « il se peut [...] que les parents aient pris l'habitude de menacer l'enfant d'une quelconque maladie. Les exemples ne manqueraient pas : " si tu ne manges pas bien, tu tomberas malade ". " Si tu sors sans ton manteau, tu vas t'enrhumer ". La maladie apparaît comme la punition de la désobéissance. Il n'est pas indispensable que les parents aient littéralement exprimé la relation entre maladie et punition. Il y a toujours suffisamment de menaces parentales non accomplies pour que tout désagrément vienne prendre dans l'esprit de l'enfant une signification primitive. L'être humain dispose toujours d'un sentiment de culpabilité qui ne demande qu'à se justifier. La maladie trouve donc un terrain de choix pour être affublée d'une signification. Elle devient non seulement la sanction, mais le signe même de la faute ». Il n'y a qu'un pas à faire jusqu'à la problématique œdipienne dont nous avons parlé plus haut.

En ce que la maladie a de culpabilité, par investissement névrotique, elle devient partie intégrante, voire structurante, de la personnalité du malade.

On comprend bien en quoi c'est une erreur thérapeutique, dans nombre de cas, de traiter les symptômes, voire la cause de la maladie, sans dénouer les enjeux profonds, parfois inconscients de la place de la maladie dans la biographie, dans la structure du malade.

De la maladie à la mort

La maladie marque une rupture dans la continuité confortable de la vie saine. Elle implique des questions, ou plus exactement une incertitude quant à l'avenir. La maladie, même bénigne, comporte une idée de mort, une éventualité de la mort ³⁶. La mort vient donc, par la maladie, s'insérer dans la vie de l'homme. En investissant la maladie, en lui accordant une place privilégiée dans le rapport au corps et au monde, c'est un peu comme « tenter de l'exorciser, de l'amenuiser, d'avoir dans une certaine mesure barre sur elle, c'est refuser de la reconnaître comme un maître absolu » ²⁷.

On voit donc que la maladie, en même temps qu'une menace de mort, est aussi une lutte contraire, par la place primordiale qu'on lui accorde. Israël caractérise ce « flirt avec la mort », pourtant mystérieuse et inquiétante, comme un « goût immanent de l'être humain ». Au fond

de ce paradoxe du contact avec la mort, n'y a-t-il pas la pulsion de mort décrite par Freud ? (*Au-delà du principe de plaisir*, 1920) Cette pulsion fondamentale tend à la réduction complète des tensions, à ramener l'être vivant à l'état anorganique ¹⁶. Admettons un instant l'implication de cette pulsion de mort dans la maladie. Israël a fait un parallèle à cette pulsion dans une approche plus sociale qu'individuelle : on accorde aux malades le droit au repos, de couper les ponts, de rester allongés... « ramené à l'état anorganique » ? Mais cette autorisation sociale, cette « licence » est une soupape de sécurité nécessaire et se confond avec un repli temporaire plus régressif que mortifère, où le malade a besoin de ce temps pour se retrouver seul face à lui-même. C'est le moment privilégié d'un renforcement narcissique nécessaire, face à la blessure de la maladie. Revenons sur la pulsion de mort. Elle n'est en soi pas pathologique, elle est nécessaire à l'équilibre, à l'homéostasie. Elle s'oppose, dans la dernière théorie freudienne sur les pulsions, à la pulsion de vie, à l'éros. On entreperçoit ici un possible autre lien profond qui relie la maladie à la question sexuelle.

Pourquoi s'attarder sur la pulsion de mort, cette notion aux multiples facettes, controversée et si difficile à appréhender ? De même que l'interprétation fantasmatique de la maladie, cette approche ne peut qu'approfondir la compréhension que l'on a du malade. Car admettre l'existence de processus inconscient tels que la pulsion de vie, de mort, c'est aussi entrepercevoir la profondeur de la personne malade. C'est lui accorder la dignité de l'homme qu'il est, inscrit dans l'histoire de la vie sur Terre. Freud n'utilise-t-il pas la métaphore de l'émergence de la vie organique sur Terre pour expliquer ces pulsions de mort et de vie ¹⁶ ? Ces notions aux frontières de la psychologie et de la philosophie, sont un éclairage enrichissant la réflexion, pour peu qu'on ne les prenne pas pour une vérité absolue ou une recette magique pour comprendre l'autre.

Emergence de l'angoisse

La maladie porte donc en elle l'image de la mort, par le biais de nombreuses incertitudes. Il semble que le malade comble ses questions avec ses représentations propres plutôt que de les laisser sans réponse, comme un vide angoissant. Ces représentations ne sont pas pour autant rassurantes et encore moins objectivement rationnelles. Il existe une mythologie aussi terrifiante que variée autour de la maladie, de ses origines, de ses conséquences et de son traitement. Nul besoin de donner d'exemples, chacun pourra trouver dans ses souvenirs personnels l'illustration de ceci. Ces représentations sont puisées dans le parcours de vie du

malade, en particulier dans l'enfance, aux racines de la vie psychique, là où les parents constituent la seule référence de vérité ²⁷.

Il y a donc une angoisse dans la maladie, entre l'inconnu de son corollaire macabre et les représentations inquiétantes utilisées pour ne pas laisser les questions sans réponses. La maladie commence à *s'organiser*, nous y reviendrons. Dans un second temps, au contact du médecin, la maladie va s'organiser davantage, ces inquiétudes vont parfois être verbalisées : va-t-il falloir opérer ? Faut-il des antibiotiques ? Combien de temps cela va-t-il durer ? La plupart des interrogations sont extrapolables à l'idée, la peur de la mort. Les questions les plus fréquentes concernent donc le devenir, et pas forcément des détails physiopathologiques. Bien entendu, et de plus en plus, les malades veulent savoir ce qu'ils ont. Veulent-ils aussi souvent *comprendre* ce qu'ils ont ? Il n'est pas rare qu'ils s'accommodent très bien des représentations qu'ils se font de la maladie, et nos explications savantes ne rassurent que nous. Comme si leur question n'était pas : « qu'est-ce que j'ai docteur ? », mais plutôt : « qu'est-ce qui va se passer ? »

C'est grave docteur ? ...

Faisons donc le point sur les notions évoquées à propos de « l'expérience de la maladie ». À partir du symptôme inaugural, la maladie, constituée en bonne partie de représentations personnelles et pouvant faire écho à des souvenirs très anciens et inconscients, s'insère dans la vie de l'homme. Elle est porteuse d'une angoisse quant à l'avenir, dans son incertitude et son parallèle avec la mort. Ce rapport à la mort est inconsciemment ambigu. La maladie s'inscrit dans le parcours biographique et dans la personnalité du malade de manière unique, le malade et sa maladie deviennent indissociables.

Mais comment le malade va-t-il réagir à cet événement ? C'est ce que nous allons voir maintenant...

Les réactions du malade face à la maladie

Les conséquences psychiques

Nous avons évoqué plus haut un investissement névrotique de la maladie. Développons un peu cette idée.

La maladie met l'homme en situation de faiblesse de dépendance. Elle entraîne une réaction de protection, la *régression*, qui se traduit par un retrait sur soi et par l'émergence d'un comportement infantile, avec réduction des intérêts, égocentrisme, intolérance aux frustrations, dépendance aux êtres, aux soins, retour à des satisfactions archaïques comme le repos, la nourriture... ²⁸. Ce phénomène de régression n'est pas pathologique en soi. La régression excessive ou au contraire la peur de régresser peuvent l'être.

À côté de ce mécanisme de régression, peuvent apparaître des réactions anxieuses ou dépressives. La réaction anxieuse, nous l'avons déjà évoqué, est en lien étroit avec la connotation mortifère de la maladie et également avec l'angoisse de castration, dans une interprétation fantasmatique. La réaction dépressive, elle, est directement liée à la blessure narcissique que nous avons évoquée. Elle est pratiquement inévitable, du moins à minima ²⁸. Les signes cliniques de la dépression peuvent se confondre avec ceux de la régression, qu'ils sont susceptibles d'accompagner. Mais ils y ajoutent une tonalité particulière de dévalorisation, de fatalité, d'abandon, évocatrice de la série dépressive. Elle est toujours à prendre en considération, à traiter spécifiquement si elle est trop importante. Ces symptômes dépressifs réactionnels peuvent être « masqués » et s'exprimer par d'autres symptômes physiques.

Les attitudes réactionnelles : Les mécanismes défensifs

L'appareil psychique développe des stratégies pour faire face à la maladie. Ces phénomènes sont très importants dans le cas d'une maladie grave et longue, mais peuvent exister dans n'importe quelle maladie, même la plus anodine à nos yeux. On décrit classiquement quatre grands mécanismes de défense :

- la *méconnaissance*, par mécanisme de déni, d'annulation ou d'isolation,
- la *maîtrise* par rationalisation et ritualisation,

- la *projection* par rejet agressif sur l'extérieur ou par revendication,
- la *sublimation* par hyper dynamisme, réflexion personnelle approfondie et altruisme.

La frontière est parfois discrète entre le caractère normal et pathologique de ces mécanismes défensifs. Ils font partie de la maladie et sont à prendre en compte dans tous les cas. En ce qu'ils sont des mécanismes de protection de l'appareil psychique et donc de l'intégrité de l'homme, ils sont souvent à respecter au moins dans un premier temps.

Au-delà de ces mécanismes de défenses, sont également mis en jeu des phénomènes *conscients*, intentionnels. Ce sont les mécanismes de *coping*. Il s'agit d'efforts adaptatifs cognitifs et comportementaux, dans le but de rendre la situation acceptable. Ces phénomènes, plus perceptibles et plus maniables en thérapeutique, ne doivent cependant pas occulter totalement leurs soubassements défensifs, inconscients, auxquels ils sont intimement mêlés.

Les bénéfices de la maladie

Bien sûr, la maladie est une souffrance, qui s'accompagne de restrictions, d'appréhensions... Mais « aucune forme de vie ne peut se maintenir sans certaines satisfactions » ⁵. Certains bénéfices sont conscients et évidents, tels qu'un arrêt de travail. D'autres sont plus inconscients et sont classiquement groupés en bénéfices primaires et secondaires.

- **les bénéfices primaires** sont en lien direct avec la maladie. Balint en décrit quatre sous-groupes :

- *satisfaction pulsionnelle archaïque* autour de la théorie des zones érogènes du corps, que ce soit une satisfaction orale par un régime ou une médication *per os*, ou bien une satisfaction plus distale par l'administration de suppositoires ou de lavements. Balint souligne lui-même que ces hypothèses sont des ébauches d'interprétation.

- *satisfaction de retrait* à tous les types de relations humaines insatisfaisantes ou frustrantes. Il est bien des exemples de situations évidentes où l'angine, la crise d'asthme permettent d'éviter une situation conflictuelle. Mais il y a sans doute aussi bien des cas où ce mécanisme est à l'œuvre de manière moins évidente.

- la possibilité d'*introversion* que permet le retrait, où le malade est concentré sur lui-même, et où « les idées et les émotions atteignent une importance très rarement vécue dans d'autres conditions »⁵.

- *la satisfaction de régression*, que nous avons déjà évoquée plus haut, et la possible résurgence de satisfactions infantiles.

-**les bénéfices secondaires**, liées au statut de malade. Il correspond à quelque chose de revendicatif, de visible ou d'ostentatoire, qui atteste aux yeux du monde son statut de malade, dans le but de focaliser sur soi les préoccupations de l'entourage. Une manière d'exister par la maladie, devenue qualité valorisante. Le comble de ce mécanisme et la névrose de compensation.

Cette classification des bénéfices liés à la maladie est un peu arbitraire, et tous les auteurs d'ailleurs n'ont pas la même approche^{5,28}. Cela reflète bien la difficulté d'appréhension de ces notions. L'approche de Balint semble cependant pertinente, bien que plus ancienne. Il souligne d'ailleurs lui-même qu'il est bien difficile de faire la part des choses entre bénéfices primaires et secondaires, notamment en ce qui concerne le retrait et la régression.

Retenons simplement que, de sa genèse à son expression au monde, la maladie produit *de manière nécessaire* des satisfactions en grande partie inconscientes. Elles font partie de la maladie, et sont à considérer avec attention car elles peuvent être la source d'une chronicisation de celle-ci.

L'organisation de la maladie

Essayons maintenant de récapituler, d'unifier les notions que nous avons abordées.

L'homme est un tout. Une entité physique et psychoaffective avec une histoire, une personnalité, un système de valeurs et un rapport au monde uniques. La maladie, par le biais du symptôme inaugural, surgit dans la vie de l'homme, mais peut être l'expression d'un conflit intrapsychique inconscient. Quelle que soit son origine, ce symptôme est porteur d'angoisses, d'idées de mort, de représentations symboliques fortes. La maladie commence à s'organiser, à prendre une place particulière pour le malade. Progressivement, l'appareil psychique s'adapte, se réorganise pour rendre la situation acceptable. Tous ces phénomènes interviennent,

s'intriquent de manière parfaitement unique et subjective. La maladie s'organise encore un peu plus, pour former une entité indissociable de son porteur.

Balint dit que « pour une raison ou pour une autre, au cours de la période " inorganisée " de la maladie - dont la durée peut varier de quelques minutes à plusieurs années - l'individu se retire progressivement de son environnement et crée d'abord, puis cultive sa propre maladie, *tirée de lui seul*. [...] Fait stupéfiant : dans la relation médecin-patient il n'arrive que rarement qu'un patient se présente avec un problème. Autrement dit, les patients ne consultent leur médecin que lorsqu'ils ont, pour ainsi dire, transformé la lutte avec leurs problèmes en une maladie [...] Le travail du médecin étant de traiter les maladies, il va de soi que les gens viennent le voir avec des maladies. »⁵

Il est donc primordial, à la lumière des quelques notions que nous avons évoquées, de concevoir la maladie comme un concept *dynamique* complexe, en lien étroit, (pour ne pas dire intime) avec l'homme malade dans toute sa singularité. La maladie prend pour lui une place, un sens particulier.

Dans un second temps, le malade entre en contact avec le médecin, ce qui va encore modifier la situation. Mais avant d'aborder cette relation médecin-malade, il convient de se pencher sur ce deuxième protagoniste, qui intervient lui aussi - mais c'est moins évident - dans toute sa subjectivité.

Qui est le médecin ?

Qui est le médecin ?

Introduction

Au commencement était l'homme sain. Tout comme le malade. C'est dans un second temps qu'il devient médecin. Ceci pour rappeler que tout ce qui a été évoqué dans le chapitre précédent peut concerner le médecin dans sa chair. Il a été bercé par le même patrimoine historique et anthropologique, il a eu son lot d'angoisses infantiles, et à ce titre il partage avec le malade bon nombre de représentations plus ou moins conscientes de la maladie. Il possède son propre système de valeurs, sa propre personnalité et est, tout comme le malade, un individu unique. Il est simplement, et de manière temporaire, du bon côté du stéthoscope.

Mais il faut bien dissocier l'individu et sa fonction. La personne et le personnage. Le médecin est l'intrication des traits propres du praticien (particularité physique et structure inconsciente comprise) et des éléments culturellement stéréotypés dont il compose son apparence : vêtements, instruments, séquences de gestes ou de paroles professionnelles³⁷. Ces deux composantes s'influencent l'une l'autre mais il semble important de bien dissocier ces deux aspects dans la réflexion, avant de les réunifier dans la même carcasse.

Même si cette dichotomie est un peu hasardeuse, du fait de la complexité de chaque individu, elle permet au médecin qui porte un regard sur sa pratique de mettre en lumière ce qu'il a de plus intime, et de prendre la mesure de ce qu'il a d'humain et qui le rapproche du malade. Le médecin doit avoir conscience que tout son être, toute sa personnalité entre en jeu dans sa relation avec le malade. Il n'est pas que médecin. C'est aussi et avant tout un homme.

Nous allons donc essentiellement nous pencher sur le personnage du médecin. Non pas que la personnalité de l'individu soit quantité négligeable, bien au contraire. Mais d'une part, chaque médecin est unique et il serait bien audacieux d'établir une personnalité-type du médecin, et d'autre part, ce que nous avons déjà dit du malade est applicable au médecin, notamment pour une bonne part des représentations. Par ailleurs, le *personnage*, la fonction de médecin a un impact fort sur la *personne* du médecin. Dans ce que nous allons aborder à

propos du personnage de médecin, le lecteur aura tout le loisir d'y associer ce qui y fait écho au profond de lui.

Devenir médecin

Pourquoi devenir médecin ? Tenter de répondre à cette question, c'est approcher cette intrication entre l'homme et sa fonction.

Devenir médecin, c'est évidemment toujours une histoire, une affaire personnelle. C'est sur le lit de la personnalité que se couchent des représentations, des fantasmes, des événements de la vie. Tous ces facteurs se mélangent, et des motivations s'élaborent. Chaque parcours est unique, mais certaines grandes lignes se dessinent si l'on y regarde d'un peu plus près.

À propos de la vocation

Cette « destination naturelle, ce penchant, cette aptitude » (Petit Larousse), est un terme particulièrement utilisé pour le métier de médecin. Du latin *vocare*, le terme garde le sens d'une réponse à un appel. Comme si l'on ne pouvait échapper à une vocation. Elle a également une forte connotation religieuse, sacerdotale. Cela fait immanquablement écho à ce que nous avons évoqué précédemment sur un plan historique... L'usage courant place ainsi encore la médecine comme un métier « pas comme les autres ». Mais cette notion de vocation est-elle aussi forte chez le médecin qu'elle peut l'être dans l'idée du grand public ? (public bien entendu constitué de malades réels et en puissance...). Peut-être que le public, avant d'y confier sa santé, son corps et son âme, veut y voir plus qu'un métier. Peut-être que les attentes de la société et de chaque individu maintiennent cette vision sacerdotale. Et peut-être que chaque médecin s'est engagé dans cette voie avec un peu de cette idée ? La vocation, c'est avoir pour métier sa passion (Stendhal).

Au delà de cette image sociétale de la vocation, une approche métapsychologique apporte une lumière intéressante, individuelle. Israël pose la question en ces termes : « n'existe-t-il aucun lien entre le choix réel d'une profession et les vocations ludiques de l'enfant ? » il dit ainsi que « dès l'enfance, les déclarations de vocation fantaisistes ne font que traduire une aspiration plus profonde qui ne peut s'exprimer directement, étant déjà marquée par le

refoulement. » ²⁷. On glisse ainsi de la *vocation* apparemment irrationnelle vers des *motivations* pulsionnelles, plus ou moins conscientes. C'est ce que nous allons maintenant aborder.

« Toute activité adulte implique toujours une certaine relation avec des désirs inconscients, que cette activité aille dans le sens du désir ou, au contraire, s'y oppose » ²⁷.

Les motivations

Il est des motivations « évidentes », conscientes, et verbalisables. Le désir de soigner, de guérir, d'être utile à la société sont des motivations qui n'ont pas besoin de justification. L'intérêt scientifique, le goût de la connaissance théorique, sont également couramment exprimés. L'intérêt social et économique apparaît parfois masqué par une pudeur gênée, même si cette dernière motivation peut prendre le pas sur les autres au fil de la pratique...

Mais toutes ces motivations somme toute évidentes sont sous-tendues par des motivations inconscientes, pulsionnelles, classiquement distinguées en trois aspects. Et pour parler de pulsions, il faut parler de désir, de plaisir.

- **Voir, savoir**

« dans le savoir, il y a du voir » Jacques Lacan

Désir de savoir. Pulsion que le plaisir de connaître satisfait. C'est la pulsion épistémophilique, décrite par Mélanie Klein ¹. Elle est la source de toute curiosité, et en particulier scientifique. Cette pulsion est liée, tôt dans la vie, aux multiples questions que pose l'enfant. Questions qui ne sont là que pour approcher ou pour éviter *la* question taboue, celle qui dérange. Non pas « comment on fait les bébés ? » mais bien « pourquoi on fait les bébés ? Pourquoi le sexe ? ». Il semble se jouer dans les réponses des parents le maintien gêné d'un mystère qu'on ne peut dévoiler. Cette pulsion est liée au fantasme de la scène primitive, celui de voir le rapport sexuel des parents, dont - en quelque sorte - l'enfant est issu. De savoir à voir, il n'y a donc qu'un pas. Lucien Israël souligne « une profession où le regard est aussi important qu'en médecine ne saurait être sans relation avec le désir de voir et le plaisir à regarder, tellement ubiquitaires qu'on finit par les méconnaître » ²⁷.

Il ajoute : « le savoir [...] vise à combler l'inquiétante lacune des énigmes fondamentales ». Au-delà de l'amour et de la sexualité, le mystère de la mort tient aussi une

¹ In : *La psychanalyse des enfants*, 1959

place à part dans les images infantiles et dans les choses qui doivent rester cachées. Les représentations que l'on a du médecin, nous l'avons vu, lui accordent accès à ces mystères. Et ainsi ce désir de savoir peut être une pulsion, un moteur, une motivation inconsciente potentiellement forte dans le désir de devenir médecin.

- Le **désir de réparer**, qui peut être la réparation d'une blessure infligée à un parent par l'agressivité de la période anale ou œdipienne, avec son lot de culpabilité. Il peut aussi s'agir de réparer une blessure narcissique. Ce désir de réparer rend acceptables les pulsions sadiques souvent associées à l'acte médical (injections, médications, investigations invasives...)

- Un **désir de pouvoir**, qui trouve aussi ses racines dans l'enfance, dans un désir de toute-puissance, notamment sexuelle, qui fait intervenir des pulsions sadiques anales, trouvant leur traduction dans un pouvoir financier et moral.

Ces désirs, ces pulsions, sont un fond commun guidé ou modifié par les événements de la vie, et également souvent marqué par un désir d'identification à un médecin réel ou imaginaire.

Une situation illustre cet aspect pulsionnel : le jeu du docteur

Il s'agit d'un jeu d'imitation et d'imagination mettant en scène des personnages réels : le médecin, le malade, l'infirmière... Freud écrivait déjà ceci : « lorsqu'un médecin a examiné la gorge de l'enfant ou qu'il a pratiqué sur lui une petite opération, cette épreuve pénible fera certainement le sujet d'un prochain jeu, mais il convient de ne pas y laisser passer inaperçu le gain en plaisir émané d'une autre source. En allant de la passivité de l'incident à l'activité du jeu, l'enfant transmet à un camarade de jeu le rôle désagréable que lui-même avait tenu et se venge ainsi sur la personne du remplaçant »¹⁶. Il s'agit donc d'un jeu d'identification, où Anna Freud a décrit le mécanisme d'identification à l'agresseur (*Le moi et les mécanismes de défense*, 1936).

Pourquoi jouer au docteur ? Quelles caractéristiques du docteur sont-elles si plaisantes à imiter ? Israël²⁷ y décrit distinctement trois rôles :

- un **rôle maternel protecteur**, nourricier, rassurant, qui soulage, guérit, *répare*. Cet aspect du jeu satisfait aussi l'enfant qui tient le rôle du malade.

- un **rôle paternel autoritaire**, évocateur de puissance et que l'on doit craindre. C'est un pouvoir très grand, plus grand encore que celui du père, car lui aussi se soumet au pouvoir du médecin. Cela répond à un plaisir sadique de maîtrise, évoqué plus haut.

- un **rôle sexuel licencieux**. Cet aspect est plus complexe et profond, et donne sens au sentiment de culpabilité des enfants qui n'osent pas avouer qu'ils ont joué au docteur. Car le jeu du docteur est avant tout un jeu sexuel. On accorde au médecin cette connaissance (mythique plus que réelle) de la sexualité et ce droit, cette licence à la transgression du tabou corporel et sexuel. Ceci n'échappe pas à l'enfant.

Ces représentations infantiles ne vont pas forcément disparaître les années passant, mais peuvent tout à fait constituer des motivations inconscientes dans le choix de la carrière médicale.

Il faut souligner également que chez l'adulte qui a fait le choix d'être malade plutôt que médecin, ces représentations infantiles pourront être tout aussi prégnantes, et constituer un important réservoir d'images leurrantes susceptibles de favoriser l'investissement névrotique de la relation au médecin, et donc un transfert. Nous y reviendrons.



Le jeu du docteur, entre pulsions et représentations de l'acte médical.

À propos des études médicales

Nous avons donc évoqué quelques éléments inconscients pouvant avoir guidé l'homme vers le choix de la profession, la fonction de médecin. S'ensuivent - si tout se passe comme prévu - plusieurs années de formation pratique et théorique pour produire, en « sortie d'usine », un médecin opérationnel. Cette introduction cynique appelle une remarque. Cette thèse concerne le médecin généraliste, le médecin de famille. C'est de ce point de vue que nous aborderons quelques aspects des études médicales. Même si, comme nous l'avons déjà dit, chaque médecin spécialiste peut y lire ce qui sous-tend sa pratique d'un point de vue inconscient et relationnel. Mais c'est bien du point de vue spécifique de la médecine générale qu'il faut envisager la suite. S'il est bien une médecine de l'homme, par opposition à la médecine d'organe, c'est la médecine générale.

Tout d'abord, il semble toujours pertinent de rappeler l'évidence. L'enseignement de la médecine est *hospitalier*. À quelques exceptions près, ce mode d'enseignement inévitable induit un découpage non moins évitable, par organes ou - au mieux - par grands systèmes. Le socle des connaissances ainsi acquises est évidemment nécessaire, mais cette approche néglige inmanquablement la globalité humaine que nous avons évoquée dans le chapitre précédent. Le corollaire quasi obligatoire à ce découpage est le maintien d'une hiérarchie du corps sur l'esprit. Balint y voit un interdit qui freine l'approche médicale de la psychologie. Car quand nous examinons un patient, nous ne pouvons nous empêcher de faire notre propre examen à travers lui ⁵. Pour le médecin en bonne santé, l'identification au patient sera d'autant plus forte que le patient n'aura pas de maladie organique. L'examen du « malade qui n'a rien » plonge le médecin dans un auto-examen parfois troublant, car il peut se trouver nez à nez avec ses propres problèmes. Tout se passe comme si le cursus nous évitait la relation subjective avec le patient, pour éviter cet auto-examen délicat.

Prédominance du corps sur l'esprit

C'est une certaine forme de pensée médicale qui donne la priorité à la recherche de la maladie organique, ce que Balint nomme « élimination par des examens physiques appropriés ». Cette classification hiérarchique des maladies (et des *malades*) est pernicieuse ³⁷ car elle entretient la dichotomie du corps et de l'esprit et, à l'extrême, le déni catégorique de l'influence des représentations mentales sur notre physiologie, « comme si le psychisme

pouvait survoler gracieusement, comme un petit nuage, l'opacité d'un corps aveugle et sourd, soumis à tous les traumatismes du hasard, sans jamais introduire son grain de sel dans la chimie cellulaire »³⁷.

Ce n'est qu'une fois confronté à la réalité de la pratique extra hospitalière que le médecin prendra toute la mesure de ce qu'il ignore du malade. Relisons ce que Ferenczi (omnipraticien de formation) écrivait déjà en 1933 : « On fréquentait une faculté de médecine dont on sortait docteur avec beaucoup de connaissances théoriques et pratiques sans savoir la moindre chose de la vie humaine. À l'extérieur par contre, dans le monde de la pratique médicale, le facteur psychologique est pour la thérapie tout aussi important que l'état objectif des organes »¹³.

Au delà de cette prédominance du soma sur la psyché, cet enseignement hospitalier entretient deux situations, deux écueils décrits par Balint.

- La ***survivance de la relation maître-élève***, qui lie le médecin spécialiste à l'omnipraticien. Cette relation est complexe et plurifactorielle, mais est immanquablement entretenue par les études hospitalières.

- La ***collusion de l'anonymat***. Pour dire les choses clairement, c'est la multiplication des intervenants médicaux face à une maladie ou un malade qui pose problème, ce qui a pour effet de diluer les responsabilités et d'écarter efficacement le problème sans le régler. La complexité du système hospitalier favorise ce phénomène, qui existe également en pratique extrahospitalière.

Balint nous mettait déjà en lumière ces écueils dans la pratique médicale. Mais la machinerie hospitalo-universitaire n'a pas d'autre choix que de pérenniser malgré elle ces phénomènes. Faute de pouvoir changer les choses, que chacun puisse prendre la mesure de ce que cela représente dans sa propre pratique.

La formation par identification

Tout comme la personnalité se constitue par identifications successives, le personnage du médecin va s'édifier par identifications. L'identification est « un processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci »³¹.

L'étudiant ne s'identifie pas à une entité, la médecine, mais à des personnes concrètes exerçant la médecine ²⁸. Au fur et à mesure des études médicales, cette identification au médecin remplace, efface l'identification au malade, encore présente au début du cursus. Mais pour s'identifier, se construire avec richesse, faut-il encore être en contact avec les maîtres. L'hôpital favorise l'anonymat étudiantin, et nombre de carabins n'auront pas de rapport privilégié avec les médecins, et trouveront dans cette distance, cette froideur, cette rigidité, un semblant d'identité et de caractère. Mais s'agit-il d'une authentique construction d'une identité de médecin, ou bien de mécanismes défensifs plaqués ?

C'est ce que Lucien Israël nomme la *carapace*. Face à la dureté des études, du contact à la mort, à la maladie, mais également du fait de l'isolement, le médecin se durcit, se ferme. « Cette carapace apparemment hautaine et méprisante est souvent attribuée à l'habitude du succès, à un excès de confiance en soi, alors qu'elle exprime en fait la conscience d'une certaine fragilité qui ne veut pas s'exposer. Pour ne pas se dévoiler tel qu'il est, il se couvre d'un masque, ce masque qui correspond à l'image que le public se faisait de lui. Les deux imaginaires, celui du médecin et celui du public se confondent pour donner un semblant de réalité à une fiction. Il faudra pourtant que le médecin réussisse à se défaire de cette armure au cours de ce moment privilégié qu'est la rencontre avec le malade » ²⁷.

L'image du médecin

Arrêtons-nous un instant sur l'image que renvoie ce personnage, dans son propre esprit et dans celui du public. Cette image va en quelque sorte résumer ce que nous avons dit sur cette fonction. Cette image est peut-être celle qu'on veut se faire de lui, et ne lui appartient donc pas. Il n'est pas nécessairement responsable de ce qu'il représente, de ce qu'il incarne. Ce n'est pas forcément une étude statistique ou phénoménologique qui va nous montrer ce qu'est le médecin, au plus profond de son personnage. Dans une perspective psychanalytique, la réalité objective de la pratique médicale s'efface derrière la force des représentations et des fantasmes autour de ce personnage. « La représentation que le malade se fait du médecin est un écran sur lequel se projettent toute une série d'images » ²⁷.

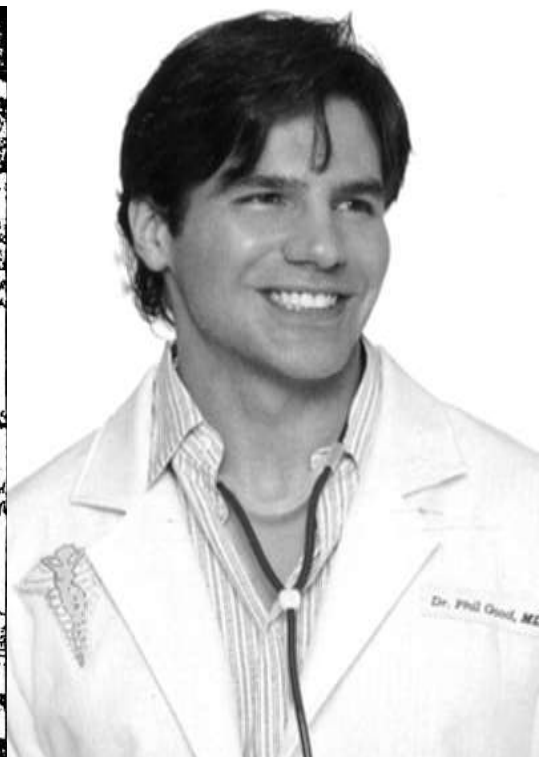
Il a accès à la maladie, à la mort. Les connotations quasi religieuses de son exercice renforcent cette position, héritée depuis la nuit des temps, d'aussi loin qu'existent les

guérisseurs. La capacité de guérir, et finalement de lutter contre la mort, est une toute puissance, parfois magique. La prévalence moderne de la science sur le religieux a cependant mis un peu d'eau dans ce vin mystique...

Il a également accès au corps, au sexe, et par extension à la sexualité. Pour résumer, il a accès aux grands tabous de l'humanité : la mort, le sexe. Cela lui confère un pouvoir inégalé. Ce pouvoir est majoré par celui de faire mal. On n'est pas si loin du chaman.

Nous ne parlons pas ici de son pouvoir réel, mais du pouvoir qu'on lui prête, qu'on lui suppose.

Ce pouvoir lui est conféré par un savoir, lui aussi *supposé*, et non pas réel. On touche ici une notion fondamentale sur ce personnage. Il est *le sujet supposé savoir*, et *supposé pouvoir*, d'un secret sur la vie, le sexe, la souffrance, la mort. Ce concept psychanalytique (Lacan) semble être un élément fondamental de ce qu'est le médecin, qui peut ainsi être le support d'une imago parentale. Nous verrons plus loin son importance dans les mécanismes de transfert.



Du médecin de la peste (gravure de 1656) au docteur Phil Good, un réservoir infini de représentations de l'image du médecin.

Eléments de réflexion sur l'exercice de la médecine

Nous avons ainsi évoqué sous un regard psychanalytique quelques aspects de ce qui pouvait résider au plus profond du personnage du médecin. Nous avons posé la question : « être médecin, c'est quoi, au fond ? » Mais nous n'avons presque pas posé la question : « être médecin, ça devrait être quoi ? »

Une perspective psychanalytique de la médecine générale nous éclaire également dans ce sens. Les auteurs d'inspiration psychanalytique qui se sont penchés sur la question proposent des pistes de réflexions et mettent en évidence certains écueils.

Tout d'abord, et c'est sans doute le plus important, pour comprendre le malade, il faut d'abord *se comprendre soi même*. Comprendre ce que l'on est en tant qu'individu, ce que l'on représente dans sa fonction de médecin, et avoir exploré son propre rapport à la médecine. Non pas pour modifier sa conduite, mais pour prendre conscience de ce que l'on est, de ce que l'on fait, ce qui constitue déjà selon Balint un « changement de personnalité limité bien que considérable ». Comprendre qui l'on est, c'est très compliqué. Mais au moins laissons de côté cette carapace défensive, et que chacun s'offre accès à sa propre subjectivité, pour mieux comprendre et aider l'autre. Nous espérons que les notions que nous avons évoquées jusqu'ici puissent participer modestement à cette ouverture d'esprit, cette humanisation de la pratique.

Ensuite, il faut prendre conscience, pour s'en libérer, de ce que Balint appelle la *fonction apostolique*. Dans la pratique interviennent des expressions de la personnalité du médecin, et c'est en quelque sorte l'usage qu'il fait de son « bon sens ». Pour mieux comprendre, citons à nouveau Balint, qui est à l'origine de cette notion : « la mission ou fonction apostolique signifie d'abord que chaque médecin a une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient lorsqu'il est malade. Bien que cette idée soit rien moins qu'explicite et concrète, elle possède une immense puissance et elle influence pratiquement chaque détail du travail du médecin avec ses patients. Tout se passe comme si tout médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer : de ce qu'ils doivent pouvoir supporter [...] comme s'il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses patients. » Ces manifestations peuvent être désastreuses sur le plan thérapeutique et, en plus d'en prendre conscience, il faut tenter de les maîtriser. Tâche ardue.

Il faut également réaliser que le médecin est *supposé savoir* pour le patient, et tout médecin généraliste sait bien que son savoir ne peut être exhaustif. Il existe donc un décalage entre les connaissances supposées du médecin et leur inexhaustivité réelle. Selon Louis Velluet, « cette insuffisance est nécessaire. C'est elle qui va permettre l'interposition dans le déroulement des échanges, de moments de suspens dont l'importance est primordiale. Ces moments où se grippe la mécanique de l'alternance plainte - geste technique sont ceux où le médecin se donne le droit de non-réponse sans pour autant renvoyer son patient à d'autres »³⁷. Cette insuffisance du savoir est peut-être une porte ouverte d'accès à ce que la maladie recèle au fond d'elle. Quelque chose qui dépasse le domaine médical. Car les solutions *médicales* ne soignent que l'*expression médicale* d'un problème.

La question est donc posée de la compétence psychologique du médecin. C'est une lapalissade de dire que la formation du médecin insiste sur le traitement objectif de maladies objectives, en évitant la relation subjective à deux avec le malade.

Il faut donc en médecine générale avoir cette conscience de la nécessité d'un abord psychologique. Comment se former ? Psychanalyse personnelle ? Groupes d'échange de pratiques ? Jeu de rôle ? Groupe Balint ? Il n'y a pas de réponse univoque, et il n'est pas question de développer ces pistes ici. Mais l'abord psychologique du patient ne peut pas se faire armé de son seul bon sens. Il faut donc au moins prendre conscience du fond inconscient de la relation dans toute sa singularité, et au mieux acquérir des outils pour utiliser cette relation dans un but thérapeutique. Comme le souligne fermement Louis Velluet : « une pratique qui ne prendrait pas en compte la dimension psychosomatique des phénomènes morbides et négligerait de ce fait l'influence des représentations mentales, ne pourrait prétendre à l'appellation de médecine »³⁷.

Tout un programme...

Nous avons donc tenté de répondre aux deux premières questions : qui est le malade, et qui est le médecin. Il est temps d'entrer au cœur du sujet, la rencontre de ces deux personnages, et d'essayer de répondre à cette question : la relation médecin-malade, c'est quoi ?



Psyché ranimée par le baiser de l'Amour, Antonio Canova, musée du Louvre.

*Eros et Psyché,
l'amour et la pensée,
le désir et l'âme,
la demande et l'inconscient.*

La relation médecin-malade

Introduction

Nous avons évoqué depuis le début de nombreuses notions concernant le malade, la maladie, le médecin. Ces approches historique, anthropologique et psychanalytique convergent vers une conception globale, holistique de ces deux personnages et de la maladie, mettant en exergue l'implication fondamentale des processus psychoaffectifs et inconscients. Nous l'avons vu, c'est dans toute sa subjectivité que l'homme « tombe malade » et la maladie prend alors pour lui une place singulière. Il part ainsi à la rencontre du médecin, cet autre homme, porteur lui aussi de toute sa singularité, et chacun a une idée plus ou moins précise de qu'il attend de l'autre.

Plus que la rencontre « d'une confiance et d'une conscience », la relation médecin-malade apparaît alors comme la rencontre « de deux inconscients ».

De la signification de la consultation

« Consulter le médecin, qu'est ce que ça veut dire ? » Question inattendue... En fait la réponse est contenue dans la question. Consulter le médecin, ça veut « dire ». C'est un mode d'expression. Le malade consulte pour présenter un symptôme, exprimer une angoisse, poser une question, demander un traitement... dans tout les cas il est porteur d'un *message*. Consulter le médecin, c'est avant tout *communiquer un message* plus ou moins explicite... Quel est le message ? Quelle est la demande ?

La demande, entre besoin et désir

Quelques données théoriques

Il est nécessaire de préciser cette notion. La demande comme nous l'entendons, n'est pas forcément la demande verbale, comme par exemple « donnez moi des antibiotiques, il n'y a que ça qui marche ». Pour comprendre ce qu'il faut entendre par *demande*, plongeons à nouveau dans la pensée psychanalytique.

Dans le modèle freudien, le premier temps de la vie est le *temps du besoin*. Le nouveau né exprime par un cri un besoin biologique, vital. La mère y répond en donnant le sein ou le biberon, c'est l'expérience de satisfaction. Puis rapidement le bébé va peu à peu être en mesure d'halluciner le sein, objet de la satisfaction du besoin. Il tète alors dans le vide et se procure l'illusion d'une satisfaction physiologique. C'est une pulsion d'autoconservation. C'est le *temps du désir*. C'est une représentation de l'objet de satisfaction qui se confond avec l'objet lui-même. Ce décalage entre la réalité de l'objet du besoin et la représentation, l'objet du désir, implique un manque, et est probablement inscrite dans le fonctionnement psychique de l'homme, tout au long de sa vie dans sa relation au monde. Son objet de satisfaction du besoin est à jamais perdu, et toute sa vie l'homme est en quête dans le monde réel de cet objet perdu. Il y substitue sa représentation, son objet du désir, que nul objet réel ne peut satisfaire.

Pour Lacan, la *demande* s'appuie sur ce manque, cette insuffisance de l'objet de désir pour combler le besoin. *Par la demande c'est le désir qui est exprimé, et non le besoin.*

Dans la relation médicale, si l'on situe le patient dans le *registre du besoin*, besoin du soin, la réponse ne peut être que linéaire, symptomatique, et nous encourage sans doute à une position maternelle.

Si par contre on situe le patient dans le *registre de la demande et du désir*, on conçoit bien la profondeur des intrications de cette demande fondamentale, qu'il faut appréhender dans sa globalité. Cette conception appelle quelques réflexions.

La demande de soin

Le patient exprime au médecin un symptôme, une plainte. Balint nomme ceci « l'offre du symptôme ». Cette expression a le mérite d'énoncer le symptôme comme un élément mobile, transactionnel, porteur d'un message. Quand le patient dit : « donnez-moi des antibiotiques, il n'y a que ça qui marche », il exprime les choses dans le *registre du besoin*. Il n'exprime pas la *demande* dans le sens où nous l'avons définie. Derrière cette demande superficielle, existe probablement une demande plus profonde, plus archaïque. Lacan propose une piste de lecture de cette demande : « Quand le malade est envoyé au médecin ou quand il l'aborde, ne dites pas qu'il en attend purement et simplement la guérison. Il met le médecin à l'épreuve de le sortir de sa condition de malade ce qui est tout à fait différent, car ceci peut impliquer qu'il est tout à fait attaché à l'idée de la conserver. Il vient parfois nous demander de l'authentifier comme malade, dans bien d'autres cas il vient, de la façon la plus manifeste, vous demander de le préserver dans sa maladie, de le traiter de la façon qui lui convient à lui, celle qui lui permettra de continuer d'être un malade bien installé dans sa maladie. ³⁰ »

Du désir ?

Mais cette demande ne tourne pas nécessairement autour de la maladie. Elle peut être d'une toute autre teneur, et ne sera accessible que par une approche globale du patient, avec l'aide du temps. Et s'il s'agissait d'une demande fondamentale ? Une demande d'amour ? Une demande de l'autre ? « Toute plainte, authentique demande d'amour, est sous-tendue par l'inconnu du désir » ¹². C'est le besoin affectif que souligne avec humour Winnicott : « en fin de compte ce qui importe réellement, ce ne sont pas ses connaissances et son habileté, mais le fait que le village (ou le quartier) sait et sent qu'il est vivant et disponible. La présence physique du médecin satisfait un besoin affectif » ³⁸. Poser la question du désir dans la relation, prend donc sens, et renvoie à tout ce que nous avons évoqué d'hypothèses sexuelles et fantasmatiques à propos du malade d'un côté, du médecin de l'autre. Concevoir l'existence d'une demande, c'est concevoir le désir qui circule. « Ainsi émerge un dilemme assez caractéristique de la pensée de Lacan : du manque au désir, le sujet accède au langage, et du désir à la demande il s'y aliène » ²¹.

Car la demande n'existe que par l'autre, elle est *adressée*.

À qui est adressée cette demande ?

Cet autre, dans le cas particulier de la consultation, c'est le médecin. Et c'est à la fonction, au personnage, qu'elle est adressée, car cette demande est symbolique ¹⁹. Mais le médecin doit se savoir objet potentiel de désir pour manier la distance relationnelle ³⁷. Nous y reviendrons.

Accéder à cette demande ?

Le verbe « accéder » a ici un double sens parfaitement justifié. En même temps qu'on s'approche de cette demande, on y répond. Comment faire ? Louis Velluet propose ainsi : « La question posée devant chaque situation clinique ne se limite plus à : " comment vais-je procéder pour découvrir ce qu'il (elle) cache de pathologique ? ". Elle devient : " que vient-il (elle) chercher auprès de moi ? " » ³⁷.

Idéalement, derrière toute plainte, tout symptôme, ou même demande superficielle, il faudrait pouvoir déceler la demande fondamentale, en intégrant la globalité du patient. C'est l'ambition idéale de ce que l'on appelle le *diagnostic global*, en l'extrapolant à sa dimension des enjeux inconscients. Mais tout ceci s'inscrit dans la durée d'une relation prolongée. De manière ponctuelle, il faut avant tout recevoir le symptôme, « accepter l'offre », dirait Balint, écouter le malade et ainsi lui signifier qu'on l'accueille, qu'on le comprend, et qu'on est prêt à l'accompagner. C'est là où cette conception est quasiment spécifique de la médecine générale, en ce qu'elle nécessite un rapport global au patient, et qui s'inscrit *dans la durée*. Ce dernier point est absolument fondamental. C'est avec le temps que l'on connaît le patient, son histoire, sa personnalité. Et c'est aussi avec le temps que le malade parvient à exprimer des messages plus explicites, c'est-à-dire des symptômes plus intelligibles, à la lumière de ce que l'on connaît de lui. Par ailleurs, on sait l'importance des phénomènes et des conduites de répétition dans l'expression du fait psychique. Le temps est un outil précieux du médecin généraliste.

« *Le temps mûrit toute chose ; par le temps toutes les choses viennent en évidence. Le temps est père de la vérité* » (Rabelais).

La demande est donc un message fondamental adressé. Elle est la justification profonde de la relation médecin-malade. En plus de s'appuyer sur la relation, elle en constitue le fondement, la clef.

La relation s'appuie sur l'échange, au sens large. Elle est régie par des mécanismes inconscients, le transfert et le contre-transfert.

Le transfert médical

Définitions

Le terme de transfert désigne en psychanalyse, « le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué »³¹. Il s'agit là du transfert psychanalytique, un des piliers de la cure, que l'analyste utilise pour réactualiser sur sa personne des souvenirs, des désirs anciens de l'analysant.

Mais le mécanisme de transfert est partout où la relation humaine existe. On peut appliquer des représentations de son propre père au gendarme qui nous dresse un procès-verbal. Sur lui peut se réactualiser une imago paternelle.

Dans la relation médecin-malade, la situation, par la force des représentations et par l'intensité de la rencontre et des enjeux, est particulièrement propice au phénomène de transfert. Ce transfert médical est double :

- Un **transfert fondamental** : Il s'agit là d'un transfert bien particulier, qui ne véhicule pas en priorité des images et des représentations privées, mais « une forme immémoriale de transfert... De celles qui inspirent au tréfond de la tripe de tout être humain, toutes cultures et toutes époques confondues, un mystérieux respect, une dépendance aussi puissante qu'étrange »¹⁹. C'est en quelque sorte un héritage historique et anthropologique, sur lequel se fondent les représentations inconscientes de la vie, la mort, la maladie, du guérisseur... Héritage transmis à travers les âges jusqu'aux profondeurs de notre pensée moderne.

- Un **transfert privé**, qui réactualise sur le médecin, des processus relationnels anciens, parfois même archaïques, notamment liés à une image parentale. Mais ce peut être une image

idéale du lui-même que le patient recherche, en investissant avec d'autant plus d'intensité son médecin que celui-ci sera porteur de son narcissisme, « tout comme l'enfant se console de sa faiblesse en idéalisant ses parents et leur pouvoir »²⁸.

Ce transfert médical, par sa double composante, fondamentale et privée, s'accroche aussi bien aux critères propres de la personne du médecin (aspect physique, voix, personnalité) qu'aux éléments culturellement stéréotypés du personnage (le stéthoscope, les paroles médicales...). Ce transfert inconscient, cet investissement affectif peut être positif ou négatif.

Ce transfert médical est favorisé par le fait que le médecin est supposé savoir, et supposé pouvoir. L'utilisation d'objets médicaux peut interférer dans le mécanisme de transfert, comme elle peut le favoriser. Les rituels et les objets médicaux peuvent « servir de support à une sorte de jeu subtil entre la chose matérielle et la réalité psychique », comme le souligne Louis Velluet³⁷.

Le transfert médical n'est pas le transfert analytique. Le médecin n'est pas psychanalyste. Il a un accès nécessaire et autorisé au corps. Il est par ailleurs visible et pas forcément silencieux. Le contexte est tout à fait différent, et la situation médicale ne peut prétendre aux mêmes mouvements transférentiels que la situation analytique. Et inversement.

Que faire de ce transfert ?

En concevoir et en percevoir l'existence semble déjà un premier pas intéressant. Il n'est pas question de faire ce que Freud appelait de la « psychanalyse sauvage » et il ne s'agit pas de faire l'interprétation de ces mouvements sur un plan inconscient. *Mais il faut prendre la mesure de ce que les malades peuvent voir en nous.* Jean-Paul Gaillard s'adresse ainsi aux médecins : « Si vous souhaitez que les femmes et les hommes qui viennent à vous, par le truchement de votre consultation, guérissent mieux, il est probablement nécessaire que vous assumiez avec simplicité d'être traversés par cette croyance fondamentale, et que cette acceptation se lise dans vos mots et dans vos gestes »¹⁹.

Le contre-transfert médical

C'est un concept psychanalytique, également applicable à la relation médicale. C'est l'ensemble des réactions inconscientes et affectives du médecin à la personne du malade, et plus particulièrement au transfert de celui-ci ^{31,34}.

C'est en fait la question du ressenti du médecin. Le médecin face au malade peut ressentir de la souffrance, de l'inquiétude, de la satisfaction, de l'agacement, de la déception, de l'embarras, de la surprise... À propos de ce ressenti, Balint écrit : « ceci ne signifie pas qu'il faille donner libre cours à nos réactions émotionnelles, ou même les exprimer ; mais qu'il faut que nous les écoutions et que nous tâchions ensuite d'évaluer l'information comme faisant partie de l'ensemble de la relation entre le patient et nous-mêmes » ⁵. Ceci est favorisé par une « attention flottante » de la part du médecin, où les silences permettent d'accéder au ressenti. Ce mouvement, cet investissement affectif, peut être positif ou négatif, à l'instar transfert.

Tout se passe comme si le ressenti du médecin faisait partie de l'offre du symptôme, du message adressé par le malade. Contrairement à Freud, qui voyait dans le contre-transfert une entrave à la capacité d'écoute, Paula Heimann (1949) le considère comme une création du patient, faisant partie de sa personnalité, en faisant un outil précieux pour la compréhension du patient ²⁵. Comme si la perception inconsciente de l'inconscient du patient précédait la perception consciente de la situation. Cette attitude postule que la résonance d'inconscient à inconscient sous tend la relation médecin-malade.

Récapitulons ensemble quelques points fondamentaux. Quand le malade et le médecin se rencontrent, c'est dans toute leur singularité qu'ils vont entrer en relation. Nous avons vu tout ce qu'il pouvait y avoir de représentations inconscientes préalables d'un côté comme de l'autre. Le malade vient offrir un symptôme, qui est un message, une demande pas forcément explicite. Le médecin va tenter de répondre à cette demande, par le verbe, par le corps. Cette relation mobilise des réactions affectives inconscientes, qui circulent. Tout ceci s'inscrit dans la durée d'une relation suivie, et pas sur une consultation ponctuelle.

Ce qui est au cœur de la relation médecin-malade, c'est la *circulation* du symptôme, du message, des réactions affectives. Finalement, ce qui circule, c'est cette entité complexe de maladie, avec tout ce qu'elle implique. Ça circule, comme au temps du chaman...

À propos de la communication

Nous avons ainsi abordé jusqu'ici de nombreuses notions concernant la psychologie de la relation médecin-malade, dans une approche psychanalytique. La demande, avec la réponse que le médecin peut y apporter, constitue le fond de la communication. Mais comment circulent les messages, quelles sont les voies de la communication ?

La voix du symptôme, par qui parle le corps

Fondamentalement, c'est avec le symptôme, avec la maladie que le malade communique. Pour Jean-Paul Gaillard, le symptôme est « la moins mauvaise solution trouvée par un humain pour faire face à un problème insoluble par les voies habituelles de la communication »¹⁹. Le fait d'avoir un symptôme et de venir le présenter au médecin, c'est déjà un message. Si ce n'est le message. La maladie est plus une forme de message que le fond même. Le symptôme, par le langage du corps, est un mode de communication. C'est là que ce que nous avons appelé le « langage d'organe » peut éclairer la compréhension du message. Mais cette interprétation connaît ses limites, et ce lien symbolique ne peut être fait que par le malade.

À propos du langage

Le malade vient exprimer une plainte, un symptôme avec des mots, ses mots à lui. Dans *le médecin de demain*, Jean-Paul Gaillard décrit le « dire » comme la dernière étape d'élaboration du message, après « ressentir » et « exprimer »¹⁹. Mais ces trois étapes font partie du message global et il ne faut pas exclure les origines de la parole au seul bénéfice du message « dit ». Cela pose inmanquablement la thématique du signifiant et du signifié. Jacques Lacan, rodé à la linguistique saussurienne, pose la parole comme *signifiant*, c'est à dire un signe, l'image acoustique d'un mot. Ce signifiant tend à rendre compte du *signifié*, le concept, c'est-à-dire une représentation mentale d'une chose. L'association d'un signifiant à un signifié est arbitraire et culturelle. Là où son approche est particulière, c'est qu'il place le signifiant comme plus représentatif de l'inconscient que le signifié. Que pour comprendre ce qu'il y a d'inconscient, le verbe est plus important que l'idée. « Il n'y a de l'inconscient que

du dit. Nous ne pouvons traiter de l'inconscient qu'à partir du dit »¹... Sans aller au fond de ces notions sibyllines, retenons l'importance du mot, en ce qu'il porte de message, en en cette capacité en résonner chez celui à qui il est adressé. Finalement, c'est faire attention à ce qui est dit, en concevant ce que la parole porte de sens inconscient, pour celui qui l'adresse, comme pour celui qui la reçoit.

Les voies de la communication : on ne peut pas ne pas communiquer

Différents modèles ont été décrits pour caractériser la communication. Le modèle le plus simple est le modèle linéaire. Un émetteur envoie un message à un récepteur. Le récepteur renvoie un message. Nous en avons clairement montré les limites précédemment. C'est dans une optique systémique que la communication trouve la profondeur de son sens, où tous les éléments du système sont interdépendants. Entre malade et médecin, le comportement de l'un est lié au positionnement de l'autre. Il faut voir la consultation, la communication comme un système, ouvert, complexe, dans une approche globale, au même titre que nous avons voulu considérer le malade de manière holistique.

- **La communication verbale** : nous en avons parlé à propos du langage. Il transmet un sens primaire, accessible à qui parle la même langue, utilise le même code. Mais il transmet aussi un sens latent, symbolique. Il s'agit là d'un sens potentiel, qui implique la subjectivité de celui qui reçoit le message. Mais ce message est *adressé*, et le destinataire peut légitimement y entendre un sens potentiel, même subjectivement. Les mots peuvent prendre un sens bien particulier, notamment à travers les « symptômes du langage » que sont les lapsus, les dénégations et les associations de pensées dans le discours.

- **La communication paraverbale**, concerne les caractéristiques de la voix, l'intonation, l'accentuation, le débit, la diction, le rythme... Elle est riche de sens.

- **La communication non verbale**, celle du corps. Cela concerne l'aspect général, la mimique, le regard, la gestuelle, la posture, la distance physique⁸. Nous avons vu plus haut que le corps communique un message, via la maladie. Mais il communique également *sur* ce message. Cette communication non verbale est à prendre en compte dans la compréhension du message, et également dans la réponse du médecin.

¹ In : le séminaire, livre XX, 1972

Jean-Paul Gaillard, reprenant Gregory Bateson (sociologue américain, 1904-1980), insiste sur le fait que geste et parole ne sont en aucune manière la traduction l'un de l'autre. *Ils coexistent mais ne se confondent jamais*¹⁹.

Du côté du médecin : le registre de la réponse

Nous avons jusque là surtout insisté sur les implications inconscientes chez le malade, et entraperçu à quel point elles étaient importantes à prendre en compte. Le médecin doit faire preuve de finesse, d'ouverture et de sagacité à propos du message qui lui est envoyé, pour le recevoir dans toutes ses implications. Mais c'est aussi dans le registre de la *réponse à la demande* qu'il se doit de prendre en compte cette réalité psychoaffective, celle du malade comme la sienne.

Il est impossible de mentionner ce qui constitue le *contenu* du discours du médecin. C'est le champ entier de la médecine qu'il faudrait évoquer ! Mais sur la *forme*, comment le médecin peut-il, doit-il communiquer ?

Il doit gérer sa communication verbale et non verbale, en tentant de maintenir entre elles une certaine adéquation acceptable. Cette dysharmonie entre le langage gestuel et la parole, le patient peut la percevoir inconsciemment, et la relation s'en trouver menacée. Cette mise en jeu du corps dans la relation est donc centrale, de part et d'autre, et traduit notamment que le médecin n'a d'autre choix que de répondre corporellement à la demande corporelle du malade.

Insistons à nouveau sur la notion d'écoute, qui doit être globale, ouverte, pour percevoir les messages qui lui sont adressés, quelque soit leur nature. C'est également par le silence maîtrisé, qu'il fait lien entre les éléments, et surtout qu'il laisse le patient élaborer ses propres associations. Cela pose la question de la distance relationnelle, qu'il faut apprendre à maîtriser...

Nous glissons ainsi progressivement, emportés par notre élan, vers le domaine de la technique relationnelle et de la psychothérapie du médecin généraliste. Sujet vaste s'il en est ! Mais ce n'est pas notre propos. Ce qui compte ici, ce n'est pas la technique, c'est d'accepter l'existence de processus inconscients chez le malade *et chez le médecin*. C'est finalement prendre en compte tout ce que nous avons dit jusque là, et l'intégrer à la pratique. C'est

accepter que ces processus soient à l'œuvre dans la relation, que cela conditionne la communication, la relation elle-même, et sans doute le devenir du malade et de sa maladie.

Finalement pour aider le malade, il faut investir la relation de manière consciencieuse...et inconsciente. Il faut intégrer la dimension psychoaffective de la relation, pour guider le malade vers la guérison. *Sa guérison.*

Vers une nouvelle théorisation de la relation médecin-malade

En guise de conclusion sur ces aspects relationnels, envisageons une perspective thérapeutique. Intégrer cette réalité psychoaffective dans la relation, c'est abandonner l'aspect purement symptomatique, *linéaire*. C'est faire du malade un homme, et donc respecter et promouvoir son intégrité, son autonomie.

Louis Velluet, généraliste et psychanalyste a théorisé trois espaces virtuels où évolue la relation entre le médecin et le malade. Ces espaces théoriques sont des repères, des « stades » pour situer le degré d'autonomie du patient. Dans la pratique, il s'agit d'aider le patient à passer d'un espace à l'autre, vers l'autonomisation, idéal du soin.

Les trois espaces de la relation

- L'espace premier

C'est la dépendance totale du malade au médecin. C'est le cas de certaines névroses, des personnalités immatures, ou du patient qui dit « je n'en sais rien, c'est vous le docteur ». Les mécanismes de régression y sont palpables. Tant que le malade ne veut pas changer d'espace, il faut accepter ce rôle qu'il nous confie, sans le favoriser. Le malade a besoin d'être materné, et le médecin joue un rôle de pare-excitation^{37,16} contre les agressions extérieures ou les excitations internes excessives. « On se trouve alors à un stade préalable à toute mise en forme d'une demande structurée. Celle-ci n'est pas formulable dans la mesure où le patient vit le médecin comme un élément de son propre système perceptif ». Il faut prendre conscience de cet espace de relation, l'accepter sans le favoriser, et tenter de faire accéder le malade à l'espace suivant.

- L'espace intermédiaire ou transitionnel

C'est cet espace qu'occupent la majorité des relations médecin-malade. Il s'agit d'un espace de négociation, où le patient intervient dans les décisions partagées. Il y a une part de démystification de la fonction médicale, bien que le malade garde des représentations fortes du médecin, de la maladie. La plupart des notions évoquées jusqu'ici s'inscrivent dans cet espace relationnel. C'est en fait l'étendue immense où évolue le patient, entre la régression complète et le troisième espace d'autonomie.

- L'espace psychosomatique

C'est le stade ultime de la relation. Le patient y a pris conscience de son individualité psychique et somatique, et du lien qui les unit. « Dire qu'il sait ne signifie pas pour autant qu'il puisse le formuler clairement. Formulons-le pour lui : il avance, mû par la conviction que la relation transférentielle qu'il entretient avec son médecin généraliste l'aide à reconnaître une voie qui est la sienne et qui ne lui est pas imposée puisqu'elle est le fruit d'un travail commun »³⁷.

Le but ultime est donc d'autonomiser le malade, et donc l'évolution ne peut venir que de lui. Le médecin a pour rôle de favoriser cette évolution, jamais de la forcer. C'est le temps qui permet le mûrissement des êtres et des choses, et tout s'appuie sur la relation. Même si c'est dans une perspective d'autonomisation du malade, le médecin doit se libérer de ce que nous avons appelé la fonction apostolique. La liberté, l'autonomie, ça ne s'impose pas à l'autre.

Conclusion

Nous voilà au terme de notre plongée dans les profondeurs de la relation médecin-malade. Ce regard d'abord historique, puis anthropologique et enfin psychanalytique nous a éclairé sur bon nombre de représentations inconscientes du médecin, de la maladie, et, finalement, des grands mystères de la vie, l'amour, la mort. Beaucoup de questions ont été soulevées, et les hypothèses posées, osées, ne peuvent emporter l'adhésion de tous. Il n'y a là rien d'encyclopédique ni de dogmatique, il s'agit de donner au lecteur quelques repères sur ce qu'il y a d'inconscient chez le malade, chez le médecin, et dans la rencontre de ces deux personnages. Appréhender l'inconscient dans la relation à l'autre, c'est lui accorder la dignité d'homme que lui confère sa profondeur, sa singularité. Dans la relation à l'homme malade, l'intégration de sa réalité psychoaffective devient une nécessité éthique et profondément humaniste.

Et s'il est bien une médecine qui permet ceci, c'est la médecine générale.

Deuxième partie

UNE EXPÉRIMENTATION
D'OBSERVATION DIRECTE DE
LA RELATION MÉDECIN-MALADE

Préambule :
Réflexion épistémologique
à propos de l'observation

Observation et scientificité

L'observation est une des formes de l'attention, un prolongement de l'attention, laquelle se définit comme une concentration des activités psychiques sur un objet particulier ¹⁰. Mais l'attention est aussi synonyme de sollicitude, d'égard. L'observation a pour but la connaissance, quelque soit son domaine.

Dès le début de l'humanité, c'est par l'observation que l'homme a compris le monde. Tout au long de l'histoire des sciences, le principe d'observation a été central, tantôt à l'origine d'une hypothèse, tantôt pour vérifier une hypothèse. Plus que centrale, l'activité d'observation précède ou suit toute pensée scientifique.

Mais la perception n'est pas le réel. Bachelard ¹ voit un obstacle épistémologique dans la projection de nos désirs, qui biaise les hypothèses ainsi que l'observation elle-même. La réalité n'est perçue qu'à travers ses effets, impliquant la perception et donc la subjectivité de l'humain. L'observation est donc un biais inévitable à la connaissance, en même temps qu'elle lui est nécessaire.

L'apport des sciences sociales

Les sciences sociales sont les disciplines d'observation et de documentation de la vie sociale. Pour Anne-Marie Arborio (*L'enquête et ses méthodes : l'observation directe* ¹), observer est une pratique sociale avant d'être une méthode scientifique. Il existe deux grands types d'observation en sociologie :

- **L'observation participante** ; c'est la situation où l'observateur s'introduit dans un groupe social et adopte les rythmes, communique avec les autres, s'intègre au groupe.

- **L'observation directe** consiste « à être le témoin des comportements sociaux d'individus ou de groupes dans le lieu même de leur activité ou de leur résidence *sans en modifier le*

¹ In : *La formation de l'esprit scientifique*, Bachelard. 1938.

déroulement ordinaire » ³². Ce sont des méthodes de documentation, visant à connaître le fonctionnement *ordinaire* d'un groupe social.

L'observation directe a pour terrain privilégié des espaces circonscrits ¹, où convergent les interactions. La consultation médicale est donc un terrain tout désigné d'observation directe. En sciences sociales, l'objet de l'observation est l'humain, impliquant d'autant plus la subjectivité de l'observateur. Les sciences humaines s'éloignent de la science de la nature qui mesure et théorise.

Observer le psychisme

L'Observation du psychisme humain est l'extrapolation, le comble de l'observation sociologique. Le but en est toujours une connaissance, mais ne peut prétendre à la même scientificité objectivable ou réfutable des sciences de la nature. Car le psychisme humain, qui n'est pas un objet concret, n'est pas observable en soi, il ne l'est qu'à partir des effets qu'il produit, notamment sur le psychisme de l'entourage, et donc de l'observateur ¹⁰. Cette observation du psychisme humain fait inévitablement appel à la subjectivité de l'observateur, subjectivité qui finalement lui confère sa pertinence.

De la métapsychologie à la quête de sens

L'observation du psychisme humain, notamment des processus inconscients et psychoaffectifs, se base essentiellement sur la métapsychologie psychanalytique. Celle-ci représente « un ensemble précis, construit, cohérent, d'énoncés rendant compte du fonctionnement psychique de la personne appréhendée dans sa totalité » ¹⁰. Pour Freud, elle est une science, car il s'agit de « découvrir derrière les propriétés directement perçues de l'objet, quelque chose d'autre qui dépende moins des particularités de nos organes sensoriels et se rapproche davantage de ce qu'on suppose être l'état de chose réel. » ¹⁸.

La nature de cette réalité psychique est donc supposée, mais on ne peut mieux faire, car l'observateur, dans sa quête de sens, est semblable à l'objet de son étude, et peut s'identifier à lui.

I. Hypothèse de recherche

L'observation, avec sa part de subjectivité inhérente, est donc une méthode de choix productrice de connaissance, de sens, et tout particulièrement dans le domaine du psychisme humain.

La période d'observation chez le médecin généraliste est une opportunité. Mais comment la mettre à profit dans un but de formation à la relation médecin-malade ? Il nous a semblé qu'au-delà des connaissances nécessaires, il était primordial de prendre la mesure de cette réalité psychique dans la relation médicale.

Cette réflexion nous a conduits à poser l'hypothèse de recherche suivante :

Par l'observation directe de la consultation de médecine générale, selon une méthode codifiée, a-t-on un accès *privilegié* aux enjeux psychoaffectifs de la relation médecin-malade, dans le but de s'y former ?

Pour observer, encore faut-il avoir une méthode de référence. Plutôt que de se référer strictement aux méthodes issues de la sociologie, engageons-nous vers une observation implicative.

II. Méthode

Transposer la méthode d'Esther Bick

Pour théoriser une observation implicative, penchons nous sur une méthode d'observation bien spécifique, l'observation du nourrisson, qu'Esther Bick a systématisé et promu. Nous verrons ensuite quels principes sont directement transposables à l'observation de la relation médicale.

Esther Bick (1901-1981) a systématisé une méthode de formation pour les psychothérapeutes d'enfants et les psychanalystes, qui consiste à venir observer, une heure par semaine, un bébé normal dans son cadre de vie habituel, dans une attitude de neutralité bienveillante, sans intervenir, et ce pendant les deux premières années de sa vie. Le travail est réparti en trois temps distincts : l'observation en elle-même, puis la rédaction de tout ce qui a pu être observé, dans les moindres détails que la mémoire permet, et un dernier temps de supervision de groupe par un psychanalyste rodé à la méthode.

Si nous reprenons une à une quelques règles fondamentales que préconisait Esther Bick, nous pouvons voir qu'elles sont transposables au cadre qui nous concerne : l'observation de la consultation médicale.

- La règle de la ***tabula rasa***. De la théorie faire table rase. Il faut savoir se libérer de ses *a priori* scientifiques et ne pas se précipiter sur une interprétation ou une théorisation. Comme le précise Albert Ciccone ¹⁰ « La théorisation trop précoce est bien souvent une défense contre la souffrance que génère le contact avec la vie émotionnelle. »

- Le corollaire de cette table rase, c'est un état de réceptivité, de ***disponibilité affective***, qui accorde une place centrale à l'expérience émotionnelle et fantasmatique de l'observateur lui-même. C'est se laisser toucher par ce qui vient, notamment sur les parties fragiles et vulnérables de soi. C'est s'intéresser à l'inattendu, c'est la capacité à se laisser surprendre. Cela pose la question du ressenti de l'observateur, nous y reviendrons.

- ***L'attitude de neutralité bienveillante***. L'observateur doit savoir rester silencieux, en veillant à garder une attitude neutre, concentrée et bienveillante. Il ne s'agit pas d'une observation participante, et il faut se garder d'intervenir, que ce soit par la parole ou par des mimiques inappropriées. Le sourire est accepté, faisant partie d'une attitude bienveillante.

Cette attitude permet à la fois de modifier le moins possible les interactions, et à la fois favorise la disponibilité, la réceptivité dont nous avons parlé.

- ***L'importance des trois temps.*** L'observation, d'abord, dans les règles énoncées plus haut. Puis un temps de rédaction, de retranscription, où l'observateur se retire, seul, se remémore et rédige les moindres détails. Le troisième temps de supervision est essentiel, et l'élaboration d'interprétations, de liens, ne se fera qu'alors.

Ce qui compte dans la méthode d'Esther Bick, ça n'est pas juste l'acquisition de données théoriques sur le bébé et sa relation au monde, c'est surtout d'augmenter les capacités psychiques de l'observateur.

Il en va de même dans l'observation de la relation médecin-malade. Il s'agit pour l'observateur d'élargir sa perception de la situation, en y intégrant une dimension psychoaffective. C'est intégrer cette dimension à sa compréhension du malade, du médecin, mais aussi - et surtout - à sa compréhension de lui-même. Car admettre une dimension inconsciente chez l'autre, c'est l'accepter chez soi.

Les enjeux, les limites

L'enjeu est simple, mais de taille : par cette méthode d'observation, prendre la mesure d'une réalité psychoaffective dans la relation médecin-malade. **Il ne s'agit pas de vérifier la théorie par l'observation, mais de s'ouvrir à cette dimension relationnelle.**

Le cadre de cette méthode se limite à la consultation de médecine générale, observée par un médecin généraliste en formation.

Les limites et les écueils sont nombreux, mais sembleront secondaires si l'enjeu fixé est atteint. Nous reviendrons en détail sur ces limites dans la discussion.

La méthode d'observation en pratique

L'observateur, armé de ses cinq sens, mémorise le plus d'éléments possibles de la consultation qu'il observe, sans prendre de notes, ce qui supposerait un tri des informations et qui le détournerait de la situation observée. Il se débarrasse de ses connaissances médicales, psychologiques, fait « table rase » de la théorie. Il porte son attention sur les aspects médicaux, relationnels, verbaux, paraverbaux, corporels, tout en restant attentif aux émotions qu'il ressent et qu'il mémorise également. Plus qu'une mémorisation, c'est une mise en condition de réceptivité, de disponibilité affective et émotionnelle, dans une sorte d'« attention flottante ».

Dès la consultation terminée, l'observateur se retire, et couche par écrit son observation. Il est conseillé d'utiliser un dictaphone pour dicter son observation, ce qui permet la transcription du plus de détails possible. Ce temps demande une grande concentration et un certain entraînement. Dans le récit de la consultation, l'observateur retranscrit de manière chronologique et naturelle tous les éléments dont il se souvient, y compris ses propres réactions, sans les interpréter, sans les masquer de pudeur. Cette mise en mots est essentielle et est déjà un processus d'appropriation, de subjectivation.

Dans un troisième temps, qui peut être séparé de quelques jours, l'observateur et un superviseur prennent le temps de relire l'observation, d'en discuter avec franchise, sans jugement, en laissant libre cours à leur ressenti à la lecture. C'est le temps d'élaborer, de confronter des hypothèses quant aux enjeux psychoaffectifs de la consultation.

Ce que ne doit pas être l'observation

L'observation n'est pas une séance de travaux pratiques de psychopathologie. Il n'y a pas lieu de rechercher des éléments sémiologiques pour établir un diagnostic psychiatrique ou bien pour classer la personnalité du patient, voire du médecin !

Le temps d'observation ne doit pas être l'occasion de faire ce que Freud appelait de la « psychanalyse sauvage » ¹. Il ne s'agit pas de tirer des interprétations à tire-larigot. D'une

¹ In : *À propos de la psychanalyse sauvage*, 1910

part, la situation n'est pas la situation analytique, d'autre part, l'observateur n'a pas la compétence du psychanalyste. Comme le remarque Jean-Jacques Kress ²⁹, « cette tendance à user des notions psychanalytiques est l'une des vicissitudes possibles de la formation théorique en psychologie médicale, qui est ainsi tournée à des fins défensives, le malade et ses affects étant mis à distance ». Cependant, lors du troisième temps de reprise, il pourra être question d'élaborer des hypothèses, et éventuellement de dégager *un sens potentiel*. Ce point est tout à fait fondamental : il s'agira toujours de rechercher un sens *potentiel*, et non un sens *absolu*.

Quelle consultation observer ?

Il peut être tentant de vouloir observer la consultation qui pose problème, l'annonce d'un diagnostic grave, la grande hystérique, le « beau cas ». Il faut résister à cette tentation. Tout l'intérêt de cette expérimentation d'observation est de percevoir l'aspect psychologique là où on ne l'attend pas forcément. Car comme le précise Louis Velluet : « l'influence souterraine des mouvements inconscients est décelable dans toute histoire clinique, aussi simple soit-elle » ³⁷. Il sera donc judicieux de choisir des consultations simples, variées, par exemple la rhinopharyngite, l'examen systématique d'un nourrisson, un renouvellement de pilule, le « malade qui n'a rien »...

Le plus simple étant de *ne pas choisir* quelle consultation observer.

Matériel : mon expérimentation d'observation directe.

J'ai procédé à plusieurs observations directes de consultation chez un seul médecin, le D^r K. Ce sont des consultations que je n'ai pas choisies au préalable, qui sont le tout-venant de la médecine générale.

Les observations se sont déroulées dans les règles énoncées de neutralité bienveillante et de discrétion.

Immédiatement après chaque consultation observée, je me retirais et dictais au calme tout ce dont je me souvenais. Cette dictée prenait entre 15 et 30 minutes. Je couchais ensuite par écrit l'observation, dès que je le pouvais, souvent le soir même.

Parmi ces observations, 6 ont fait l'objet d'une supervision en tête à tête. Les supervisions ont eu lieu plusieurs jours, voire semaines après l'observation elle-même.

Trois intervenants ont été sollicités, chacun ayant supervisé 2 observations :

- Le D^r K., le médecin généraliste observé.
- M^{me} Bonnaud-Antignac, maître de conférences en psychologie médicale.
- Le P^r Amar, professeur de pédopsychiatrie, habitué à la méthode Esther Bick.

Chaque séquence de supervision a duré environ une heure.

La supervision commençait avec une lecture de l'observation, puis les idées émergeaient, se croisaient dans une discussion ouverte entre le superviseur et moi-même. La discussion ne suivait pas nécessairement le fil chronologique de l'observation, mais fonctionnait par associations, par retour en arrière, donnant à la consultation une cohérence parfois frappante.

Chaque supervision a fait l'objet d'une retranscription, en tentant de regrouper les idées pas grands thèmes abordés.

Ce sont ces six observations, avec la retranscription de leur supervision, que je vous propose maintenant.

III. Résultats :
récits d'observations
et retranscriptions des supervisions

Consultation de Madame G.¹

Le D^r K. a 45 minutes de retard.

Je suis déjà dans le bureau de consultation, j'attends, debout. Le D^r K. invite la patiente à entrer. Tandis qu'elle franchit le pas de la porte, il lui annonce qu'il est avec un jeune médecin en formation, et lui demande si ça ne lui pose pas de problème. Elle marque un temps d'arrêt très court en me voyant, les yeux presque écarquillés. Elle lui répond : « non, non ». Elle me dit : « bonjour monsieur », je lui réponds.

C'est une femme d'environ 75 ans, bien apprêtée, coiffée, maquillée, élégamment habillée, avec un visage très expressif, et de larges sourires.

Nous nous installons. En s'asseyant, le D^r K. demande :

– Alors qu'est ce qui vous amène ?

– Bah, c'est pour mon renouvellement, docteur ! dit-elle, les bras croisés sur le bureau, légèrement penchée en avant.

– D'accord...

– Il fallait que je vous voie, j'ai eu un problème avec mes yeux, ils étaient tout rouge, jaune et noir...

– Les deux ?

– Oui, oui, les deux, et mon nez était pris en même temps, tout était pris, et puis c'est allé mieux. Vous pensez que ça peut être le diabète ? Parce que ces derniers jours il y a eu des excès. On a vu la famille, alors les repas, une coupe de champagne, ils m'incitaient alors j'en ai bu une deuxième. Et puis le lendemain, il y avait nos 60 ans de mariage. Alors ça fait des excès et je sais que c'est pas bon pour le diabète. Alors je me demandais si ça pouvait pas être ça la cause de mon problème aux yeux.

– Vous pensez que c'est votre diabète... Votre diabète qui vous sort par les yeux ! rajoute avec humour le D^r K. *Ils rient à l'unisson.*

– Enfin bon, avec tous les traitements que je prends, je suis toujours à soigner mes yeux.

– Les traitements ?

– Oui, vous savez j'ai revu l'ophtalmo, qui me donne des gouttes pour mon glaucome. Tenez, voyez l'ordonnance... *Elle lui tend.*

– Mmm... Ça c'est pour la sécheresse, ça c'est pour remplacer les larmes, ça c'est pour nettoyer les yeux... Et ça c'est effectivement pour le glaucome. En fait il y a beaucoup de gouttes qui sont pour l'entretien, il n'y en a qu'un seul pour le glaucome... Les autres, c'est de l'entretien...

¹ Dans les observations, les prénoms des jeunes patients ainsi que les noms des médecins et des patients ont été remplacés, dans un souci d'anonymat. Les noms des médicaments sont par contre retranscrits tels qu'ils ont été prononcés, mais je n'ai évidemment aucun conflit d'intérêt...

– Oui docteur. *Elle sort plusieurs papiers de compte-rendu.* Et puis j’ai vu la dentiste qui m’a fait peur, elle m’a dit qu’il y avait quelque chose, elle se demandait s’il y avait besoin d’antibiotiques, à cause du diabète.

Le D^r K. lit le courrier.

– Oui, c’était pour un détartrage profond. Bon, non, pas besoin d’antibiotiques. Je vais lui répondre par courrier, regardez, je mets son courrier de côté, pour ne pas oublier.

Il pose en évidence le courrier de la dentiste en haut de la pile, tout en regardant M^{me} G. comme pour en attester l’importance.

Puis le D^r K. lit rapidement le courrier de la cardiologue à haute voix.

– Bon. Les facteurs de risques sont parfaitement contrôlés, ça c’est bien, ça c’est très bien. Pas besoin de refaire la scintigraphie envisagée il y a 1 an. Pas besoin de modifier le traitement. Bon si M^{me} Pardee dit ça, c’est que tout va bien. C’est rassurant car M^{me} Pardee est très rigoureuse sur ces choses là. *Il poursuit ses lectures à haute voix.* Alors la biologie : c’est très bien. Le diabète est contrôlé, les graisses du sang sont très acceptables. Il n’y a pas d’albumine dans les urines, c’est-à-dire que vos reins ne souffrent pas du diabète.

À de nombreuses reprises M^{me} G. se touche, voire se caresse l’épaule droite, par-dessus, puis par-dessous le chemisier, ponctuant ces mouvements de petites grimaces de douleur, alors que le D^r K. ne la regarde pas.

Le D^r K. se lève, lui propose de s’asseoir sur un tabouret pour lui prendre la tension.

– 14/8. Bien. *Soulevant son chemisier, il écoute les poumons :* respirez fort...

– Il faudrait pas que je sois malade, docteur, parce qu’avec moi...

Silence ; je me demande ce qu’elle voulait dire... qu’avec elle c’est tout de suite grave ?

– Faites voir vos jambes... Non elles ne sont pas gonflées.

– Ah, c’est là docteur ! C’est là que j’ai mal, sur le dessus du pied, je ne sais pas pourquoi.

– Tenez, installez vous sur la table, on va vérifier les artères des jambes. Peut être que la cardiologue a vérifié ça ?

– Je ne sais pas...

– Allongez-vous.

Madame G. se déchausse, et montre à l’occasion un orteil douloureux.

– J’ai mal ici, le pédicure a soigné ça, il y est allé !

– C’est sur le petit cor ?

– Oui, là. Il m’a dit qu’avec le diabète il faut faire très attention à ses pieds.

– C’est vrai... fait-il avec ce que je crois être une petite moue d’agacement. Mmm... Les artères sont bien souples. Il y a quelques petites veines visibles, mais pas de grosses varices, dit-il, parcourant des doigts la peau des jambes de M^{me} G.

– Oh, j’ai pas des vilaines jambes ! *Petit rire.* J’ai pas de beaux pieds, docteur !

Pendant l’examen des jambes, je suis un peu en retrait, la patiente ne me voit pas vraiment. M^{me} G. demande à voix plus basse :

– Comment vous l’avez trouvé, docteur ?

– Je l’ai trouvé mieux. Je me fais moins de souci que je m’en faisais l’année dernière, sur le comportement, la mémoire...

Je crois comprendre qu’ils parlent de son mari, à demi-mots. M^{me} G. se relève.

– Et donc le poids vous le connaissez ?

– Oui, 61, 62...

– Ça ne change pas, ça ?

– Non, non.

– Donc je ne vous fais pas monter sur la balance... Attendez, je voulais regarder vos yeux... bon, rien de particulier.

Nous nous réinstallons. Tandis que le D^r K. note sur l’ordinateur les données de la consultation, de nouveau M^{me} G. se touche l’épaule droite, avec d’explicites petites grimaces. Il ne la regarde pas, et elle me regarde avec un sourire et un regard perçant qui me met mal à l’aise.

– Et puis mes *rhumatisses*. Toujours mes *rhumatisses*... Je prends du paracétamol... Vous pensez que je peux prendre ça ?

– Oui, ça fait partie des médicaments que vous pouvez prendre sans risque.

– Parce que je peux en prendre jusqu’à 3 par jour !

– Et vous avez remarqué des situations qui vous font plus mal, en fonction du temps par exemple ?

– Oh oui, enfin faut vous dire que ça y va, je n’arrête pas, je fais tout, la vaisselle, le ménage, je fais tout, les comptes...

Je suis surpris qu’elle évoque faire les comptes comme activité lui faisant mal aux épaules.

– Alors vous en faites beaucoup à la maison... relance le D^r K.

– Je fais tout, je fais tout... Lui, c’est son jardin. C’est son univers, il ne fait que ça. Mais alors il nous a fait un jardin ! Il y a des fleurs partout, c’est incroyable... Une voisine est passée l’autre jour pour m’apporter des haricots verts, elle a vu le jardin et m’a dit « mais c’est incroyable, tu te rends compte, t’as des pois de senteur rouges, c’est très difficile à avoir ! Il passe tout son temps au jardin, il n’y a que ça pour lui. Elle accompagne ses mots de gestes des mains très entourants, presque encadrants.

– Et puis c’est son métier... *je ne comprends pas cette remarque*

– Pour vous dire, on avait été invités chez des amis à passer un week-end... *elle cherche ses mots*, sur l’île de Ré, je lui disais que ce serait bien de louer quelque chose, et sa réaction ça a été : « mais qui va s’occuper de mon jardin ? Et mes fleurs ? »

– Mais bon, je suis moins inquiet que je ne l’étais l’année dernière, sur la mémoire, le comportement...

– Et puis il prenait beaucoup de médicaments.

– Mais là je le trouve beaucoup mieux. J’étais inquiet pour l’avenir, mais il y avait sans doute un peu de dépression, maintenant ça va mieux...

Le D^r K. commence à rédiger l'ordonnance, sur une petite ordonnance. Il s'arrête en disant à voix basse « non, vous êtes à 100% ». Il commence à rédiger l'ordonnance en reprenant avec M^{me} G. les traitements qu'elle a.

- Donc simvastatine ½ par jour. Si ça marche avec ½ c'est très bien.
- Oui ça, le matin...
- Euh, je vous conseille plutôt de le prendre le soir...
- Ah ?
- Oui, c'est plus efficace si c'est pris le soir, pour des raisons, de biologie, de chronobiologie, comme on appelle ça.
- Ah...
- Si vous le prenez le soir les résultats seront encore meilleurs !
- Alors je vais rajeunir, docteur ! *Rires*
- Donc, kardecic 75...
- Oui ça je le prends le midi, confirme-t-elle plus timidement, comme dans l'attente d'approbation.
- Oui, celui là, vous le prenez un peu quand vous voulez.
- Oh, et puis ma petite chez moi en ce moment, elle est adorable, elle me demande : « mamie tu as bien pris ton cachet ? » Et elle me l'amène !
- Alors vous avez une vraie infirmière à domicile ! *Rires*
- Et puis vous aviez un autre médicament...
- Oui... Ah... Je n'ai plus le nom...
- Ce n'est pas celui pour les yeux ? demande le D^r K.
- Non, non, c'est pour vous !

Le téléphone sonne, le D^r K. répond, on entend la voix grave d'un homme, que le D^r K. tutoie, et lui explique une conduite à tenir sur une situation qui a l'air compliquée. Pendant cet entretien téléphonique, M^{me} G. sort la dernière ordonnance, qu'elle ne parvient à lire. Entretemps il retrouve ce traitement sur l'ordinateur, et fait un signe à M^{me} G. comme quoi c'est bon, il a trouvé le médicament manquant.

- ...C'est le triatec ¼ matin et soir...
- Celui là il est difficile à couper !
- Oui peut-être qu'il est mal conditionné...
- C'est pour quoi ça ?

Silence

- C'est pour le cœur et la tension.

Le D^r K. s'absente 20 secondes du bureau pour récupérer son tampon, emprunté par sa collègue. Pendant ce temps M^{me} G. est seule avec moi. Je me sens mal à l'aise. Elle pose sur moi un regard assez froid, neutre, mais qui me semble insistant. Je suis d'autant plus mal à l'aise. J'ai presque l'impression qu'elle va parler pour briser le silence. Je me dis qu'elle est elle aussi mal à l'aise.

Le D^r K. revient. Il rajoute le paracétamol pour l'épaule. Il lui tend l'ordonnance.

- Et vous docteur, vous partez en vacances ?
- Oui à la fin de la semaine.
- Et vous êtes content !
- Euh, oui, je suis content... *ils se lèvent*
- Vous partez 1 mois ?
- Oui, 4 semaines.
- Vous partez à Saint-Tropez ?
- Oui... *avec un rire complice partagé*

Ils se disent au revoir.

Fin de la consultation.

Discussion de l'observation de M^{me} G.

Cette observation a été reprise en supervision avec le D^r K.

À la reprise de cette observation, une difficulté est apparue, celle pour le médecin de reprendre une consultation qu'il avait menée lui-même. Et cette consultation, à plus forte raison, nous allons le voir. Après une première lecture, nous nous replongeons dans cette observation de consultation, et apparaissent plus clairement, au fur et à mesure, certains enjeux sous-jacents. Plusieurs pistes de discussion se dessinent :

L'émergence d'un message

Le motif officiel

Le motif initial est le renouvellement d'ordonnance. Très vite le sujet de l'échange glisse et M^{me} G. évoque un problème oculaire, à la description un peu étonnante, qu'elle met en lien avec son diabète. Puis les plaintes exprimées se succèdent, ne se ressemblent pas, et la consultation s'achemine naturellement vers l'examen physique.

La perche tendue

C'est au moment de l'examen physique que M^{me} G. choisit d'évoquer son mari, de manière tout à fait tacite, comme si c'était évident qu'elle allait parler de lui (« comment vous l'avez trouvé, docteur ? »). J'apprends que le médecin avait vu son mari quelques jours auparavant pour un pied surinfecté. Il est troublant que M^{me} G. évoque son mari au moment précis où le médecin examine ses pieds. S'agit-il d'une association libre ? L'échange revient rapidement sur des données médicales, pour aboutir à une dernière plainte, les *rhumatismes*. Il y a là comme un nœud de la consultation, un point de convergence inattendu, un effet de sens.

Le flash

Parallèlement aux plaintes successives exprimées verbalement, M^{me} G. se touche à plusieurs reprises l'épaule, comme pour dire autre chose. Comme en tournant autour du pot. Elle finit quand même par présenter cette plainte (offrir ce symptôme aurait dit Balint) de manière plus évidente, verbale. Quand le médecin pose la question « et vous avez remarqué des situations qui vous font plus mal, en fonction du temps par exemple ? » il pose la question qui dénoue quelque chose, qui déclenche un vrai lien, une vraie demande, quelque chose d'authentique : elle répond « je fais tout, les comptes ». Réponse surprenante. Une simple petite relance : « alors vous en faites beaucoup à la maison » et M^{me} G. embraye avec force détails sur la situation avec son mari qui passe tout son temps au jardin, ne veut plus rien faire d'autre. Elle est dans une ambivalence entre ce jardin qu'elle admire et ce que ça lui empêche de faire.

À la lumière du passé

Le D^r K. m'explique la situation familiale, ce qui éclaire singulièrement cette observation. Il s'agit d'une affaire familiale compliquée, où son mari était agriculteur et où ils ont fait face à de très grosses difficultés financières, suite à un fiasco dont ils n'étaient pas responsables, mettant à mal certaines relations familiales. Quand M^{me} G. parle de « faire les comptes », c'est pour elle quelque chose d'éminemment douloureux et de significatif dans leur histoire familiale.

Ainsi quand le D^r K. relance dans le domaine familial (« et puis c'est son métier »), ce n'est pas anodin qu'elle réponde dans le registre de ce qui l'empêche de sortir.

Cet effet de sens n'est pas été perçu par le D^r K. pendant la consultation, mais lui est clairement apparu à la reprise de l'observation. Il lui a paru flagrant à la relecture qu'elle voulait dire quelque chose à propos des finances, de la relation avec son mari.

Hypothèse d'un message

On pourrait imaginer qu'elle prend l'image de ses épaules qui la font souffrir, pour nous dire qu'elle a du mal à supporter la situation. Elle fait (malgré elle ?) le lien entre rhumatismes et le surmenage, et le jardin qui accapare son mari, c'est en quelque sorte leur passé difficile, qui se pérennise dans le présent.

Le fait que, dès le début de la consultation, elle se touche l'épaule atteste sans doute de l'importance qu'elle attache à cette histoire, et de la plausibilité de cette hypothèse psychosomatique.

Une relation tendue

Si cette consultation est particulièrement épineuse, c'est qu'il s'agit d'une patiente qui a pour habitude d'agacer significativement le médecin, de son propre aveu. Il est de ces patients qui nous énervent, c'est un fait. M^{me} G. induit un certain malaise dans la relation, un certain type de réaction de la part de son médecin. Voyons donc cette observation dans une dimension relationnelle, intersubjective.

L'agressivité agaçante

M^{me} G. s'installe d'emblée penchée en avant, les coudes sur le bureau. C'est dans le langage gestuel un message déjà très intrusif.

M^{me} G. inaugure la liste de ses plaintes par la description d'un problème oculaire, incompréhensible, qu'elle met en lien avec son diabète, ses excès. Avec cette description saugrenue, elle met d'emblée en échec le savoir médical. « C'est votre diabète qui vous sort par les yeux » lui répond le médecin, sur le ton détendu de la plaisanterie... C'est peut-être une manière de lui dire que *c'est elle qui lui sort par les yeux*. C'est peut-être également une manière d'évoquer la possibilité d'une dimension psychosomatique de sa symptomatologie.

Que ce soit avec les médicaments pour les yeux (« je suis toujours à soigner mes yeux »), l'effroi provoqué par la dentiste, tout est prétexte à hyperbole. « Il ne faudrait pas que je sois malade, docteur, parce qu'avec moi... », sous-entendu : il ne m'arrive que des choses extraordinaires.

Une personnalité hystérique ?

La multiplicité des plaintes, la mise en échec du médecin, l'agacement ressenti par le médecin et par moi-même sont autant de petits signes en faveur de ce type de personnalité. L'exclamation de satisfaction : « ah, c'est là, docteur, c'est là que j'ai mal ! » est aussi assez évocatrice.

Le jeu de la séduction et de l'emprise

La présentation élégante de cette femme, son attitude engageante, engagée, sont des indices troublants. « Oh j'ai pas de vilaines jambes ! » précise t'elle, pendant l'examen physique. Ses caresses d'épaules répétées, d'une sensualité équivoque, l'exclamation : « alors je vais rajeunir, docteur ! » etc. sont autant de petits stigmates qui peuvent nous faire relire cette observation sous le prisme de la séduction (au moins symbolique, pas forcément lubrique !). Cela correspond assez bien à la personnalité hystérique. Cette attitude trouve son apogée dans un discret lapsus : « c'est pour vous » quand elle parle du médicament manquant. Il peut s'agir d'une maîtrise qu'elle souhaite exercer sur chaque médecin, et elle édicte à chacun quelle est sa tâche. Un autre niveau de lecture pourrait être : c'est *pour vous* que je prends ce médicament, voire : j'ai envie de partager mes médicaments avec vous. Son désir d'emprise va jusqu'à lui rappeler qu'elle sait où il part en vacances, et qu'au lieu de lui demander si il est content, elle l'affirme ! Le médecin se rappelle avoir regretté à ce moment précis de la consultation de lui avoir confié un jour son lieu de vacances. Et voilà qu'elle ressort l'information, attestant de son pouvoir sur lui, et devant témoin en plus !

La réaction du médecin

C'est à la relecture de l'observation, en supervision, que sont apparus évidents certains aspects du comportement de la patiente et du médecin. Face à cette attitude envahissante, le

Médecin est toujours sur la défensive, comme pour réinstaller la distance relationnelle dans quelque chose d'acceptable.

Réinstaurer la distance relationnelle

En relisant l'ordonnance de l'ophtalmologiste, il utilise une séquence éducative pour remettre les choses (et la patiente) à leur place (« il y a beaucoup de gouttes qui sont pour l'entretien »). Idem pour le courrier de la dentiste. Le courrier de la cardiologue induit le même mode de réponse : ça ne va pas si mal.

L'examen physique est emprunt d'un respect de la pudeur de cette patiente : le D^r K. ne la fait pas déshabiller, la fait simplement s'asseoir sur un tabouret, ne la fait pas monter sur la balance... cette attitude du médecin apparaît en fait comme des manœuvres d'évitement d'une proximité relationnelle déstabilisante. L'usage inhabituel de terme technique (« chronobiologie », prononcé avec réticence) a aussi cette vocation de distanciation.

De la distance à l'agressivité

Mais lorsque la patiente « lâche » quelque chose d'authentique et aborde par des voies détournées la question de la vie avec son mari ; le médecin, par sa réponse « bon mais je suis moins inquiet que je ne l'étais » annule le discours de la patiente. Comme s'il ne pouvait, ne voulait entendre ce qu'elle avait à dire sur ce sujet. Derrière cette phrase « j'étais inquiet, mais maintenant ça va mieux », à la tonalité très bienveillante, se larve sans doute un fond d'agressivité. Répétée par trois fois, cette phrase fait barrage à la parole de la patiente.

Cette réaction est induite chez le médecin par l'investissement affectif de la patiente sur lui. Nous sommes en plein dans le contre-transfert médical.

À propos de la position d'observateur

Lorsque M^{me} G. se caresse l'épaule, à l'insu du médecin, je ne peux pas croire que cela ne m'est pas adressé. Elle ne pouvait faire abstraction de ma présence, j'étais dans son champ visuel. Quelle en est alors la signification ? Si l'on considère que cette attitude est représentative d'un phénomène de transfert sur le médecin, on peut imaginer que moi, observateur, assume une partie de ce transfert. Nous avons vu que le transfert médical est

double : à la fois sur la personne du médecin et à la fois sur sa fonction. Il est possible qu'elle m'ait fait jouer une partie de la fonction médicale de la consultation.

Si transfert il y a eu sur moi, cela peut expliquer la réaction de ma part, ma surprise, mon agacement... bref, mon investissement affectif sur elle. Il y a là vraisemblablement quelque chose d'un contre-transfert de l'observateur sur la patiente.

Consultation de l'adolescente Maeva, accompagnée de sa mère

Je suis dans le bureau avec le D^r K. qui m'annonce que la prochaine consultation est *juste* pour un vaccin. Il va chercher la patiente et sa mère, les invite à entrer dans le bureau.

Je dis bonjour, elles me répondent avec un grand sourire.

Il s'agit d'une jeune fille de 17-18 ans, aux traits fins, les yeux bleus, vêtue légèrement par cette journée ensoleillée. Elle est accompagnée de sa mère, 45 ans environ, petite, cheveux noirs et courts, mince, bien arrangée, maquillée. Elle porte un débardeur blanc assez sophistiqué, qui laisse apparaître un cou à la peau trop bronzée, dont les rides trahissent l'âge et des expositions solaires excessives.

C'est la mère qui entre en premier, suivie de sa fille.

Avant même de s'asseoir, le D^r K. demande :

- C'est pour un vaccin ?
- Oui, c'est typhim, répond la mère.
- Ah, typhim. Pour un voyage ?
- Non c'est pour sa filière.
- En quelle filière tu es ?
- STL (*je ne me rappelle plus qui répond*)
- STL ? interroge le D^r K.
- Sciences et Techniques de Laboratoire.
- Bien...
- Oui, ils exigent hépatite B et typhim, précise la mère.

Le D^r K. la fait s'installer sur un tabouret et prépare le vaccin, le dos tourné. Il lui demande

- Ça va, tu es en forme ?
- Ouais, répond Maeva.
- Enfin, c'était dur le la faire se lever si tôt pendant les vacances, dit la mère.
- Et puis j'ai horreur des vaccins, rajoute Maeva, manifestement mal à l'aise.

Je sens l'inquiétude de Maeva à son expression de visage, elle échange des regards avec sa mère, qui reste assise à sa place, en face du bureau.

Le D^r K. s'apprête à lui faire le vaccin, s'approche d'elle, seringue à la main. Au dernier moment, dans un mouvement de recul, presque enfantin, elle dit :

- Non ! Pas à gauche ! Je suis gauchère !
- D'accord, répond-il.

Il passe de l'alcool sur l'épaule droite, et Maeva a encore un mouvement de recul juste avant la piqûre. Le D^r K. passe de l'alcool plus bas sur le bras :

- On va faire ça plus bas, en sous-cutanée, ce sera plus superficiel...

Le D^r K. pique rapidement. Au moment de la piqûre, Maeva détourne le regard, et sa mère tourne également la tête dans le même sens pour ne pas voir.

- Voilà c'est fait ! Tu n'as pas eu mal ?
- Ça va, j'ai eu moins mal que la dernière fois.

Bref silence

- C'est un vaccin qui dure toute la vie ? demande la mère.
- Non, c'est pour 3 ans.

Le D^r K. jette la boîte, et se rassoit à son bureau.

- Bon bien sûr, j'ai oublié le carnet de santé, dit la mère.
- C'est pas grave, je vais faire un certificat de vaccination.
- Dans ce cas là, mettez aussi l'hépatite B.

– Oui, mais alors l'hépatite B, je ne suis pas sûr d'avoir noté ici la date. Quand je le note sur le carnet, je ne le note pas forcément ici. Ça remonte à quand ?

- Oh, ça fait bien 4-5 ans... C'est quoi l'âge limite ?

Silence

Pendant qu'il cherche sur l'ordinateur, Maeva et sa mère s'échangent quelques regards. Maeva se touche le bras à l'endroit de la piqûre. La mère se touche également le bras. À plusieurs reprises de la consultation, Maeva et sa mère effectuent quasiment les mêmes mouvements en même temps. Quand l'une pose ses coudes sur le bureau, se touche le visage, l'autre également. Je ne peux pas dire s'il y en a une des deux qui initie le mouvement.

Le D^r K. poursuit sa recherche et dit :

– J'ai bien noté qu'elle est vaccinée, mais je n'ai pas la date. *À demi-mots* : Je poursuis : gardasil, ça ne les intéresse pas à l'école... *À voix haute* : bon de toute façon vous pouvez photocopier le carnet de santé pour l'hépatite B. pour Typhim, je fais un certificat.

Petit moment de flottement...

- Et puis il y a ton coude... dit la mère.
- Qu'est ce qu'il y a, demande le D^r K. Tu n'es pas tombée dans la piscine, au moins, comme la dernière fois ! *Rires*

La mère s'adresse à moi avec un grand sourire :

– Parce qu'avec elle, on a un phénomène qui nous fait des gags ! *Je souris en acquiesçant.* Elle s'est cognée contre son lit, ça fait combien de temps maintenant, un mois ?

– Ouais, ça fait un mois, et ça fait toujours mal. Répond Maeva.

– Bon, voyons voir ça... propose le D^r K.

Le D^r K. examine le coude gauche de Maeva, lui demande si c'est bien au niveau de cette aspérité osseuse qu'il palpe. Elle crie « aïe ! »

– Il devait y avoir un hématome en profondeur, peut-être contre l'os. On appelle ça un hématome sous-périosté, ça peut mettre plusieurs mois à disparaître... tu n'auras qu'à appliquer une pommade anti-inflammatoire...

– Ketum ? interroge la mère.

– Oui, par exemple. Par contre si tu en mets, il ne faut pas aller au soleil.

Maeva fait des yeux ronds de surprise et d'inquiétude, imaginant déjà son été gâché...

Oui, reprend-il, parce qu'il y a des allergies, une photosensibilisation possible. Bon, tu n'auras qu'à en mettre que le soir...

Nouveau petit flottement.

– Il y avait autre chose ? demande le D^r K. qui sent planer un troisième motif.

– De l'antadys, répond la mère, en regardant sa fille, qui reste impassible, comme si elle n'était pas concernée.

– Alors attendez, je vérifie la posologie... *S'adressant à Maeva :* parce que tu en prends combien, tu les prends deux par deux ?

– Bah, j'en prends pas de l'antadys !

– Alors tu prends quoi quand tu as mal ?

– Avec ma pilule, j'ai pas mal, répond Maeva en regardant sa mère, de cet air désabusé propre aux ados.

– Oh, hier tu avais mal...

– Pff... J'avais pas vraiment mal, hier.

– Alors tu me dis que tu as mal, et tu n'as pas mal ! Alors on ne peut pas savoir ! *Rires du D^r K. Sourire de Maeva.*

– C'est ça, elle me dit quelque chose et il faut comprendre le contraire, lance-t-elle en souriant au D^r K. en le prenant à témoin...

– C'est ce qu'elle vient de vous dire ! lui répond-il.

Rires

Le D^r K. hésite donc, et dit :

– Alors, pas forcément besoin...

– Mettez en une boîte au cas où, conclut la mère avec ce même sourire.

- Et vous aviez besoin d’autre chose pour les vacances ?
- Euh non, non... répond la mère en prenant une moue hésitante de réflexion.

Silence.

- Tiens, sors ta carte vitale, dit la mère à sa fille.
- Oh, pour juste un vaccin, c’est pas la peine... conclut le D^r K.

Maeva semble subir assez passivement ce dernier dialogue, que semble monopoliser sa mère.

Nous nous levons, la mère me salue d’une poignée de main franche, et d’un sourire constant.

Maeva ne me sert pas la main, évite mon regard, et emboîte le pas de sa mère après une poignée de main au D^r K.

Fin de la consultation.

Discussion de l’observation de Maeva

Cette observation a été reprise en supervision avec le D^r K.

Il s’agissait d’une consultation supposée rapide, *juste pour un vaccin...* On ne peut pas parler d’enjeu médical majeur pour cette consultation, qui concerne une adolescente et sa mère, que le D^r K. connaît depuis longtemps, et qui n’ont jamais posé grand problème. Malgré la banalité de cette consultation, la discussion de l’observation a permis de porter un regard différent sur les interactions affectives.

Une emprise maternelle ?

D’emblée, c’est la mère qui entre en premier, qui mène la discussion, qui répond aux questions. Le simple fait qu’elle soit présente pour faire vacciner sa fille de 17 ans est déjà significatif. Elle monopolise l’échange avec le médecin, et, finalement, c’est elle qui exprime les motifs et les plaintes (le vaccin, le coude, l’antadys).

Par toute cette attitude, elle maintient sa fille dans une position d’enfant, voire de bébé. Elle me la présente en disant : « avec elle, on a un phénomène qui nous fait des gags »... Hors

contexte, on penserait qu'elle parle plutôt d'un bébé (« on a »). Quand la mère demande « c'est quoi l'âge limite » à propos du vaccin, c'est comme si elle sous-entendait que l'âge limite est dépassé, malgré elle, comme si elle nous confirmait qu'elle voulait garder sa fille comme une enfant...

C'est bien sûr une hypothèse d'interprétation, mais les mots prononcés peuvent avoir un sens intrinsèque, au-delà de ce qu'ils ont voulu dire...

Une Maeva consentante

À la relecture, on a presque l'impression que Maeva joue son rôle de l'adolescente midinette, désireuse d'émancipation, mais pas trop. Elle se fait discrète comme une enfant timide, mais se rebelle en douceur en niant avoir mal au ventre ou besoin de médicaments. Elle apparaît finalement assez consentante à cette relation mère-fille. Plutôt qu'une relation d'emprise de la mère, il s'agit probablement d'une relation complice. On imagine assez bien que Maeva entretien en quelque sorte cette relation fusionnelle et infantilisante, en se plaignant régulièrement à sa mère de petits maux.

Le D^r K. les connaît bien, et cette relecture d'observation lui donne plutôt l'impression d'une comédie douce, où les interactions mère-fille sont finalement assez convenues, presque prévisibles. Même le quiproquo final concernant l'antadys, semble plaqué, sans réelle tension...

Cette connivence trouve peut-être une illustration dans les coïncidences gestuelles surprenantes que j'ai observées.

Ces mouvements à l'unisson que Maeva et sa mère ont à plusieurs reprises lors de la consultation sont passés inaperçus aux yeux du médecin. Mais ils illustrent sans doute une relation assez forte, presque fusionnelle. Elles se cherchent souvent du regard. Quand elles détournent toutes les deux la tête au moment du vaccin, on ne sait plus trop qui reçoit la piqûre et qui a mal...

Finalement, il semble s'agir d'une relation mère-fille assez « collée », teintée d'une emprise maternelle consentie par Maeva, où tout le monde est d'accord pour qu'elle reste encore un peu enfant.

Le rôle du médecin

Le médecin se trouve embarqué dans cette consultation-comédie, et joue le jeu de la mère et de la fille.

Quand la mère évoque la blessure au coude, il demande si elle n'est pas tombée dans la piscine, faisant référence à une chute passée. Il atteste à l'avance ce que la mère va dire : « avec elle, on a un phénomène qui nous fait des gags »... Et cette fois ci, Maeva s'est cognée contre son lit... On a du mal à imaginer un choc d'une violence extrême...

Face à cette consultation « pour trois fois rien », le Médecin accepte cette visite assez formelle, lisse, sans vrai accroc... En ne faisant pas payer (« oh, juste pour une vaccination, c'est pas la peine »), il authentifie le caractère plus amical que médical de cette consultation. Il les remercie d'être venues « en amis ». Mais en même temps il donne la victoire à la mère...

Quand la mère dit à Maeva de sortir sa carte vitale, il s'agit d'une injonction paradoxale : elle lui donne un ordre, celui d'être grande et autonome. En quelque sorte : « sois adulte ! » En ne prenant pas la carte vitale, le médecin implique que ce n'était pas une vraie consultation, et refuse ainsi le statut de patiente, d'adulte, à Maeva.

Et Maeva, aussi discrète que sa mère est souriante, s'éclipse dans le sillage de celle-ci.

Consultation de M. P.

J'attends dans le bureau de consultation. Le D^r K. invite le patient à entrer dans le bureau, lui précise qu'il est avec un jeune collègue en formation, et lui demande si ça ne lui pose pas de problème.

« Non, non » répond-il en me regardant, avec un large sourire.

Il s'agit d'un homme de 80 ans, petit, un peu courbé, chauve, les yeux bleus, d'épais sourcils blancs. Il a le regard vif. Il porte une chemise bleu ciel, un pantalon gris et marche lentement avec une canne, dont le D^r K. le débarrasse en la posant dans un coin du cabinet. Avant de s'asseoir, M. P. sort sa carte vitale et la pose en la claquant sur le bureau, devant le D^r K. Il porte avec lui une pochette plastique transparente dans laquelle il a plusieurs documents qu'il sort un à un.

– Je ne sais pas si vous avez vu les radios de ma femme, si vous voulez jeter un coup d'œil... dit M. P. en tendant une enveloppe.

– Oui, au moins au compte rendu, répond le D^r K. *Il le lit. Il a quelques difficultés à sortir les radiographies de l'enveloppe, maintenues par un trombone.*

– Il y a un trombone, dit M. P. en tendant la main.

Le D^r K. ôte le trombone et sort les radios de l'enveloppe.

– Il y a de l'usure... C'est surtout en arrière de la rotule. Il y a un peu d'usure entre le fémur et le tibia, mais c'est surtout derrière les rotules.

Le D^r K. range les radios en les tend à M. P..

– Alors comment allez-vous ? demande le D^r K.

– Mal ! s'exclame M. P. avec un large sourire.

– Ah bon ?

– Oui, oui, trop chaud... Vous savez, nous les bretons, on n'aime pas trop l'hiver... Je veux dire : l'été ! explique-t-il avec le même sourire un peu plaqué. Vivement l'hiver...

– Ne le dites pas trop fort ! répond le D^r K. en riant.

M. P. tend les résultats de prise de sang qu'il a reçus, tandis que le D^r K. sort son propre exemplaire des résultats pour les lire.

– Donc, les reins, c'est bien, la créatinine est stable. Tiens, pourquoi on a demandé deux examens si rapprochés ?

– C'était pour l'INR. C'était à 2,8...

Le D^r K. ne semble pas trouver de réponse à ces examens rapprochés, il ne s'agissait manifestement pas du contrôle INR. M. P. enchaîne :

– Oui, l’INR... Vous savez j’ai été opéré des yeux, par le docteur jesaispluscomment, qui m’a opéré de la cataracte de l’œil droit (tout en montrant du doigt son œil gauche). Euh, de l’œil gauche, le droit a été fait il y a plus longtemps. L’ophtalmo m’avait prescrit de la lutéine. Vous connaissez ça, la lutéine ?

– Non, je ne connais pas...

– Tenez regardez, j’ai reçu ça d’un laboratoire. Vous voyez ? La lutéine. *Il montre une documentation fournie, en couleurs, émanant d’un laboratoire. M. P. n’en dit pas plus, mais parcourt du doigt le texte d’un petit encadré jaune, en le lisant à voix basse.* Oui, parce le chou, les épinards, il faut faire attention avec le préviscan. Et pour la lutéine, là, ils parlent de chou... vous pensez que ça peut être la lutéine qui m’a détraqué l’INR ?

– C’est une bonne question... répond le D^r K. penché en arrière dans son fauteuil. *Il consulte le Vidal...* Bon il n’y a pas beaucoup d’informations sur ce produit.

– Vous pensez que ça peut être ça ? Parce que j’en ai pris 60 jours...

– Difficile à savoir...

– Parce qu’avec le TP, l’INR, y’en a un qui monte, l’autre qui descend, ça fait la sinusoïde, explique-t-il, en accompagnant ses propos du geste, en dessinant dans l’air une sinusoïde pour montrer que ça monte et que ça descend.

C’est ça, c’est la sinusoïde, répète-t-il alors en me regardant fixement.

– Donc, vous m’avez dit que vous alliez mal...

– Oui vous savez avec toutes ces choses, toute cette agitation. Vivement le 15 août, que ce soit fini tout ces mouvements. On s’est beaucoup déplacé. On devait même aller voir une cousine, on avait dit oui et puis on a dû annuler, ça fait trop de fatigue...

– Et puis le moral... relance prudemment le D^r K.

Le visage de M. P. change alors nettement et prend un air plus grave. J’ai presque l’impression qu’il pourrait pleurer.

– Non, c’était pas ça, mais vous savez c’est toute cette fatigue.

– Mais c’est des moments d’anxiété, plutôt que de moments où le moral n’est pas bon ? demande le D^r K.

Silence

M. P. change de sujet (sans en changer) en montrant l’ordonnance :

– Voilà je voulais vous demander votre accord pour l’effexor, si je pouvais augmenter. Vous aviez noté deux. Parce qu’en fait je suis passé à trois. Mais c’est que depuis quelques jours...

– Parce que vous sentiez que vous aviez besoin d’un peu plus...

– Vous savez, avec toute cette fatigue, avec tout ce qui s’est passé... répond-il comme s’il ne voulait pas en dire plus. Et donc il faudrait que vous m’avanciez une boîte, ou corrigez l’ordonnance en remplaçant le 2 par un 3... Ou bien vous me faites une autre ordonnance juste pour faire le complément, parce qu’après, vous êtes en vacances.

Silence

– Oui, mais avec votre insuffisance rénale, c'est un peu... Comme vous avez les reins fatigués, l'effexor s'accumule. Vous voyez vous avez des reins qui filtrent 51 ml d'urine par minute, alors que des reins de 25 ans filtrent 100ml. Donc vous évacuez moins bien le médicament. Là, vous en prenez 2, mais c'est comme si vous en preniez 3. Donc on va rester sur 2.

– Bon, allez : 2 ! conclut M. P. à la manière d'un marché conclu, après négociation. Bon et puis demain je vois le D^r Tiremiel, la cardiologue, j'espère qu'elle va me trouver bien. Parce que mon cœur, on le sent bien que c'est plus un cœur de jeune homme.

– Même si vous allez voir la cardiologue demain, on va vérifier la tension. Comme ça on verra s'il y a une différence entre la tension ici et la tension chez elle. Tenez, donnez moi un bras.

M. P. remonte précautionneusement sa manche droite.

– 12/8. En tout cas la tension, c'est la tension d'un jeune homme.

– Oui, et puis elle avait déjà vérifié le pace maker...

S'adressant à moi : oui parce que j'ai un pace maker, en m'en montrant l'emplacement, les yeux écarquillés, avec un grand sourire. C'est un pace maker avec trois, euh, triple chambre ! m'informe-t-il fièrement, avec trois doigts pointés vers moi, qu'il agite à la manière d'un sort qu'il me jette.

Je lui souris en acquiesçant. J'ai l'impression que je ne peux pas rester neutre à ce moment, après les appels appuyés de sa part, les regards, les sourires qu'il m'a adressés.

Le D^r K. poursuit l'examen.

– Les jambes sont bien, ne sont pas gonflées...

– Ah ! Le lasilix ! reprend fièrement M. P. en me regardant.

– C'est parfait, le cœur fait bien son travail, il draine bien les poumons, conclut le D^r K. après avoir écouté dans le dos.

M. P. se rhabille, le D^r K. se réinstalle, passe la carte vitale.

– C'est toujours 22 ?

– Oui.

– Et ça va passer à 23 ?

– J'ai lu ça dans presse, répond le D^r K.

Nous nous levons. M. P. me serre la main, et me dit :

– Au revoir docteur. Au fait, je ne vous ai même pas demandé, vous êtes *docteur* ?

– C'est en train de se faire ! Réponds-je avec le sourire.

– Oui, pas encore ! atteste le D^r K. avec le sourire.

Sur le palier de la porte, tout en serrant la main du D^r K., M. P. lui demande :

– Au fait vous avez eu le temps de jeter un coup d'œil à ce projet de vacances ? *Il semble évoquer un lieu de vacances qu'il lui a conseillé.*

– Oui j’ai regardé, mais ça ne va pas être possible pour l’instant... Ah ! N’oubliez pas votre canne. Il la lui tend. M. P. s’en va.

Fin de la consultation.

Discussion de l’observation de M. P.

Cette observation a été reprise en supervision avec M^{me} Bonnaud-Antignac.

L’impression globale de cette consultation est celle d’une grande opposition de la part de M. P., troublante, agaçante, comme s’il voulait avoir le dessus en permanence. Mais à travers cette agressivité, quelle demande est exprimée ?

Une volonté de domination

Dès les premières secondes, M. P. annonce la couleur : en claquant sa carte vitale sur le bureau, il signifie au médecin qu’il se met au même niveau que lui, symboliquement. Il lui dit qu’il n’est pas monsieur-tout-le-monde et on a rapidement l’impression qu’il ne lâchera rien. Il cherche la maîtrise. Plus que de traiter d’égal à égal, il cherche même l’inversion des rôles, par sa domination, et ce tout au long de la consultation.

Par la mise en échec du médecin, il assure sa supériorité. Cette tonalité est récurrente dans les échanges, jusque dans les moindres détails, comme quand il lui fait remarquer qu’un trombone coince les radios dans l’enveloppe. Cette mise en échec trouve son apogée à propos de la lutéine, que ne connaît pas le médecin. Il prononce à de nombreuses reprises ce terme à l’allure scientifique, comme brandissant son savoir écrasant. À trois reprises il demande au médecin si la lutéine peut lui avoir déstabilisé l’INR, alors que le médecin n’a clairement aucune information sur ce traitement anecdotique. En quelque sorte il dit au médecin : « vous ne connaissez pas ? Et bien moi je connais ». Il sort même une documentation qu’il s’est vraisemblablement procurée auprès du laboratoire (ce n’est pas la simple notice de la boîte). Comme s’il avait prémédité son coup...

C'est par l'utilisation appuyée de termes médicaux et scientifiques que M. P. tente aussi d'asseoir sa position de force. La lutéine en est un bon exemple, comme sa démonstration gestuelle de la courbe *sinusoïde*, ou bien sa façon appuyée de prononcer : *lasilix*, *pace maker*, *triple chambre*... tout est fait pour attester de sa compétence, de sa connaissance scientifique.

On peut même percevoir à travers l'importance accordée à ces termes médicaux une probable mise en compétition entre les différents médecins.

L'épisode de la négociation à propos de la dose d'effexor est très parlant. M. P. a déjà augmenté sa dose, il ne demande donc pas une autorisation, mais informe le médecin de sa décision. Le médecin lui répond par une séquence éducative sur l'insuffisance rénale, contre-indiquant la dose de 3 par jour. C'est M. P. qui conclut fièrement « bon, allez : 2 ! », comme s'il sortait victorieux et satisfait de sa négociation.

Cette volonté de contrôle est présente jusqu'au dernier échange, dans une conclusion tout à fait significative. M. P. demande au médecin s'il a jeté un coup d'œil à un projet de vacances qu'il lui aurait conseillé. Il lui demande ainsi « avez-vous suivi mon conseil ? ». Par cette question M. P. inverse clairement les rôles.

La défense médicale

Le médecin est donc mis à mal dans sa fonction par ce patient à l'agressivité latente, symbolique.

Il lutte discrètement, en ôtant lui-même le trombone, en lisant son propre exemplaire des résultats, alors que M. P. lui tendait le sien, en consultant le Vidal pour montrer que lui aussi a sa source d'information sur la lutéine... Ainsi de petits signes évoquent un mode de réponse en miroir à M. P., mais la tonalité globale de son attitude est plutôt celle d'une réceptivité, plutôt que d'une contre-offensive.

C'est ainsi qu'il reste en arrière dans son fauteuil en acquiesçant « c'est une bonne question » quand M. P. le harcèle sur cette fameuse lutéine.

L'observateur que je suis est également menacé dans sa position, dans sa fonction par le patient. Il me regarde à plusieurs reprises de manière appuyée, notamment lorsqu'il prononce

les termes médicaux. Ceci est particulièrement troublant quand il pointe vers moi trois doigts menaçant en parlant de son pacemaker triple chambre, à la manière d'un sort qu'il me jette. Cette courte séquence est particulièrement agressive et me met mal à l'aise.

La fin de consultation ou il me demande si je suis vraiment docteur est elle aussi surprenante. Il y a de bonnes chances pour qu'il se soit posé la question au cours de la consultation. Cela atteste de l'importance qu'il accorde à la fonction médicale, là encore dans une thématique de domination et de mise en échec. J'y réponds par une boutade, comme pour me libérer de son emprise, alors même qu'il me serre la main.

Qu'est il venu chercher auprès du médecin ?

Par cette question (qu'il faudrait presque se poser à chaque fois), on est amené à repenser les enjeux de la consultation. Une piste s'offre ici à nous.

Cette attitude agressive est probablement défensive. C'est une modalité réactionnelle projective inconsciente pour rendre acceptable une situation difficile. Elle a en plus comme objectif que le médecin ne cherche pas à en savoir trop. Cette agressivité est une carapace protectrice.

Le premier motif, l'entrée en matière de M. P. n'est pas pour lui, mais pour les radios de sa femme... Pas si banal. On comprend qu'il s'agit d'arthrose des genoux, et puis cette histoire est vite mise de côté.

Le médecin demande ensuite « comment allez-vous ? » On pourrait remarquer d'ailleurs qu'il ne demande pas « qu'est ce qui vous amène ? », mais lui pose une question fermée. Comme s'il allait à l'essentiel, sachant que de toute façon, ça va mal. Et M. P. répond d'une manière qui résume sans doute toute la consultation : « Mal ! » avec un grand sourire. Un sourire qui en dit long. Ou plutôt qui dit : ça va mal mais je n'en dirai pas plus... Il y a très probablement quelque chose que M. P. ne peut dire.

La discussion (ou plutôt la négociation) reprend le dessus jusqu'à ce que le médecin relance sur « vous m'avez dit que vous alliez mal... », puis relance sur le moral. L'attitude de M. P. change nettement, et sans doute que le nœud du problème n'est pas loin. Puisque le moral, il ne peut pas en parler, le médecin propose de parler d'anxiété... Par son silence assez

long, M. P. répond à sa façon. Et si M. P. relance sur l'effexor, c'est sa manière de dire qu'effectivement, ça va mal. « Toute cette fatigue... » répète-t-il. Mais de quoi parle-t-il ?

Rappelons-nous de la première demande : les genoux de sa femme. Et si c'était de sa femme qu'il nous parlait, de ses genoux douloureux, qui occasionnent toute cette fatigue ? Et si c'était sa fatigue à elle qui les empêchait d'aller voir une cousine ?

Difficile d'aller plus loin dans les hypothèses. Toujours est-il que cette agressivité exprime certainement une fragilité non dite, et M. P. sème avec parcimonie ses indices.

Qu'est-il venu chercher auprès du médecin ? Une revalorisation narcissique ? Une attestation par le médecin de sa valeur, de sa force, de sa résistance ? Peut-être en partie. Mais à travers ceci, il cherche plus qu'une valorisation.

Ne cherche-t-il pas auprès du médecin, un soutien, un étayage, face à une situation douloureuse qui ne peut être dite. Derrière cette agressivité défensive, il cache difficilement sa fragilité, et le médecin, en respectant le secret de cette douleur, joue son rôle de pare-excitation. Par son attitude et sa fonction, il prend sur lui une part de la souffrance. Le médecin est un soutien. Un peu à l'image de cette canne dont il le débarrasse au début de la consultation et qu'il lui rend à la toute fin. Comme s'il lui disait « vous n'avez pas besoin de votre canne ici, je suis là ».

Consultation de M^{me} R.

J'attends dans le bureau de consultation la prochaine patiente et j'entends le D^r K. lui dire qu'il est avec un jeune collègue en formation. Il lui demande si ça ne lui pose pas de problème, elle répond « non, pas du tout. » Elle me salue en entrant, me sourit discrètement.

C'est une femme de 54 ans, assez fine, presque sèche, le teint pâle, presque gris, elle porte une robe marron sombre et une veste grise. Elle ne me regarde pas.

Nous nous installons.

– Alors qu'est ce qui vous amène ?

– C'est pour le certificat pour l'aqua-gym... et puis si c'est possible de refaire la prise de sang. Parce que la dernière fois, ça remonte, c'était...

– 2004, confirme le D^r K.

– Oui, parce que ma mère a fait un AIT en juillet et elle a du cholestérol, alors ça m'y a fait penser.

– Quel âge a-t-elle ?

– 80 ans.

– Il n'y avait pas eu d'accidents vasculaires chez des parents proches ?

– Mon oncle.

– À quel âge ?

– 50 ans.

– Bon ce n'est pas un parent du premier degré. Ça ne fait pas un facteur de risque vasculaire pour vous.

Le D^r K. consulte le dossier informatique.

– Bon, la dernière fois que l'on s'est vu, vous étiez gênée par des bouffées de chaleur. Vous êtes toujours gênée ?

– Oui, toujours.

– Je vous avais mise sous agréal, vous en prenez encore ?

– J'en ai pris un mois, et puis ça n'a pas été renouvelé.

– Ah oui, c'est vrai, ça a été retiré... C'est étrange, alors que c'est un médicament que l'on utilise depuis 30 ans... Bon ça n'existe plus, et de toute façon ça n'était pas efficace.

– Si, un peu...

– Parce que vous avez beaucoup de bouffées de chaleurs ?

– Environ une par heure, et puis la nuit, surtout la nuit. Mais moi je ne savais pas si c'était normal, d'en avoir autant. Je n'avais pas de référence...

- Alors qu’est ce qu’on peut vous proposer d’autre ? Vous avez essayé l’abufène, je crois.
- Ça ne marche pas trop.
- Et puis il y a un autre médicament... J’ai oublié son nom. *Il consulte le Vidal...* Non ça n’existe plus non plus. Et vous en êtes où de votre refus du traitement hormonal ?
- C’était plutôt le refus de ma gynécologue...
- Ah bon ?
- C’était à l’époque de la polémique sur le traitement hormonal substitutif.
- Parce que les indications sont restreintes, mais les bouffées de chaleur trop gênantes, c’est une bonne indication.
- Et puis elle m’a dit que c’était trop tard.
- Trop tard ?
- Ben, je suis ménopausée depuis 4 ans, ça va bien finir par s’arrêter...
- Oui, reprend Le D^r K. en souriant, mais ça peut durer plusieurs années...
- La gynécologue m’a dit que pour elle, ça avait duré 10 ans ! *Ils sourient tous les deux.*
- Ah ! Et c’est qui votre gynéco ? hasarde le D^r K.
- M^{me} Naboth.
- Bon... Vous pourrez en parler avec elle, je pense que dans votre cas c’est justifié.

Durant tout cet entretien, le D^r K. reste calé au fond de son fauteuil, un peu en arrière, attentif. M^{me} R. se tient assise bien droite, les mains jointes, et garde un visage très peu expressif, presque triste.

- Tenez, je vais vous examiner. Enlevez donc les chaussures, on va aussi vérifier les artères des jambes.
- Bon, le cœur, c’est bien. Pas d’hypertension. *Il recherche alors les pouls des jambes. Ne trouvant pas une artère à gauche, il dit à demi-mots :* Tiens elle est cachée. *Il reprend à voix haute :* Vous n’avez jamais de crampes dans les jambes, de douleur dans les orteils, notamment à l’effort ?
- Non.
- Bon vous n’avez pas d’artérite (ayant trouvé les pouls recherchés).

Pendant l’examen, M^{me} R. reste immobile, impassible, les yeux dans le vague, fixement. Quand le D^r K. lui annonce le pouls ou sa tension, elle le regarde à peine, reste les yeux dans le flou. Elle pose ses mains sur son ventre, comme cherchant la position la plus neutre possible.

Elle me donne une impression de grande passivité.

- Bon on va regarder le ventre, comme vous ne venez pas souvent et que vous n’avez pas de médecine du travail...

À ce moment M^{me} R. sourit et regarde brièvement le D^r K.

- Tenez, levez vous, vous allez pouvoir faire la petite épreuve d’effort, les flexions...
- C’est trente ?

- Oui, trente flexions, pas besoin d'en faire plus...
- Je peux me tenir à la chaise ?
- Vous pouvez vous tenir à la chaise, pour l'équilibre.

Elle fait ses flexions, bien droite, avec application, en comptant à voix haute : une, deux... Elle regarde fixement dans le vide en face d'elle.

Le D^r K. se réinstalle à son bureau. Pendant les flexions, le D^r K. ne la regarde pas, commence à rédiger l'ordonnance de la prise de sang.

- Trente, conclut M^{me} R.

Le D^r K. se lève et prend le pouls de M^{me} R.

– 128. Oui effectivement ça monte vite. On va attendre une minute pour voir si vous récupérez bien. Donc c'est pour l'aqua-gym ? demande le D^r K. en rédigeant le certificat.

- Oui.

– Le poids ne change pas ?

– Non, ça oscille toujours entre 48 et 50.

– Bon, alors le pouls. Mmm... 94. C'est encore un peu rapide. Mais vous allez reprendre l'exercice ! C'est important de maintenir un exercice régulier. C'est un facteur protecteur.

...

Et donc votre mère, comment s'en sort-elle ?

– Elle avait du cholestérol et de la tension, mais elle est traitée pour ça. Et puis il y avait un problème d'arythmie, alors elle est sous préviscan maintenant.

– Elle a bien récupéré ?

– Oui, elle n'a aucune séquelle ça a été pris très vite, elle est passé par les urgences. Ça n'a duré qu'une heure.

– Bon, vous n'avez pas d'autre facteur de risque. Vous n'avez pas d'hypertension. Vous n'avez pas commencé à fumer ? demande le D^r K. avec humour.

– Non, répond-elle en souriant.

– Le cholestérol...

– Je n'en ai pas.

– Attendez, on va vérifier quand même à la prise de sang... Mais il n'y a pas de raison. Voilà.

Pendant la rédaction de l'ordonnance, M^{me} R. prépare sa carte vitale. Elle le règle en espèces. Elle semble attendre qu'il lui demande sa carte vitale, mais il ne le fait pas (s'agissant d'un certificat médical pour le sport, détail qu'elle semble ignorer). Elle ne lui propose pas, la range finalement, se lève et remet sa veste. Le D^r K. est alors encore assis à son bureau. Il se lève finalement lui aussi et l'accompagne jusqu'à la porte. Ils se serrent la main et elle disparaît dans le couloir. Elle ne m'a ni dit au revoir, ni regardé.

Fin de la consultation.

Le D^r K. me précise au décours de la consultation que c'est une patiente qu'il a eu l'occasion de côtoyer dans un autre contexte, plus amical, par amis interposés. Il m'a précisé également qu'il s'agit d'une femme célibataire « chronique », sans enfants.

Discussion de l'observation de M^{me} R.

Cette observation a été reprise en supervision avec M^{me} Bonnaud-Antignac.

Cette consultation nous a donné une impression générale de froideur, de distance, comme si rien n'était accessible, que tout était lisse, verrouillé, opaque. J'ai d'abord pensé qu'il y aurait peu de choses à dire sur cette consultation, mais la retranscription de l'observation et surtout la discussion ont permis de « gratter un peu le vernis » et de faire apparaître des enjeux psychoaffectifs tout à fait intéressants.

L'impression dégagée

L'impression première que M^{me} R. dégage est peu avenante. Son allure, son attitude, ses choix vestimentaires, son visage quasi figé, la pauvreté des échanges avec le médecin, l'absence d'échanges avec moi... tout concourt à une image froide, terne et presque fantomatique. Nous dit-elle ainsi quelque chose de son état ? De son humeur ?

Son attitude droite, rigide, sa manière de rassembler ses mains, ses jambes, de compter avec application les flexions nous encourage à poser l'hypothèse d'une personnalité plutôt obsessionnelle. On la sent dans une maîtrise, dans l'évitement, comme pour se protéger. Se protéger de quoi ?

Il est possible qu'il y ait chez M^{me} R. une peur significative de la maladie. Elle évoque d'emblée la question de la prise de sang. Et par là elle entend cholestérol. Elle met clairement en lien le cholestérol et l'AIT de sa mère. Finalement, elle énonce d'emblée (par le biais plus avouable de la prise de sang) une inquiétude sans doute importante concernant sa santé. Cette peur de la maladie trouve peut-être aussi écho dans son refus du traitement de la ménopause.

Quand elle évoque la polémique sur le traitement hormonal, elle a probablement en tête le risque de cancer. Autre exemple : pendant l'examen physique, elle est comme absente, ne réagit pas quand le médecin annonce le pouls ou la tension... Comme pour ne rien ressentir.

Elle dégage parallèlement une impression de grande passivité. Elle ne s'oppose à rien. Elle accepte ma présence, mais m'ignore en quittant la pièce (elle aurait préféré sans doute que je ne sois pas là). Elle ne s'oppose pas franchement au traitement hormonal proposé. Pas plus qu'elle ne s'est opposée à l'avis de sa gynécologue. Elle subit l'examen physique avec détachement, elle subit ses bouffées de chaleur sans faire la moindre demande d'un traitement. Elle accepte son sort. « C'est trop tard » lui a dit la gynécologue. Peut-être qu'en plus de la peur de la maladie, y a-t-il la peur de son corollaire, le vieillissement et finalement la mort...

Elle dégage finalement une impression de fragilité psychique, avec des conduites de protection.

L'attitude du médecin

Face à cette patiente peu engageante, le médecin adopte une attitude singulière, à plusieurs égards.

Tout d'abord, et cela conforte l'hypothèse de la peur de la maladie, le médecin joue de sa **fonction rassurante**. Il n'insiste pas sur l'état de la mère au début de la consultation, ayant probablement une idée de ce que cela représente pour la patiente. Il passe le message qu'il peut l'aider concernant les bouffées de chaleur. En palpant les artères, il dit « tiens elle est cachée » à voix basse, comme s'il voulait épargner à la patiente une inquiétude, l'éventualité que quelque chose ne va pas.

Cependant, cette phrase dite tout bas est peut-être finalement adressée à la patiente elle-même, et le médecin lui dit en substance : « tu es cachée ».

Par son attitude il pose la **distance relationnelle**. Il reste assis en arrière dans son fauteuil, en position de recevoir ce que la patiente amène, mais en même temps il se maintient comme en recul affectif. Il adopte la même distance, sans échange de regards, pendant que M^{me} R. fait ses 30 flexions. Face à l'immobilité gestuelle et affective de cette patiente, cette contre-

attitude du médecin a peut-être le sens d'un effet miroir, volontaire ou non, comme pour lui renvoyer l'image qu'elle donne. Le médecin est en quelque sorte contaminé par l'attitude de la patiente, et adopte en retour une certaine froideur.

Mais il peut s'agir aussi d'une distance de précaution, pour justement ne pas se laisser contaminer, ne pas se laisser toucher par la patiente. Cela prend l'allure d'un mécanisme de protection. Mais se protéger de quoi ?

À aucun moment de la consultation ne transparaît que le médecin et la patiente aient pu se côtoyer dans un cadre amical, par fréquentations communes. À un moment, la discussion prend pourtant une tournure plus légère, lorsqu'ils parlent de la ménopause de la gynécologue. Il y a aussi un moment un peu plus léger lorsqu'il lui demande avec humour si elle n'a pas commencé à fumer. À ces deux moments, la discussion quitte un peu le cadre strictement médical. Mais très vite le médecin recadre les choses en replaçant la consultation dans des considérations biomédicales. Cette remarque nous conduit à poser une hypothèse concernant l'attitude du médecin :

Le médecin tente-t-il de se protéger de la relation avec cette patiente ?

Comprendre autrement cette relation

Finalement, chez la patiente comme chez le médecin, on peut lire une grande protection, comme si quelque chose pouvait se passer, comme si la relation pouvait prendre une tonalité affective. Comme si la patiente pouvait ressentir ou attendre quelque chose. Pour elle, ce serait un drame, elle qui se protège sans cesse de tout, de la relation, de la maladie... Le médecin n'insiste pas quand ils abordent l'intime, et ainsi il la rassure, comme s'il ressentait cette fragilité psychique, et qu'il lui disait qu'on ne va pas y toucher, pas aujourd'hui.

Du plaisir ? Du désir ?

Poussons un peu cette hypothèse. On a finalement du mal à imaginer cette femme dans sa vie. Qu'aime-t-elle ? L'impression d'une personnalité obsessionnelle nous pousse à croire

qu'elle a peu de plaisirs... Et pourtant elle vient pour le certificat d'aqua-gym...¹ Peut être est-ce là son seul plaisir, et le médecin y participe symboliquement, en l'y autorisant par le certificat. Ce médecin qui est probablement le seul homme ayant accès à son corps. Ce médecin à qui elle fait un sourire quand il lui touche le ventre... Ce médecin, n'est il pas objet de plaisir, de désir ?

Tout ceci est une hypothèse d'un sens, un sens *potentiel*. Mais l'observation permet ici une autre lecture des enjeux psychoaffectifs de la relation...

Par ailleurs, quand émergent des hypothèses fantasmatiques sur la relation médecin-malade à partir d'une observation, il faut se méfier des projections fantasmatiques de l'observateur... nous y reviendrons dans la discussion.

¹ La discordance entre cette étiquette obsessionnelle-nosophobe et le choix de l'aqua-gym, aux efforts éprouvants, en groupe, dans un bouillon de culture chloré, nous a laissé perplexes...

Consultation de l'enfant Melwan, accompagné de sa mère

Je suis dans le bureau de consultation, debout, les mains jointes dans le dos.

Le D^r K. invite la maman à entrer.

À son entrée dans le cabinet, elle ne sourit pas en apprenant ma présence, et ne manifeste aucune sympathie particulière à mon encontre. Elle accepte cependant ma présence.

Il s'agit d'une jeune femme mince, aux lunettes de plastique marron, modernes, anguleuses et lourdes, qui lui font un visage assez sévère et sombre je trouve, par rapport à son visage fin. Elle est habillée de manière jeune, un peu voyante. Elle porte son fils dans les bras. C'est un enfant assez bronzé, avec un visage d'ange aux yeux très bleus, aux cheveux blonds. Il porte un pantalon, des chaussures et une chemise légère à carreaux. Je le trouve drôlement bronzé pour un enfant de son âge, d'autant qu'il est blond aux yeux bleus. Je me dis qu'il est peut-être trop mis au soleil...

Dès son entrée, elle annonce :

- Je pourrai pas vous payer aujourd'hui, je suis passée à la banque et ma carte est restée coincée...
- Asseyez-vous... propose le D^r K. Qu'est ce qui vous amène ?
- C'est pour la consultation du 9^e mois.
- Bonjour Melwan, tu as changé ! Je te trouve très grand ! C'est peut-être la chemise, mais il fait vraiment petit garçon ! dit-il à la mère... Tu regardes partout ! Tu as bronzé, toi !

Melwan regarde effectivement partout, arrête son regard sur nos visages, nous sourit, tout en se débattant un peu dans les bras de sa mère. Je ne le trouve pas très farouche.

- Alors il a ses neuf mois ?
- Oui, neuf mois et 10 jours.
- Et comment ça se passe ?
- Il est très tonique, plein de vie ! *Rires*
- C'est ce qu'on lui demande !
- Oui, mais il fatigue sa mère !
- Ah... Ça c'est moins...
- Il a déjà son caractère...

Quand la mère annonce l'âge de Melwan, je pense immédiatement à mon propre fils, du même âge, à quelques jours près. Sans le faire exprès je compare leur allure, leur gabarit, leur motricité, leur éveil... C'est difficile de ne pas faire ce parallèle au cours de la consultation.

Melwan bouge toujours beaucoup, regarde à droite, à gauche, regarde peu sa mère en face. Il jase, gazouille, pousse parfois des cris. Sa mère le contient entre ses bras, limitant ses mouvements. Je la sens agacée.

- Vous avez le carnet de santé ?
- Oui, tenez.
- Bon alors... Qu'est ce qu'il sait faire ?
- Oh là, plein de choses !
- Il se met debout, en s'accrochant ?
- Ça, non.
- Il se met à quatre pattes ?
- Non plus...
- Il se déplace ?
- Sur le dos.
- Comment il fait ça ?
- Ben, sur le dos il s'élance en arrière et il se déplace comme ça.
- Ah d'accord, acquiesce le D^r K. en souriant. Il marche si vous le tenez ?
- Oui regardez...

Elle le porte sous les aisselles, Melwan se laisse porter, esquisse quelques mouvements de marche, sans réellement s'appuyer sur ses pieds. Je me dis qu'il ne marche pas si bien que sa mère voudrait le montrer.

- Et alors au niveau du langage, qu'est ce qu'il sait faire ?
- Il dit papa, il appelle sa sœur, le chat : « maou ». Il dit « maman » plutôt quand il est en colère.
- Il fait une différence entre son papa et sa maman ?
- Oui.
- Il a une préférence en ce moment ?
- Sa maman ! Mais ça a toujours été comme ça.
- Tenez, déshabillez-le, je vais l'examiner.

Le D^r K. examine Melwan sur la table à langer, lui tend un jouet puis un autre pour voir s'il en prend deux en même temps. Après plusieurs tentatives, Melwan refuse toujours le deuxième joujou, semblant trouver le premier suffisamment intéressant, c'est un anneau-hochet jaune. Le D^r K. va lui chercher un autre jouet attrayant, un petit dinosaure en plastique rouge, en lui disant « ça, ça va t'intéresser ! ». Melwan, le regarde, sourit, le prend, et le laisse tomber, pour continuer à s'occuper de hochet jaune.

Melwan me sourit et me tend la main. Je ne lui tends pas la main. Je ne lui réponds pas par un sourire, mais son geste me fait plaisir.

Le D^r K. examine Melwan de façon complète, en disant à haute voix que tout va bien à chaque étape de l'examen. Melwan s'agite un peu, sa mère dit qu'il a un sacré caractère.

- Un sacré caractère ? reprend le D^r K.
- Oui, des fois il pique des colères, des cris, et il devient tout rouge.

– Ah...

– Quand on fait pas ce qu'il veut... Il sait bien ce qu'il veut ! Il dit « donne », et « arrête »... Il dit aussi « tèm » quand il fait des câlins.

– Il a dit « tèm » ? Il vous a vu faire, c'était pour répéter ?

– Non, non, il l'a fait deux fois. C'était en faisant un bisou, c'était bien ce qu'il voulait dire. Il en fait un peu des bisous, mais c'est pas trop son truc. Avec lui c'est rare...

Silence. Je suis surpris, je trouve qu'il est petit pour dire quelque chose d'élaboré comme ça, d'exprimer un sentiment...

– Et il mange bien ? De tout ?

– Oui de tout sauf les yaourts, ça lui donne des renvois toute la journée.

– Il joue a coucou-caché ?

– Oui, il adore ça, il se cache même tout seul avec le trotteur...

– Il fait du trotteur ?

– Oh oui, beaucoup, il veut toujours ! On l'emmène partout, même dehors...

– Si vous voulez qu'il ait envie de marcher, il ne faut pas le mettre toujours dans le trotteur...

– Oh, on le met pas toujours ! reprend-elle, comme agacée. Des fois, il veut même pas y aller ! Il a envie de se mettre debout !

L'examen se poursuit, Melwan se met en colère, pousse des cris perçants.

– Effectivement tu as un sacré caractère, lui dit le D^r K. Tu ne veux pas qu'on décide pour toi ! Il pique souvent des colères comme ça ?

– Surtout quand on l'habille... Quand je lui lave les oreilles, aussi.

– Tenez, mettez le sur la balance.

– 9kilos 600.

– Oh ! Ben il a même... commente la mère, en faisant plutôt signe que le poids aurait baissé. J'avais bien l'impression...

– Vous pensez qu'il a perdu du poids ? On va voir sur les courbes...

Silence des adultes. Sa réaction m'étonne, par rapport à une éventuelle perte de poids... Ce n'est pas la réaction habituelle d'une maman...

L'examen terminé, la mère le rhabille, le calme un peu.

Réinstallé au bureau, le D^r K. complète le carnet de santé. La maman ne s'occupe pas de moi, mais Melwan me regarde à de nombreuses reprises, me sourit même. Je lui souris en réponse. Il s'est calmé dans les bras de sa maman, mais est toujours en mouvement. Le téléphone de la mère sonne à deux reprises, elle finit par répondre, sans s'excuser.

Melwan n'a pas pris de poids depuis la dernière fois. La mère dit que c'est qu'il bouge beaucoup ces derniers temps. En refaisant le point sur l'alimentation, le D^r K. demande :

– Vous avez allaité ?

– Ah non, j'aurais été liposucée ! *Rires*

– Comment ça ?

– Ben il est tellement vorace !

– Bon sur l'alimentation, c'est bien, vous pourriez même donner un peu plus le matin, avec sa courbe qui stagne un peu... S'adressant à Melwan : Bon et puis on voit bien que tu n'as pas trop envie de pousser sur tes jambes... Donc pas trop de trotteur, il faut qu'il ait envie de pousser sur ses jambes.

– Oh, il y va pas tout le temps ! C'est lui qui réclame !

Je sens la mère toujours agacée par cette réflexion sur le trotteur, qu'elle s'en défend.

Le D^r K. passe la carte vitale.

– Je pourrais vous régler plus tard ? Je vous ai dit, il y a eu un problème à la banque, ma carte est restée coincée, la machine tournait... Je sais pas ce qui se passait là dedans...

– Vous bénéficiez de la CMU ?

– Oh non !

...

– Bon, prochain rendez-vous à un an. Il y aura un vaccin à ce moment là.

Je me dis que c'est bien d'avoir des consultations programmées pour les enfants, grâce aux vaccins notamment, on garde un œil sur la situation.

J'ai l'impression qu'elle est un peu vexée que le D^r K. lui ait demandé si elle avait la CMU, comme si on pouvait la confondre avec une personne en difficulté. Je pense que moi aussi je lui aurais demandé, et je me dis qu'on pressent souvent les patients qui bénéficient de cette aide.

Nous nous levons. Le D^r K. fait un signe de la main :

– Au revoir ! Tu fais au revoir, Melwan ?

– Sa mère reprend : tu fais au revoir au docteur ?

Melwan ne s'exécute pas. Ils partent.

Fin de la consultation.

Discussion de l'observation de l'enfant Melwan

Cette observation de consultation a été reprise en supervision avec le P^r M. Amar.

La consultation d'un enfant de cet âge est propice à l'observation des interactions non verbales. La retranscription la plus fine possible des interactions entre la mère, le bébé et le médecin permet une relecture approfondie de la consultation.

Pendant cette consultation et à la rédaction de l'observation, mon ressenti était dominée par l'impression d'un agacement permanent de la mère et d'un décalage entre ce qu'elle nous dit de son fils et ce que lui nous montre. Cette impression générale oriente l'interprétation de cette consultation. Existe-t-il un trouble de la relation mère-bébé, perceptible par l'observation ? C'est dans cette direction que s'est réalisée cette supervision d'observation.

Par ailleurs, il y a eu de nombreuses interactions entre l'enfant et moi, observateur silencieux, mettant en déséquilibre ma position de strict observateur. C'est une autre piste de discussion.

Un trouble de la relation mère-bébé ?

La consultation-contrainte ?

Il s'agit là du cadre bien particulier d'une consultation du neuvième mois, « obligatoire », et l'on peut d'emblée se demander ce que la mère attend de cette consultation. Elle ne vient pas ce jour *pour dire* quelque chose. Elle annonce d'emblée qu'elle ne pourra pas payer, ne sourit pas franchement, et confirme qu'elle est là pour la consultation du neuvième mois. Et pas autre chose... Tout porte à croire qu'elle n'avait pas spécialement envie d'être là, qu'elle ressent peut-être cette consultation comme une obligation, une surveillance, une *contrainte*.

Cependant, tôt dans la consultation elle lâche : « oui, mais il fatigue sa mère ». C'est un message. Qu'est ce qu'elle nous dit ?

La communication non verbale d'un message

Dès les premiers regards avec moi, je perçois chez cette mère une certaine antipathie à mon égard. Que me reproche-t-elle ? Cette froideur initiale envers l'observateur est peut-être déjà

un message qui dit que quelque chose ne va pas. Ma présence accentue-t-elle l'impression de contrainte ? Me reproche-t-elle d'être témoin de quelque chose ? Je ressens son attitude comme de la méfiance. Dès la première rencontre, dès la première interaction, je perçois quelque chose qui, malgré la distance, est déjà un mode de communication, mais il est difficile d'en dénouer le sens. Mais a posteriori, la première impression que l'on a eue peut alors prendre une signification plus cohérente.

À observer le comportement de Melwan dans les bras de sa maman, je constate qu'il la regarde peu. C'est surprenant. Il se tourne dans tous les sens, comme pour lui échapper. On peut se demander si cette mère est suffisamment contenante psychiquement. C'est plus une contention physique qu'elle lui applique à ce moment là.

Pré verbalement, Melwan nous dit aussi beaucoup de chose. Son comportement nous parle de ce qu'il vit, et ce qu'il vit, c'est essentiellement la relation avec maman. Il s'agite, refuse le deuxième joujou, ne fait pas ce que maman veut qu'il fasse, pique une crise... Cela exprime peut-être un trouble des interactions mère-bébé. Mais par son comportement, il nous rassure également : il est peu farouche avec nous, montre peu d'angoisse de l'étranger, est bien en relation et se calme finalement dans les bras de sa maman.

L'observation du comportement de l'enfant, de la mère permet déjà des pistes de compréhension de la consultation.

Le verbal / paraverbal

Les échanges entre la mère et le D^r K. sont dominés par une impression de *valorisation excessive* des aptitudes de son enfant. Lui, ne nous le montre pas comme elle le voudrait. Sur le plan moteur, « il marche si on le tient » dit-elle, mais il ne le fait pas devant nous. Au niveau du langage, il dit plein de chose, il dit « tèm », alors qu'il serait bien surprenant qu'il exprime un message aussi élaboré à son âge. « Il mange bien, de tout », nous dit elle, mais lui ne grossit pas. Il fait du trotteur tout le temps, mais le docteur explique que ce n'est pas une très bonne idée. « Tu dis au revoir ? » mais il ne s'exécute pas...

Tout se passe comme si chaque étape de la consultation était porteuse d'une *déception*.

Cette tonalité de déception est induite par la valorisation excessive de la maman. Mais cette valorisation est elle la recherche d'une valorisation, d'une validation de la part du médecin, ou bien est-ce l'expression d'un problème... Nous dit-elle que son enfant

communique avec elle pour ne pas nous dire qu'elle est inquiète de justement ne pas communiquer avec lui ?

Cette mère ne se sent-elle pas potentiellement en accusation ?

De nombreux éléments nous engagent à poser cette hypothèse. C'est quelque chose d'assez fréquent chez les mères, vis-à-vis d'un entourage qui a toujours quelque chose à redire sur la manière dont elle s'occupe de son bébé. Le médecin a alors une fonction contraphobique, et parfois même il engage l'avenir en disant « tout va bien », et effectivement tout va bien.

Mais ici, la mère attribue au médecin un double rôle de réassurance et d'accusation. Ce ressenti de mise en accusation est palpable par son agacement récurrent, sa susceptibilité à propos de la remarque sur le trotteur (« oh, on le met pas toujours ! »), la remarque sur la CMU (« oh, non ! »)...

Un point particulier : la question du poids

Quand la mère dit « Oh ! Ben il a même... » en faisant signe que le poids aurait plutôt baissée. Elle dit avec une surprise feinte (car elle confirme ensuite qu'elle s'en doutait) et sans signe d'inquiétude que son bébé a maigri. Il y a là un net décalage entre la tonalité de sa réaction et l'inquiétude habituelle qui accompagne la perte de poids d'un bébé. Comme si elle disait quelque chose de grave avec légèreté.

Il s'agit là possiblement une double contrainte, un double message porteur de sens. On peut imaginer que par annulation elle n'exprime pas son inquiétude, mais que derrière ce mécanisme défensif, elle l'exprime d'autant plus. Une autre hypothèse serait que s'exerce sur Melwan une double contrainte qui serait « grossit et laisse moi tranquille ». C'est une double contrainte, car pour grossir, l'enfant a besoin de la relation, d'interactions fantasmatiques. Elle lui dit donc « grossit mais je ne te donnerai pas les échanges affectifs dont tu as besoin ». C'est une double contrainte exprimée au tube digestif de l'enfant, qui réagit d'ailleurs souvent par des renvois, qui sont classiquement une image du trouble de la relation mère-bébé.¹

Si la mère lui dit « laisse-moi tranquille », c'est peut-être qu'elle se sent accaparée par l'enfant, envahie, dévoré, « liposucée »... l'emploi de ce terme, c'est son fantasme à elle d'avoir un bébé dévorant.

¹ La question des renvois seulement aux yaourts préserve tout son mystère. Peut être la mère déteste-t-elle ça ?

Le trotteur a peut-être aussi cette fonction libératoire : je te pose là dedans et ne me dérange pas. « C'est lui qui réclame » se défend-elle. Est-ce bien le cas ?

Les enjeux de la position d'observateur

Le contact avec les enfants est très souvent propice à un investissement affectif important. J'en ai fait l'expérience au cours de cette observation, notamment au début, quand je pense à mon propre fils.

C'est naturel dans la vie de ramener à soi, mais c'est déjà le signe d'une activité de pensée sur soi même, qui détourne de l'observation. Pourquoi ai-je « quitté » l'observation à ce moment là ? J'ai pensé d'abord que la coïncidence des âges était responsable de ce glissement de pensée vers ma propre vie. Après discussion, il apparaît possible que ce soit un mécanisme défensif. Dans un sens, c'est se toucher soi-même pour ne pas toucher du regard la situation que je suis censé observer. Qu'est ce qui s'est passé dans mon appareil psychique pour qu'à ce moment là je décroche de l'observation ?

S'agit-il de la mère ? Est ce le genre de femme que je n'aurais pas voulu comme mère pour moi-même ? Pour mon fils ? Me suis-je identifié à l'enfant ?

S'agit-il de Melwan, que j'ai trouvé beau, qui a souvent capté mon regard et mon affectivité ? A-t-il cherché à me séduire ? Sans doute.

Cet épisode illustre ainsi deux phénomènes :

– La proximité psychique avec l'autre (ici l'enfant) n'est pas forcément facile à gérer et met la pensée dans une situation parfois inconfortable. D'avoir décroché - même momentanément - de l'observation est sans doute un mécanisme défensif.

– Quand le hasard fait coïncider certains détails (ici l'âge), il est possible qu'émerge de manière très consciente une identification à quelqu'un que l'on connaît, ou à une situation que l'on a traversée. C'est un mécanisme contre-transférentiel. Mais pour ces quelques situations ou l'on peut se rendre compte de ce que cela nous évoque d'intime, combien de situations sollicitent les mêmes ressorts psychiques, à notre insu ?

C'est difficile d'observer. C'est une activité volontaire, consciente, qui nécessite une vigilance, y compris contre soi même. C'est difficile également de faire table rase, notamment des connaissances du développement psychomoteur du nourrisson, dans l'observation présente.

Consultation de M^{me} S.

J'attends dans le bureau de consultation. J'entends le D^r K. demander si ça ne gêne pas qu'il soit avec un jeune collègue en formation. Elle entre, me regarde et me sourit : « non, pas de problème »

Il s'agit d'une femme de 33 ans, blonde, souriante, qui me donne une impression de simplicité et de franchise.

- Alors qu'est ce qui vous amène ?
- Bah, c'est ma gorge là.
- Vous toussiez ?
- Oui.
- De la fièvre ?
- Oui.
- Des courbatures ?
- Oui.
- Mal partout, l'impression d'avoir les jambes en coton ?
- Oui.
- Le nez est pris ?
- Non. Un peu au début, mais là c'est la gorge, et pis c'est descendu là sur les bronches. Et pis mal à la tête et tout dur là, dans la nuque, précise telle en se touchant la nuque.
- Ça a commencé quand ? demande le D^r K. en se levant.
- Il y a 2 jours.
- Vous avez pris votre température ? Non, j'ai pas de thermomètre, répond-elle avec le sourire.
- Et il y a eu des gens malades autour de vous ?
- Bah ma grand-mère a eu la même chose, elle a eu de la fièvre et tout, mais elle a été obligée de faire des analyses d'urines.
- Parce que vous avez des brûlures quand vous faites pipi ?
- Bah, non... répond-elle, un peu surprise de la question.
- Et vous faites pipi plus souvent que d'habitude ?
- Non. Enfin, si, un peu il y a 2 jours, mais c'est peut-être la fièvre qui a fait ça. C'est possible ça ?
- Pourquoi pas... Mais tant que vous êtes là on va vérifier ça d'abord. Vous allez essayer de faire quelques gouttes d'urine.

Il lui tend une grande coupelle mécanique, M^{me} S. regarde ce récipient, en souriant, le prend et va aux toilettes.

Le D^r K. ferme la porte, se réinstalle au bureau. Il m'explique que c'est une patiente qu'il suivait quand elle était enfant. Il l'avait perdue de vue et depuis peu elle a repris contact, pour elle et surtout pour un de ses enfants qui est très agité, très difficile. L'enfant a été témoin de violences de son père sur sa mère.

En entendant le bruit de chasse d'eau, le D^r K. se lève et rejoint la patiente dans le couloir, il récupère la coupelle, ils sourient tous les deux devant la taille du récipient. M^{me} S. se rassoit, genoux serrés mains posées sur les genoux. Le D^r K. lui tourne le dos et commente la bandelette urinaire :

– Bon pas de sang, pas de sucre, les urines sont denses, vous n'avez peut-être pas beaucoup bu...

– Ah c'est ça, je ne bois pas assez ? Parce que je bois pas beaucoup...

– C'est pas grave, mais c'est pour ça que vos urines sont concentrées. Bon pas de nitrites, à peine une croix de leucocytes... Bon, il n'y a pas d'infection urinaire. Tenez, venez vous installer sur la table.

– Alors, la gorge... Mmm, c'est à peine rouge. Les amygdales sont bien, il n'y a pas de petits ganglions. Tenez asseyez vous, respirez bien.

M^{me} S. tousse en respirant, avec grands bruits d'encombrement, que j'entends.

– D'accord... dit le D^r K. en écoutant. Effectivement ça siffle, enfin ça couine. Vous fumez ?

– Oui, pourquoi ? Ça pourrait être la cigarette qui m'aurait donné ça ?

– Non, mais ça n'arrange pas, avec le virus. Vous fumez combien ?

– 5.

– Et depuis quel âge ?

– 17 ans

– Et vous en avez ?

– 33.

– Vous avez déjà pensé à arrêter ?

– Oui.

– Et vous l'avez fait ?

– Non ! J'avais pas envie...répond elle en riant. Mais là, je fume pas, comme je suis malade.

– Bon. Vous pouvez vous relever. Elle se rhabille et se dirige vers le bureau.

– Et il n'y a eu personne de malade ? Les enfants ?

– Si le petit il a un peu toussé ça va mieux.

– Et Max, comment ça va ?

– Oh, bah là, c'est de pire en pire. C'est la catastrophe. Répond-elle, avec soudain un air plus grave, préoccupé.

– Comment ça c'est passé cet été ?

– Il est toujours à taper sa sœur, à crier... Depuis la rentrée, c'est punition sur punition. Et pis on peut rien lui dire, il pique des colères, j'ai l'impression que plus il grandit, moins on peut lui parler. Y'a plus rien qui le touche... D'ailleurs on pourrait reprendre un rendez-vous avec vous ?

– Bon, attendez je vais faire l'ordonnance et on va en reparler. Alors, des pulvérisations dans la gorge... alors ça, ça a l'inconvénient de ne plus être remboursé... enfin c'est pas très cher. Vous n'êtes pas enceinte ?

– Non. *Pendant la rédaction de l'ordonnance, M^{me} S reste les yeux dans le vague, toujours avec cet air très préoccupé.*

- Et puis des effergans...
- Ah ça j'en ai pris ma grand-mère m'en a donné ! Elle m'a demandé si je n'avais pas mal dans les reins.
- Oui, mais bon là vous n'avez pas la même chose qu'elle. Tenez, voilà le traitement.
- Ah, j'oubliais, vous pourriez regarder mes oreilles, voir si j'ai pas de l'eczéma... Parce que ça me gratte, j'ai envie de gratter avec quelque chose de pointu.
- Ça n'arrangera rien ! Mmm. Effectivement, un peu à gauche... et à droite, nettement, oui, le conduit auditif est inflammatoire. Je vais vous prescrire des gouttes. Vous avez de l'eczéma ailleurs ?
- Non. J'en ai eu, mais y'a longtemps, c'était aux pliures. dit-elle en montrant ses plis de coude. Ça s'attrape pas ça ?
- Non, non... Bon. Donc cet été vous êtes partis ?
- Oui, dans le sud.
- Et ça c'est bien passé avec Max ?
- Oui c'était mieux.
- Et là c'est de nouveau difficile ?
- Oui, depuis la rentrée il est toujours à grimper partout, à faire des bêtises.
- Et quand c'est son père qui lui parle ?
- Oh bah là, c'est pire que tout, il tape dans les portes, il pousse des hurlements, il pique une crise de larmes.
- C'est peut-être qu'il y a quelque chose qui le touche, là...
- Mais bon, je crois qu'il a un problème avec son père... Vous savez avec le problème de mon mari...¹
- Vous savez, on en avait parlé, que Max puisse aller voir quelqu'un, une psychologue...
- Oui mais ils n'ont pas de place, la dame m'a dit qu'elle me rappelait dans 2 à 3 mois.
- C'était avant l'été, ça...
- Oui.
- Bon là c'est la rentrée, il va falloir que ça aille plus vite. Je vais les appeler pour accélérer le rendez-vous. Je pense que c'est important que vous voyiez quelqu'un spécialement pour ça, pour faire le point... Mais moi je suis d'accord pour le revoir entretemps. Ça c'était bien passé quand je l'avais vu tout seul...
- Oui...

Elle tend la carte vitale, puis la récupère et la range au mauvais endroit du portefeuille, comme si elle était en train de penser à autre chose. Elle dit à demi mots « qu'est ce que je fais, je fais des bêtises »

Nous nous levons.

Elle me dit : au revoir monsieur avec un sourire sincère. Je lui réponds.

Le D^r K. la salue et lui redit qu'il est d'accord pour revoir Max, qu'elle peut prendre rendez vous auprès de la secrétaire.

Elle sort.

Fin de la consultation.

¹ J'ai appris par la suite qu'il s'agissait d'un problème d'alcoolisme. Le mari consulte rarement et les tentatives de sevrages ont échoué.

Discussion de l'observation de M^{me} S.

Cette observation a été reprise en supervision avec le P^r Amar.

L'impression initiale est celle d'une consultation simple, d'une patiente sympathique venant pour une affection bénigne, mais l'entrevue glisse rapidement vers le vrai motif, un sujet sensible : les troubles du comportement de son fils Max, dans une problématique familiale douloureuse.

Le ballet des identifications

M^{me} S. connaît le D^r K. depuis toute petite. Il est probable qu'elle le place dans une position paternelle pour elle, de grand père pour Max. Quand elle confie : « ah, c'est ça, je ne bois pas assez », ou bien « ça pourrait être la cigarette qui m'aurait donné ça ? », c'est comme si elle exprimait les choses avec un fond de culpabilité. Elle se conduit un peu comme une enfant pas sage (elle rit en avouant qu'elle ne veut pas arrêter de fumer). Elle dit même tout bas « je fais des bêtises » en fin de consultation. Faut-il y voir qu'elle accorde au médecin une fonction paternelle, potentiellement punitive ?

À deux reprises elle s'identifie à sa grand-mère (à propos de l'infection urinaire et à propos des efferalgans). Nous avons peu de pistes pour comprendre la nature de la relation qu'elles entretiennent.

Max, son fils, est en souffrance. La mère elle-même met bien ça en lien avec le père, évoquant à demi-mots l'alcoolisme et n'évoquant pas les violences subies. Max, témoin des violences, a identifié quelque chose chez son père et l'imité en frappant sa sœur et même sa mère.

Si l'on admet que M^{me} S. actualise sur le médecin une image parentale, ne dit-elle pas à ce médecin-papa : *regarde l'homme que j'ai épousé*. C'est une illustration possible de la composante privée du transfert médical (cf. première partie, ch. II, Le transfert médical).

Elle réserve au médecin une place particulière et lui fait jouer un rôle, notamment dans la problématique (et peut-être la structure) familiale.

La problématique familiale

C'est Max qui est au centre du problème, de la demande. Il est agité, violent, hyperactif diraient certains. La demande d'aide le concerne, la mère demande à ce qu'il revoie le D^r K. et elle doit « le montrer » au psychologue. Le médecin va dans le sens de cette demande, en appuyant la demande de rendez-vous rapide.

Mais il évoque cette prise en charge spécialisée précisément quand M^{me} S. parle tacitement du problème de son mari. Ça a du sens. Car Max n'est pas malade ; *il est symptôme*. Symptôme des difficultés du couple à la maison, de l'alcoolisme et de la violence de son père. Si Max dit à la psychologue que son papa boit trop et est méchant, alors ce n'est pas Max qu'il faut envoyer chez le spécialiste, c'est le père.

Réflexion sur la problématique de l'alcool

C'est sans doute difficile pour le père de consulter pour ce problème d'alcool.

On peut se demander ce qu'en pense M^{me} S., qui admet la gravité du problème (en atteste son air particulièrement préoccupé) mais qui reste cependant avec lui.

Il peut s'agir d'alcoolisations de surface, à visée anxiolytique, visant à réduire les conflits internes et les tensions du couple. On peut se demander quel rôle joue M^{me} S. dans la situation familiale. Entretient-elle cette situation ? Est-ce que l'alcool n'aplanit pas certaines tensions pénibles pour elle-même ? En d'autres termes : est-ce qu'elle ne cherche pas à le calmer, et que l'alcool l'y aide ? Il n'est pas rare que le conjoint entretienne inconsciemment la dépendance de l'autre, y trouvant certaines satisfactions inavouables.

Ce sont bien sûr des hypothèses, et il nous manque clairement des informations sur cette patiente, sur sa vie. Toutes ces informations dont peut disposer le médecin, plus qu'un autre, sont essentielles à la compréhension d'une situation clinique.

L'observation pose plus de questions qu'elle n'apporte de réponses.

Cette observation met cependant en évidence la difficulté de la médecine générale, qui derrière des motifs banals, démasque de vraies problématiques de vie. C'est sur la relation médicale que s'appuient les patients et pas sur la bronchite ou l'ordonnance, qui apparaissent dans cette consultation parfaitement anecdotiques.

IV. Discussion

La méthode d'observation en pratique : premières impressions

À l'instar de chaque supervision d'observation, qui s'engageait à partir d'une impression globale, d'un ressenti, je voudrais évoquer dans un premier temps les premières impressions.

Cette expérimentation d'observation directe a été pour moi une expérience unique, éprouvante et néanmoins particulièrement agréable. Le temps d'observation est un moment privilégié d'attention, d'écoute, dans un exercice intellectuel tout à fait inhabituel, difficile et savoureux, étant libéré de l'action.

Il faut avouer que le deuxième temps de la méthode, le temps de la dictée et de la rédaction, est douloureux. C'est un arrachement que de se remémorer dans les moindres détails les mots, la manière dont ils ont été dits, les gestes, les silences, son propre ressenti d'observateur...et de coucher tout ça par écrit. Ce temps de rédaction est déjà un temps d'appropriation, de subjectivation, et la consultation observée prend une autre tonalité, plus complexe.

Le troisième temps, celui de la supervision, fut un moment très stimulant, et la discussion, l'élaboration autour de mes observations fut un moment particulièrement agréable.

Les trois superviseurs qui m'ont fait l'honneur de participer à cette expérience m'ont réservé un accueil tout à fait positif, et je suis heureux qu'ils aient retiré un certain plaisir à ce temps de discussion.

Analyse des résultats : les apports

Ces six observations et leur retranscription de supervision offrent un matériel particulièrement riche concernant les enjeux psychoaffectifs de la relation médecin-malade. Dégageons certains points mis en lumière par cette expérimentation d'observation directe.

La perception des interactions comportementales

La position d'observateur silencieux et attentif permet de percevoir nombre d'interactions non verbales, parfois discrètes et à l'insu du médecin. L'épaule que M^{me} G. se touche, les coïncidences gestuelles de Maeva et de sa mère, la pauvreté des interactions de M^{me} R... Cette expérimentation met en relief l'existence de la communication non verbale dans la consultation médicale, qui est sans doute plus difficile à appréhender « dans le feu de l'action » qu'en étant disponible à l'observation. Il en va de même concernant la communication paraverbale, c'est-à-dire la manière dont sont dits les mots (les exclamations de M^{me} G, de M. P. étaient par exemple particulièrement significatives).

La position d'observateur m'a fait réaliser la réalité et la force de cette communication infra-verbale.

La perception des interactions affectives et fantasmatiques

L'attention qu'exige la position d'observateur permet une appréhension assez fine de l'interaction médecin-malade. Cette méthode d'observation, et en particulier le temps de supervision, ont particulièrement illustré l'existence d'interactions médecin-malade, à type de transfert (M^{me} G., M^{me} S.) et de contre-transfert (M. P.). Nous avons pu poser l'hypothèse de ces mouvements affectifs dans chaque observation, notamment là où on ne les attendait pas, comme par exemple l'observation de la consultation vide et terne de M^{me} R.

Les données issues de cette expérimentation d'observation illustrent ainsi avec cohérence les théories de la relation médecin-malade, dans une perspective psychanalytique.

Elles suggèrent également que la réalité psychique est présente et perceptible au sein du moindre fait clinique.

Dégager un sens potentiel en appréhendant la réalité de la vie psychique

Si l'observation en elle-même et la rédaction sont déjà des processus d'appropriation, de subjectivation, c'est le troisième temps de supervision qui donne toute sa dimension à la méthode. Cette discussion en supervision s'appuie évidemment sur la subjectivité inhérente du récit, mais ce temps n'est pas là pour théoriser la relation médecin-malade. Ce temps est celui des hypothèses, des questions.

Dans les observations menées, la supervision fut à chaque fois l'occasion de repenser la consultation avec une profondeur singulière. Pour chaque observation, le temps de supervision a pu mettre en exergue la réalité, la tangibilité de la vie psychoaffective et des enjeux potentiels de la consultation. Aucune observation ne nous a laissé muet en supervision. Même derrière des faits cliniques d'une banalité quotidienne (l'observation de Maeva par exemple), nous avons pu mettre en lumière ces enjeux affectifs potentiels.

Cette expérimentation d'observation a donc permis une part d'élucidation de la consultation, de la relation.

Mais le sens issu de ces interprétations est un sens *potentiel*. Ce serait un grand danger que de prendre ces hypothèses pour des explications. Ce n'est pas une vision plus juste, mais c'est une vision plus complexe, plus fine, qui nous a été offerte par l'observation, consacrant l'existence palpable de la vie psychique dans la relation médecin-malade.

La mise en évidence d'un contre transfert de l'observateur

Par la position d'observateur, j'ai eu accès à un ressenti. Cette expérience émotionnelle est autorisée, favorisée par la méthode d'observation, transposée de la méthode Esther Bick.

Dans chaque observation, cette expérience émotionnelle débute dès le premier contact, dès **la première impression** ¹. Le ressenti est souvent particulièrement fort dans les moments de surprise de l'observation (par exemple quand M^{me} G. parle de faire les comptes, probable métaphore de son passé difficile partagé avec son mari). **Le moment de surprise** dans l'observation a souvent été en lien avec un nœud problématique de la consultation. « L'observation psychanalytique s'intéresse à l'inattendu », comme le souligne Albert Ciccone ¹⁰. Grâce à cette position de disponibilité affective, mon ressenti d'observateur a été un outil précieux producteur de sens potentiel.

Le ressenti de l'observateur est-il légitime ?

Oui, parce que justement il est subjectif. Dans le domaine de l'esprit humain, on ne peut pas être plus près de la réalité psychique de l'autre qu'en étant au fond de sa propre subjectivité affective.

La question n'est pas d'avoir tort ou raison, elle est de se laisser accès à son propre ressenti. Le ressenti n'est pas une interprétation. L'interprétation est toujours discutable. Le ressenti, lui, est premier. Il a à s'expliquer, pas à se justifier.

D'où vient ce contre-transfert ?

Il n'est pas tiré de l'observateur seul, il trouve sa source dans l'autre, dans le malade, dans le médecin, dans la situation. Par sa présence et son statut, l'observateur assume une partie de la fonction médicale de la situation. Nous avons évoqué que le transfert médical était essentiellement lié à la fonction médicale, dans une sorte de transfert culturel. Il est probable que l'observateur reçoive une partie de ce mouvement affectif du patient. Les réactions qu'il éprouve sont en partie en lien, en retour à ce transfert sur lui. Ceci est particulièrement flagrant dans l'observation de M. P., qui m'a fait jouer une fonction médicale, pour mieux la désarçonner.

¹ Méfions-nous de la première impression, mais concédons-lui cependant une certaine pertinence...

Prendre la mesure de cette subjectivité, de ce contre-transfert est l'opportunité de donner à sa future pratique une dimension nouvelle, passionnante, nécessaire.

L'approche pluridisciplinaire

Ce fut une chance de pouvoir reprendre les observations avec trois interlocuteurs différents. Chacun a pu m'éclairer de sa compétence, et la différence des approches fut palpable en cours de supervision. Cette différence semble moins perceptible dans les retranscriptions que j'en ai faites.

Toujours est-il que toutes ces approches ont permis, chacune à leur manière, une mise en évidence des mouvements psychoaffectifs dans la relation.

Mentionnons cependant le cas particulier du D^r K. qui fut à la fois observé et superviseur. (Les consultations de M^{me} G et M. P.)

Cette situation inhabituelle, étrange, s'est finalement montrée très intéressante. D'une part, le D^r K. connaît ces patients depuis longtemps, et il a pu mettre en perspective les données de l'observation et ce qu'il savait déjà. Car la relation s'inscrit dans le temps, et il y a beaucoup de non-dit en médecine générale. Sa connaissance de la vie de ces malades éclairait la discussion, en même temps que les données de l'observation lui révélaient certains détails relationnels.

Analyse des résultats : les limites

À côté des résultats positifs de cette méthode d'observation, plusieurs objections peuvent être formulées. Elles constituent une limite à la pertinence des résultats et sont de trois ordres.

Limites liées à la transposition de la méthode Esther Bick

La méthode d'Esther Bick a été exposée et incluse dans la formation des thérapeutes d'enfants au début des années 60. Mais sa méthode était déjà en place depuis 1948⁷. Depuis ses origines, la méthode n'a quasiment pas été modifiée, preuve s'il en faut de sa pertinence. Sa méthode a une vocation de formation et des implications thérapeutiques reconnues^{7, 22, 24}.

Tous les aspects de la méthode Esther Bick ont leur importance, et certains points n'ont pas pu être transposés à notre expérimentation d'observation de consultations :

- La relation médicale observée est une relation de souffrance, par définition. L'observation du nourrisson, elle, se déroule dans une famille « normale » sans pathologie physique ou psychique connue. La présence de la souffrance dans l'objet d'observation conditionne sans doute ce que l'on en retire de sens potentiel.

- Je connaissais déjà le D^r K. avant les observations, alors que la rencontre d'un observateur et la famille du bébé, chez Esther Bick, se fait par un intermédiaire. L'observation médicale est alors peut-être biaisée par ma relation préalable au médecin observé, notamment sur le plan des représentations. Le choix du médecin observé comporte déjà une orientation des résultats attendus.

- Les supervisions ont été reprises en tête à tête, alors que les supervisions dans la méthode Esther Bick se font en groupe, avec un psychanalyste connaissant bien la méthode.

- Les consultations observées sont des consultations *ponctuelles*, uniques, alors que l'observation du nourrisson s'inscrit dans la durée, sur deux ans, une fois par semaine. La relation médicale s'inscrit elle aussi dans le temps, parfois sur plusieurs années, et il y a là une limite importante à observer cette relation « par le trou de la serrure ». Cette ponctualité de

l'observation doit encourager à la modestie et à la prudence des interprétations (qui, redisons le, ne sont pas le but de ce travail).

Ainsi, en se démarquant de certains aspects de la méthode Esther Bick, et notamment de sa continuité dans le temps, notre expérimentation d'observation ne peut produire la même connaissance, le même sens. C'est une limite évidente, majeure, mais difficile à contourner dans le cadre précis de la consultation de médecine générale.

Les limites liées aux consultations observées

« Observer, c'est perturber ». Par sa présence, l'observateur vient modifier le colloque singulier qui unit un malade à son médecin. L'investissement affectif qui les unit est le fruit d'une relation parfois prolongée. L'observateur modifie ainsi le comportement du malade et du médecin. Précisons qu'il les *modifie*, car le terme « perturber » garde une connotation péjorative qui ne reflète pas la réalité⁹. C'est un biais inévitable, car la présence de l'interne en consultation est nécessaire à sa formation.

Le chiffre de 6 observations peut sembler insuffisant à toute représentativité, face à la variété infinie des consultations de médecine générale. Le fait de ne pas avoir choisi les consultations limite pourtant le biais de sélection, et le panel d'observations proposées se trouve finalement assez varié.

De même, le fait que les 6 observations aient été menées chez le même médecin appelle quelques objections. Mais il y a en France plus de 50 000 médecins généralistes, et il y a autant de pratiques que de praticiens, particulièrement quand on aborde les enjeux de la relation médecin-malade. Observer 2 ou 10 médecins aurait apporté d'autres résultats, peut-être plus variés, mais pas forcément plus riches.

Cette expérimentation n'a pas vocation de représentativité. C'est une méthode de recherche clinique *qualitative*.

Les limites liées à l'observateur

L'observateur profane

Dans le domaine de l'observation du nourrisson, il est préférable que l'observateur ait été ou soit en analyse ²², car la force des implications affectives est parfois telle qu'elle suppose, pour y faire face, d'être suffisamment en lien avec son propre monde interne.

Je n'ai pas ce parcours, ce bagage psychanalytique, et c'est une limite probable à cette méthode d'observation. Cependant, pour observer la relation médecin-malade, l'acquisition d'un bagage théorique permet d'éviter d'aborder l'observation avec une naïveté totale. Faire *table rase* de la théorie implique un minimum de connaissance préalable.

Cette méthode d'observation est destinée au médecin en formation. On ne peut exiger de lui un parcours psychanalytique préalable, il faut être réaliste.

Plusieurs précautions permettent sans doute d'amoindrir cette limite inévitable :

- L'acquisition de données théoriques
- Une réflexion personnelle quant à ses propres représentations de la médecine, de la maladie, de la mort. C'est un moyen d'acquérir une meilleure connaissance de ses propres motivations dans la pratique. ¹
- Une grande précaution vis-à-vis de sa propre subjectivité, tout en acceptant l'existence de ces mouvements inconscients chez soi.
- Se refuser à faire de la « psychanalyse sauvage » ² ou de l'interprétation hâtive. Redisons-le : il faut *toujours* prendre les interprétations pour des hypothèses, pas pour des explications.
- Respecter les règles de l'observation le plus scrupuleusement possible.

¹ La première partie de cette thèse illustre ces deux premiers points. Au-delà des notions théoriques, nous y avons exploré des pistes de réflexion qui semblaient pertinentes, mettant à contribution la subjectivité du lecteur. On peut tout à fait porter un regard sociologique, politique, philosophique, religieux... Ce qui compte, c'est de s'autoriser un regard personnel, subjectif, nouveau, en se débarrassant de cette carapace défensive. C'est finalement cultiver la place du doute, et accepter de ne pas tout connaître.

² In : *À propos de la psychanalyse sauvage*, 1910.

L'observateur subjectif : un obstacle épistémologique ?

La subjectivité est là, inévitable, dès le choix du médecin observé, et même dès le choix de ce sujet de thèse. La subjectivité est partout.

La méthode choisie accorde une place de choix à cette expérience émotionnelle, comme outil d'élucidation, de mise en évidence de la vie psychique. *La subjectivité est un outil.*

Mais c'est un outil à double tranchant. Car qui dit subjectivité, dit personnalité, histoire de vie et univers pulsionnel... Il y a probablement des mouvements inconscients de ma part qui, dans le temps d'observation, dans le temps de rédaction, ont conditionné ce que j'en ai perçu et retranscrit. Il s'agit de la « partialité subjective » ¹ qui est « l'influence involontaire du chercheur dans le relevé des faits observés, son souhait inexprimé que les faits lui donnent raison, et l'importance des investissements affectifs et sociaux ». On touche à ce que Bachelard ² évoquait : le monde pulsionnel fait obstacle à la connaissance scientifique. À ceci près que la vie psychique est *justement* l'objet de notre recherche...

Cet obstacle semble incontournable, car la méthode d'observation, par la disponibilité affective qu'elle nécessite, implique la subjectivité de l'observateur.

Pour limiter cet écueil, il convient de respecter les règles de l'observation que nous avons fixées, au même titre que des règles s'imposent dans l'observation du nourrisson ²².

Toutes ces limites liées à l'observateur prendraient sens si on accordait aux résultats une valeur de preuve, d'objectivation. Il y aurait effectivement là un grand danger et toutes ces objections sont pertinentes.

Mais le résultat de ces observations, c'est un *matériel* subjectif, hypothétique, riche.

¹ Définie par Cornillot et Bourguignon, cités par Michel Haag in : *A propos de l'œuvre d'Esther Bick, volume I : sa méthode d'observation.*

² In : *La formation de l'esprit scientifique*, 1938

Notre objectif était simple, modeste dans les résultats attendus, ambitieux dans son impact et ses enjeux :

Montrer que par l'observation directe de la consultation de médecine générale, selon une méthode codifiée, on avait un accès privilégié aux enjeux psychoaffectifs de la relation médecin-malade, dans le but de s'y former.

Validation de l'hypothèse de recherche

En codifiant une méthode d'observation de la consultation de médecine générale, puis en l'expérimentant, **les résultats valident l'hypothèse de recherche** et l'on peut ainsi proposer :

- La position d'observateur a permis une perception accrue des enjeux psychoaffectifs.
- La méthode d'observation proposée, issue de la méthode Esther Bick, a été pertinente.
- La méthode d'observation réalise un cadre nécessaire à une utilisation raisonnée de la position d'observateur.
- La place centrale de l'expérience émotionnelle a apporté une dimension supplémentaire à l'appréhension des enjeux psychoaffectifs de la relation médecin-malade.

Cette expérience d'observation a été pour moi un moment important, dont je tire enseignement, car j'y ai pris la mesure de cette réalité psychique dans la relation médicale, de manière particulièrement intense du fait de la position d'observateur et de la méthode.

Cette expérience a modifié en profondeur ma pratique, et élargi ma conception du métier de médecin.

Mais cette expérimentation est limitée. Seul observateur chez un seul médecin observé, j'étais sans doute particulièrement enclin à trouver de l'intérêt à cette méthode. Sa pertinence n'est pas nécessairement extrapolable à tout le monde, mais j'en ai néanmoins montré la *faisabilité*. Il s'agira dans une étape suivante d'expérimenter cette méthode avec un petit nombre d'internes, ce qui assurément permettra de l'enrichir et d'en ajuster les modalités. Nous espérons que cette première expérience encourageante portera à terme ses fruits pédagogiques.

Les enjeux de formation

Un outil original

La méthode Esther Bick avait déjà été utilisée hors de son cadre rigoureux. Bernard Golse, à Paris, propose l'observation du nourrisson aux jeunes étudiants en médecine comme méthode de formation ²⁰. D'autres transposent la méthode à l'observation d'une classe de 5^{ème}, en sciences de l'éducation ¹¹. À notre connaissance, la méthode n'avait pas encore été transposée à l'observation de la consultation de médecine générale.

La formation à la relation médecin-malade est une problématique chronique du monde médical. Comment l'enseigner ? Quels outils de transmission ? Les cours didactiques, les enseignements dirigés et les jeux de rôle sont les outils pédagogiques les plus utilisés ^{29,35}. L'expérience personnelle, sauvage de l'étudiant reste cependant prépondérante, avec les risques que nous avons déjà évoqués (cf. première partie, chapitre II, À propos des études médicales).

Pour le futur médecin, la période d'observation chez le médecin généraliste existe déjà, et notre expérimentation s'avère positive. Cette méthode d'observation représente donc un outil potentiel original, complémentaire à explorer dans la formation des jeunes médecins.

Considérations pragmatiques

- C'est une méthode accessible. Au pris d'un effort raisonnable, l'interne de médecine générale peut réaliser des observations de consultation.

- Elle nécessite des pré-requis, sur les théories de la relation et sur la méthode, de la part de l'interne et du maître de stage.

- Le temps de supervision peut se réaliser en groupe. Comme pour l'observation du bébé, il n'y a pas besoin d'être l'observateur pour en tirer enseignement. On peut imaginer que la richesse de la supervision, dans l'échange, n'en serait que plus grande. Différents formateurs

peuvent intervenir, et la supervision pluridisciplinaire apparaît comme une richesse supplémentaire.

- Il convient d'être particulièrement vigilant quant à la méthodologie, garante d'une certaine éthique. Le respect de la consultation observée, ainsi que le respect d'une rigueur de recherche clinique sont des prérogatives essentielles à une méthode de formation.

Les enjeux de cette méthode de formation

L'objectif de cette période d'observation n'est pas de théoriser la relation médecin-malade, mais d'ouvrir sa pensée clinique à cette réalité relationnelle et inconsciente, qui s'éloigne un peu de la médecine enseignée. C'est prendre le temps de s'imprégner des choses, accorder une place au doute, et finalement à ce qu'il y a d'éminemment humain entre le médecin et le malade. L'*evidence-based medicine* est tout à fait nécessaire à la formation, mais ne peut pas régir toute la pratique, simplement du fait que par son principe même, en même temps qu'elle s'intéresse à la subjectivité, elle est déjà en lutte contre elle.

Une autre vertu probable de cette méthode, c'est qu'elle développe la capacité d'observation et d'écoute, dans une dimension thérapeutique. Se placer en position d'observateur peut être une méthode de soin psychique. Albert Ciccone dit ceci en des termes très justes : « Lorsqu'une situation clinique est incompréhensible, traumatique, aliénante, plonge dans l'inconfort ou l'impuissance, prendre une position d'observateur, prendre le temps d'observer, prendre le temps d'être attentif et réceptif aux différents éléments qui composent la complexité de la situation, améliorent la situation, même si rien d'autre n'est fait [...]. La situation s'améliore d'abord parce qu'elle est *pensée*. »¹⁰

Accepter sa propre expérience émotionnelle dans la relation de soin, c'est également cheminer vers une *compréhension empathique* du malade³³.

« La modernité, ce n'est pas évacuer la subjectivité. »¹

¹ Bernard Golse. Communication orale, colloque francophone Esther Bick, Lille, 2007.

CONCLUSION

Ainsi, cette période d'observation, réputée inintéressante, fut pour moi un temps marquant de mon parcours. Ce fut le point de départ de ce travail de thèse, et la réflexion personnelle nécessitée par ce travail a considérablement élargi ma perception des choses.

Cette expérimentation d'observation, malgré ses limites, s'est révélée pertinente et formatrice. Je ne peux que souhaiter que cette modalité de formation soit développée, améliorée, mais surtout trouve écho favorable auprès des principaux intéressés : les futurs généralistes.

Se former à la relation médecin-malade en y intégrant sa propre subjectivité est un enjeu de taille. C'est une dimension éthique et humaine qui nous est proposée, car pour aborder la dimension psychique chez le malade, il faut d'abord l'accepter chez soi-même. Prendre la mesure de l'affect et de l'inconscient en médecine, c'est ensuite apprendre à les percevoir, à les gérer dans une direction thérapeutique. C'est aussi ce qui fait toute la saveur et - osons le dire - le plaisir de la médecine générale. Elle se distingue alors des autres médecines, car derrière les personnages pittoresques du malade *et du médecin*, elle voit l'homme, dans toute sa singularité biographique, physique, psychoaffective et relationnelle.

Pour l'observateur, l'enjeu principal est donc de prendre conscience d'une réalité psychique chez le malade, chez le médecin, dans la relation et, *in fine*, chez lui-même, simple observateur mais médecin en devenir. C'est donner à sa future pratique une dimension parfois insoupçonnée, ce que Balint appelait de ses vœux comme « un changement limité quoique considérable de la personnalité du médecin ».

La relation médecin-malade s'apprend en la vivant, et l'observer est une passionnante manière de la vivre.

« Chose inouïe, c'est au-dedans de soi qu'il faut regarder le dehors. Le profond miroir sombre est au fond de l'homme. Là est le clair-obscur terrible. La chose réfléchie par l'âme est plus vertigineuse que vue directement. »

Victor Hugo, l'aquarium de la nuit.

Bibliographie

- 1 - ARBORIO AM, FOURNIER P. *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe*. Ed. Armand Colin, 2005.
- 2 - ANZIEU D. *Le moi-peau*. Paris, éd. Dunod, 1995.
- 3 - BALINT E, BALINT M. (1961) *Techniques psychothérapeutiques en médecine*. Paris, éd Payot, 2006.
- 4 - BALINT E. (1973) *Six minutes par patient*. Paris, éd. Payot, 1976.
- 5 - BALINT M. (1957) *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris, petite bibliothèque Payot, 1973.
- 6 - BALINT M. (1971) *Le défaut fondamental*. Paris, éd. Payot, 2003.
- 7 - BICK E. (1964) Notes sur l'observation de bébé dans la formation psychanalytique. In : *Un espace pour survivre, l'observation du nourrisson selon Esther Bick, articles cliniques et derniers développements*, sous la direction de BRIGGS A. Ed. du hublot, Larmor-Plage, 2006. pp. 67-81.
- 8 - BONNAUD ANTIGNAC A. *La communication médicale : éléments de base*. Disponible sur : <http://www.sante.univ-nantes.fr/med/ticem/ressources/85.pdf>
- 9 - CIABRINI N. *Comment la présence du résident est-elle perçue par le patient lors d'une consultation de médecine générale au cours du stage chez le praticien ?* Thèse Med : Université Pierre et Marie Curie, Paris, 2002.
- 10 - CICCONE A. *L'observation clinique*. Paris, Dunod, 1998.
- 11 - CHAUSSECOURTE P. Regards croisés sur le processus de recherche dans le contexte d'une approche clinique d'observation psychanalytique. Observation clinique en sciences de l'éducation. In : *actualité de la recherche en éducation et en formation*. Strasbourg, 2007.

- 12 - DEL VOLGO MJ. Psychanalyse et médecine : de la séparation à la réconciliation. In : *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. Ed. érès, 2001. n° 36, pp. 167-176. disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-de-psychotherapie-psychanalytique-de-groupe-2001-1-page-167.htm>
- 13 - FERENCZI S. influence de Freud sur la médecine. In : *Psychanalyse IV, œuvres complètes*, Paris, éd Payot, 1933, pp. 113-124.
- 14 - FREUD A. (1936) *Le moi et les mécanismes de défense*. PUF, 1993.
- 15 - FREUD S. (1899) *L'interprétation des rêves*. PUF, 1967.
- 16 - FREUD S. (1920) Au delà du principe de plaisir. In : *essais de psychanalyse*. Paris, éd Payot, 1948
- 17 - FREUD S. (1925) La question de l'analyse profane. In : *psychanalyse et médecine*. Paris: Gallimard, 1950.
- 18 - FREUD S. (1940) *Abrégé de psychanalyse*. Paris, PUF, 1975.
- 19 - GAILLARD JP. *Le médecin de demain : vers une nouvelle logique médicale*. Paris, ESF éditeur, 1994.
- 20 - GOLSE B. L'observation directe et la formation des étudiants en médecine. In : *L'observation directe du bébé selon Esther Bick : Son intérêt dans la pédopsychiatrie aujourd'hui*. Coll. Sous la direction de DELION P. Ed érès, 2004. pp. 279-284.
- 21 - GOLSE B. *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. 3eme édition. Paris, Ed. Masson, 2002.
- 22 - HAAG M. *A propos de l'œuvre d'Esther Bick, volume I : sa méthode d'observation*. Paris, Autoédition, 2002.
- 24 - HAAG M et G. Résumé de la méthode d'Esther Bick pour l'observation régulière d'un nourrisson dans sa famille. In : *L'observation directe du bébé selon Esther Bick : Son intérêt dans la pédopsychiatrie aujourd'hui*,. Coll. Sous la direction de DELION P. Ed érès, 2004. pp. 93-111.
- 25 - HEIMANN P et al. (1945). *Le contre-transfert*, Paris, Ed. Navarin, 1987.
- 26 - ISRAEL L. (1976) *L'hystérique, le sexe et le médecin*. Paris, Ed. Masson, 2001.
- 27 - ISRAEL L. (1968) *Le médecin face au malade*. Ed. Mardaga, 2005.

- 28 - JEAMMET P, REYNAUD M, CONSOLI S. *Psychologie médicale*. Ed Masson, 1997
- 29 - KRESS JJ. Fonction pédagogique de quelques concepts psychanalytiques en psychologie médicale, in *psychologie médicale*, 1990, 23, 2, pp 631-633.
- 30 - LACAN J. La place de la psychanalyse dans la médecine. Conférence du 16 février 1966, à la Salpêtrière, *cahiers du collège de médecine*, 1966, pp. 761-774.
- 31 - LAPLANCHE J, PONTALIS JB. *Vocabulaire de la psychanalyse*. 2^e éd, quadrige, PUF, 1998.
- 32 - PERETZ H. *Les méthodes en sociologie : l'observation*. Paris, éd. la découverte, 2004.
- 33 - ROGERS C. *L'empathie : une manière d'être qui n'est pas appréciée à sa juste valeur*. Emergences n° 2, Les Cahiers, I-VIII , 1982
- 34 - ROUDINESCO E, PLON M. *Dictionnaire de la psychanalyse, troisième édition*. Ed. Fayard, 2006.
- 35 - SAPIR M. *La formation psychologique du médecin*. Paris, Payot, 1972.
- 36 - VALABREGA JP. *La relation thérapeutique, malade et médecin*. Paris, Flammarion, 1962.
- 37 - VELLUET L. *Le médecin, un psy qui s'ignore*. L'Hamartan, 2005.
- 38 - WINNICOTT D. (1954) *L'enfant et le monde extérieur*. Paris, éd Payot, 1989.

**Titre : La position d'observateur de la consultation de médecine générale :
une situation privilégiée de formation à la relation médecin-malade.**

Résumé

Les internes de médecine générale en stage chez le praticien ont parfois l'impression d'une passivité peu valorisante lors de la période initiale d'*observation*. Cette période est pourtant une opportunité, car la perception peut s'enrichir en s'affranchissant de l'action.

Notre objectif était de vérifier si, par l'observation directe de la consultation, selon une méthode codifiée, on a un accès privilégié aux enjeux psychoaffectifs de cette relation, dans le but de s'y former.

En nous inspirant de la méthode Esther Bick d'observation des bébés, nous avons codifié une méthode d'observation de la consultation. Il s'agit d'en observer attentivement, sans prendre de notes, les moindres détails verbaux et non verbaux, tout en étant attentif à son propre ressenti d'observateur. Le récit d'observation fait l'objet dans un second temps d'une discussion avec un superviseur.

Six observations de consultations aléatoires ont été menées, puis discutées avec trois enseignants différents : le médecin généraliste observé, une psychologue et un pédopsychiatre. Le matériel est riche et met en lumière des interactions souvent discrètes, parfois porteuses d'un sens potentiel et offrant une lecture originale de la consultation.

Cette expérimentation limitée d'observation fut enrichissante à maints égards, et nous encourage à l'évaluer, la développer dans une optique de formation à la relation médecin-malade.

Mots-clés

relation médecin-malade, médecine générale, observation, psychologie, formation