CHRISTIAN DELOURMEL[i]

Affect et pulsions en médecine et en psychosomatique : questions cliniques, théoriques et épistémologiques

INTRODUCTION

Le passage de la médecine à la psychosomatique est un parcours semé d'« obstacles épistémologiques » (Bachelard, 1938), dont la complexité et la difficulté reflètent la complexité et les aléas dans les conceptions des rapports psyché-soma. Cette complexité et cette difficulté qui sous-tendent les rapports médecine et psychosomatique se redoublent à l'intérieur du champ de la psychosomatique par l'impact des conceptions des rapports psyché-soma dans la diversité des modèles psychanalytiques de la psychosomatique (Smadja, 2008). Ce parcours qui vise la « transformation, dans la pensée de l'observateur, d'une dualité de phénomènes hétérogènes chez le patient, appartenant à des champs de fonctionnement différents (fonctionnement psychique et fonctionnements somatiques) en une unicité de conception » (Smadja), exige le préalable d'un dialogue ouvert entre la psychanalyse et la médecine, mais aussi au sein de la psychanalyse elle-même. La fécondité de ce dialogue dépend de la reconnaissance et du respect tant au niveau théorique que pratique de l'hétérogénéité et de la spécificité de chacun de ces champs de la connaissance de la vie. L'aboutissement de ce dialogue doit intégrer les acquis, irréversibles, de la médecine occidentale contemporaine, et non les renier, s'il veut respecter le haut niveau de complexité par quoi se constitue le phénomène psychosomatique.

Je propose dans cet article de relancer à la lumière du psychanalyste que je suis devenu des réflexions cliniques, théoriques et épistémologiques que j'avais menées d'un point de vue médical à partir de questions surgies dans ma pratique de la médecine générale (Delourmel, 1984). Le passage d'une pratique médicale à une pratique analytique exige un renoncement du fait de la spécificité de chacune de ces pratiques. Mais le travail de deuil exigé à l'égard de la pratique médicale par le choix de la pratique analytique n'est pas un reniement de la médecine ni d'une pratique dont les traces constituent un trésor d'expérience humaine. J'espère ainsi apporter des éléments utiles, du fait de ma formation médicale et psychanalytique, et de l'enseignement que j'ai tiré des questions soulevées au cours de ma pratique, ancienne, de la médecine générale, à l'ouverture d'un dialogue entre médecins et psychanalystes qui est un enjeu majeur de santé publique. Ce dialogue reste trop souvent un dialogue de sourds : en effet, il place les médecins non psychanalystes et les psychanalystes non médecins devant la même difficulté : la confrontation à des formes de pensée et à des connaissances qui leur sont étrangères. Cette confrontation exige un effort mutuel pour entrer dans la pensée de l'autre.

Pour introduire à ces questions, je vais partir rapporter brièvement un cas de malade qui illustre le quotidien d'un médecin généraliste.

Madame P. est l'une des premières patientes que je reçois au début de ma pratique médicale. Elle était suivie par un de mes associés et a décidé de changer de médecin. Elle vient de subir une hystérectomie totale suivie d'une irradiation pour un cancer de la trompe métastasé au péritoine. Elle a 44 ans. Son mari et ses enfants ont été avertis par les cancérologues du pronostic très sombre à court terme : quelques mois. Je la reçois tous les mois, pour lui faire une prise de sang, en sachant que cet examen n'a aucune valeur médicale

en soi, mais permet de justifier la consultation mensuelle. La prise de sang faite et l'examen abdominal pratiqué, elle me parle de ses difficultés, de son mari alcoolique, violent quand il a bu et qui la frappe, de son fils. Pendant sept ans son état restera stable. Le constat clinique de la disparition de ses métastases abdominales sera confirmé par une exploration abdominale pratiquée quelques années après le début de son cancer au cours d'une banale appendicectomie. Un jour, elle arrive triomphante : ils ont mis en vente leur bistrot et son mari a décidé d'arrêter de boire. Peu après cette annonce, le processus tumoral, stable pendant ces sept ans, reprend, et malgré une chimiothérapie massive, des métastases multiples se développent. La malade décède en quelques mois. Je me souviens d'une des dernières rencontres avec elle. Pendant toutes ces années, le mot cancer n'avait jamais été prononcé. Mais je savais qu'elle savait que je savais.
Avec l'accord de sa famille et en présence de son mari et de ses filles, je lui en avais fait part.
Après un très long silence - si vous ne me l'aviez pas dit là où en sont les choses, je ne vous aurai« pas pardonné". Elle décède peu après.

Questions:

pourquoi cette longue stabilité du processus cancéreux sans traitement médical, surprenante compte tenu du pronostic très sombre des cancérologues (six mois maximum) ? Pourquoi une récidive à ce moment là du parcours de vie de cette malade ?
Les questions que pose ce cas — et beaucoup d'autres —dont les modalités évolutives imprévisibles (dans les deux sens)de leurs maladies — ne trouvent pas une intelligibilité satisfaisante à la lumière de la médecine classique (cf. les pronostics). Ces questions conduisent tout médecin ayant un certain temps de pratique à l'intuition que la vie relationnelle et psychoaffective du sujet est impliquée dans le déterminisme de la survenue de ces maladies et de ses modalités évolutives. Mais souvent il en reste à ce état. Dans le pire des cas s'instaure entre le médecin et le malade une communauté de déni à l'égard de la Médecine contemporaine qui conduit au recours à **des pseudosciences (acupuncture, homéopathie, traitement par les plantes, naturopathie, etc.).** Ces dérives réductionnistes court-circuitent le prolongement des questions soulevées par ces énigmes médicales, faute de moyens conceptuels pour penser les rapports entre les faits somatiques, la vie relationnelle et psychoaffective du sujet, qui permettraient de questionner la somatisation dans la perspective d'une économie psychosomatique individuelle. Cela exige un long parcours théorique entre médecine et psychosomatique en passant pas la psychanalyse. Les psychanalystes sont mieux placés que les médecins du fait de leur familiarité avec l'activité théorisante. C'est pourquoi, c'est à eux de tendre la main aux médecins dans cette tentative de dialogue. **Cela impose au psychanalyste même non médecin de faire J'effort d'entrer dans la pensée médicale pour comprendre à quelles énigmes se trouve confronté le médecin dans sa pratique.** C'est pourquoi je développerai largement médecin dans cet article destiné à des psychanalystes les questions telles qu'elles se posent du point de vue médical.
(1. Je renvoie à mon mémoire de, psychiatrie (1984).)
Pour entrer dans ces questions, je mets d'abord en travail la notion de maladie athéromateuse dans ses rapports avec le spasme coronarien. La prise en compte du spasme coronarien – théorie dynamique –, dans le déterminisme de la maladie coronarienne et de ses complications, ouvre sur l'implication de la vie psychoaffective et relationnelle du sujet, ce qui était ignoré par la théorie de la maladie athéromateuse – théorie mécaniciste. Cette prise en compte légitime l'ouverture sur l'approche psychanalytique de l'affect et de la pulsion

sexuelle. Dans la deuxième partie, je propose une étude médicale du phénomène placebo/nocebo, qui légitime l'approche psychanalytique du narcissisme et la dernière théorie des pulsions. J'introduis chacune de ces parties par des questions posées par ces cas cliniques médicaux. Dans la troisième partie, je mène une réflexion épistémologique pour identifier quelques-unes des sources individuelles et idéologiques des résistances à penser la « complexité »' dans les rapports entre médecine, psychanalyse et psychosomatique.

I. MALADIE ATIIÉROMATEUSE, SPASME CORONARIEN, AFFECT

A) Deux cas d'infarctus du myocarde et de morts subites brutales

Clinique

Un vendredi matin comme les autres. L'un de mes associés m'a demandé d'aller faire un électrocardiogramme (ECG) à l'un de ses patients au bourg de L. Sur la route, je rencontre mon collègue qui vient de chez son patient et qui me raconte qu'il vient de voir cet homme qui a ressenti une vague douleur dans l'épaule gauche en trayant ses vaches. Mon collègue pense plutôt à une histoire rhumatismale, mais comme c'est son jour de repos, il sera plus tranquille avec un contrôle électrocardiographique. Il décide de m'accompagner et nous arrivons tous les deux à la ferme. Le malade est debout et ne semble pas beaucoup souffrir. L'examen clinique est normal. Je pose les électrodes tout en bavardant avec le malade, sa femme, deux de ses enfants qui sont dans la chambre, et avec mon collègue. Je dis au malade que cela ne doit pas être bien grave, mas qu'il faut mieux en effet faire un ECG par sécurité, comme l'a demandé le docteur M. Les dérivations précordiales révèlent un fort courant de lésion sous-épicardique antéro-septal avec abrasion de l'onde R physiologique initiale en VI, V2, V3 et V4 (onde de Pardee). Il s'agit d'un infarctus antéro-septal massif. Sous l'effet de la surprise, je fais une grimace et au lieu de m'adresser au malade pour lui expliquer, je m'adresse à mon collègue en lui disant « c'est gros tu sais, il faut l'hospitaliser en urgence ». Je regarde le malade en parlant à mon collègue et je m'aperçois qu'il me regarde intensément. Soudain, son visage devient violet et il perd connaissance. L'ECG montre une fibrillation ventriculaire, signe d'un arrêt cardiaque imminent. Massage cardiaque, xylocard, appel au SAMU : sa femme qui se tord les mains. L'ECG est toujours en marche : un court moment, passage en tachycardie ventriculaire, puis retour de la fibrillation ventriculaire. Le malade est toujours sans connaissance. Quand le SAMU arrive peu de temps après, le malade est mort. Il n'y a plus rien à faire. Cet homme venait d'avoir 55 ans. Nous partons abasourdis mon collège et moi. Il me dit d'un ton faussement léger « ce n'est pas nous par hasard qui l'aurions tué ?[1]
Le samedi 10 novembre 1974, je me rends comme chaque mois au domicile des F. pour la prise de sang de Mme F. 64 ans, ancienne assistante sociale en retraite, qui souffre depuis plusieurs années d'une polyarthrite rhumatoïde très inflammatoire et très invalidante. La moindre activité lui demande un temps infini, elle est devenue complètement dépendante de son mari qui est en retraite et qui ne la quitte pratiquement pas. Il consacre tout son temps à s'occuper de sa femme, l'aide à se laver, à s'habiller, à se mettre debout, à se coucher, à manger. M. F. est un homme toujours pressé, toujours sautillant, toujours en forme, très actif. Les

[1] 2. J'emploie ce terme dans le sens de la « pensée complexe » définie par Edgar Morin.
3. J'avais une orientation en cardiologie, et j'assurai la surveillance cardiologique de base et les urgences cardiologiques en première intention au sein de la maison médicale où j'exerçais la médecine générale

événements de la vie ne semblent pas avoir de prise sur lui. Le fait d'être totalement accaparé par sa femme ne paraît pas le gêner. Comme dit sa fille « papa ne se plaint jamais, ce n'est pas comme maman ». M. F. est un ingénieur TPE en retraite, que je suis depuis trois ans pour une HTA ancienne, bien équilibrée par le traitement. Les paramètres biologiques et son fond d'œil contrôlés régulièrement sont normaux, idem pour l'ECG qui est normal. Comme d'habitude, c'est le même rituel pour la prise de sang de Mme F. soigneusement préparé par son mari : coussins sous la nuque, sous les pieds, les coudes, les genoux, le bras gauche déjà tendu. Comme d'habitude, les mêmes plaintes habituelles sur l'impuissance des médecins à la guérir. Comme d'habitude, Mme F. me fait écouter les craquements de sa colonne vertébrale : elle est tellement raide qu'on a l'impression qu'elle pourrait se casser. Ce matin-là, M. F. est agité : « docteur, depuis ce matin, j'ai une gêne dans la poitrine ». Je suis immédiatement alerté. L'examen clinique est normal. Je fais un électrocardiogramme qui montre une nécrose myocardique étendue qui sera confirmée par l'augmentation des enzymes cardiaques, et adresse ce malade en urgence dans un centre de soins intensifs en cardiologie. L'évolution immédiate est favorable. Le 19 novembre, son état de santé est jugé suffisamment satisfaisant par le cardiologue pour qu'il soit transféré dans le service de médecine de l'hôpital local de Josselin (ville où j'exerçais la MG), où je pourrai assurer le suivi du patient. À sa demande et à la demande de sa famille, une chambre à deux lits lui a été réservée pour que sa femme puisse être avec lui. Je le verrai quotidiennement, et la bonne évolution se poursuivant, nous prendrons la décision de sa sortie au bout de trois semaines, en accord avec son cardiologue, pour une convalescence dans la maison de retraite de Josselin où sa femme et lui ont réservé un appartement. Ils comptent y séjourner quelque temps avant de retourner à leur domicile. Quelque temps après, je suis appelé en visite pour un simple contrôle. L'examen clinique est normal. Pas de dyspnée, la TA qui s'était stabilisée sans hypotenseur depuis son infarctus est normale. Le tracé électrique montre une amélioration de l'ischémie myocardique. Je lui fais part de l'amélioration de son ECG et évoque avec lui et sa femme la possibilité de leur retour à leur domicile qu'ils souhaitent ardemment tous les deux. Je lui propose de le revoir dans 15 jours pour en reparler. Trente minutes après cette visite, je suis rappelé d'urgence à la maison de retraite : il vient de mourir subitement en allant déjeuner.

Questions

Le souvenir des circonstances de la mort brutale de ces deux patients me hantera longtemps. Surtout le premier, à l'égard duquel je me sentais coupable. Mais à cette époque, je m'étais reproché seulement une faute de tact, qui entrait en contradiction avec mes valeurs humanistes. À cette époque (début des années 1970), le référent exclusif-mécaniciste — de la maladie coronarienne aiguë et/ou chronique et de complications - était la maladie athéromateuse. De ce fait, comme on va le voir, cela n'avait pas de sens pour moi de me poser la question de l'incidence éventuelle de mon inquiétude et de mes paroles avec la mort subite de ce malade.

B) Maladie athéromateuse et/ou spasme coronarien ? Enjeux théoriques et cliniques'

Trois questions : pourquoi une maladie coronarienne, pourquoi un infarctus ce jour-là, pourquoi une mort subite ?
La théorie classique : l'athérome
Voici brièvement la réponse médicale classique aux deux premières questions par les

professeurs Himbert et Lenègre (qui faisaient autorité dans les années 1960-1980 sur ces questions) :

La véritable cause de l'infarctus du myocarde est inconnue. Il est cependant possible d'avoir une idée de l'épidémiologie de la maladie en schématisant d'une part les facteurs étiologiques connus de l'athérosclérose coronarienne qui représente le substrat habituel de l'infarctus. D'autre part, les facteurs déclenchants possibles de l'infarctus lui-même. L'athérosclérose coronarienne représente la condition essentielle de la maladie coronarienne et de la nécrose myocardique (Himbert et Lenègre, 1967).

En ce qui concerne les facteurs déclenchants, ces auteurs passent en revue la liste des facteurs étiologiques de la maladie athéromateuse (hérédité, HTA, troubles des métabolismes [lipides, glucides], obésité, tabagisme. Il ne m'est pas possible de développer, dans le cadre limité de cet article, **les problèmes épistémologiques posés par le mode de causalité linéaire utilisée dans leur argumentation concernant la question de l'étiologie de la maladie coronarienne, qui est d'ailleurs le mode de causalité habituelle dans la pensée médicale classique**. Je me limiterai à signaler que ces deux auteurs développent leurs arguments en s'étayant surtout sur des données statistiques de fréquence pour établir un lien causal entre les facteurs de risques, l'athérosclérose et la maladie coronarienne chronique et/ou aiguë. Et c'est en toute logique qu'ils concluent :

Il n'est pas chimérique de penser qu'à la condition d'intervenir suffisamment tôt dans la vie humaine, un régime réglé, l'abstention du tabac, et l'ajustement des valeurs de la TA et des troubles lipidiques puissent un jour s'opposer efficacement à l'édification des lésions athéromateuses (Ibid.)[2].

Et donc, dans cette logique, prévenir complètement la maladie coronarienne et ses complications. La référence exclusive à l'athérosclérose comme seul référent conceptuel exclut la prise en compte, dans le déterminisme de la maladie coronarienne, la vie psychoaffective et événementielle du sujet. À aucun moment n'apparaît dans l'étude de Himbert et Lenègre sur l'infarctus du myocarde **l'intérêt de référer au contexte événementiel ou au psychisme ni dans le raisonnement étiologique ni dans l'approche thérapeutique**. À une exception près cependant : celle du moment de la survenue d'un infarctus du myocarde : 90 % des infarctus se produisent inopinément. Dans 10 % des cas, on retrouve au contraire dans les heures ou les jours qui précèdent l'accident la notion d'un facteur déclenchant possible comme un effort physique inhabituel, une violente émotion, un repas copieux, un traumatisme (Ibid.).

Mais ils en minimisent immédiatement la portée :

Les mécanismes pouvant rendre compte de ces facteurs sont largement hypothétiques. De toute façon, ces facteurs n'agissent que sur des coeurs déjà atteints d'une athérosclérose coronarienne significative (Ibid.).

Il en est de même des morts subites se produisant dans le décours d'un infarctus récent. Ces morts subites par troubles du rythme ventriculaire sont selon eux imprévisibles :

Tout sujet atteint d'un infarctus récent est exposé à mourir de façon soudaine, absolument inopinée, par pause ou plus souvent par tachycardie ventriculaire. La proportion de ces morts imprévisibles s'élève à 6 % des infarctus hospitalisés (Ibid.).

Mort inopinée, imprévisible : **là encore, aucune référence au facteur psychoaffectif et/ou**

[2] 4. Je résume une étude menée sur la maladie coronarienne dans laquelle j'interrogeais la maladie «héromateuse dans ses rapports avec le spasme coronaire (Delourmel, 1984).

événementiel pouvant intervenir dans la survenue du déclenchement de ces tachycardies ventriculaires mortelles.

La théorie du spasme coronarien

Dans les années 1970[3], les coronarographies et les pontages coronariens permirent d'observer de visu des spasmes coronariens', ce qui incita un certain nombre d'auteurs à rechercher la composante spastique dans son intrication avec l'athérome. Dans le cas de l'infarctus déclaré, C. Woler évoque une étude publiée en 1977 qui montrait, dans 40 % des cas, chez 15 malades coronarographiés dans les douze premières heures suivant l'infarctus, un spasme net surajouté aux lésions athéromateuses organiques. Ces études menèrent, comme l'écrit C. Woler, « à remettre à l'honneur cette théorie (abandonnée dans les années 1950) permettant ainsi de redonner sa juste place aux lésions coronaires dynamiques (le spasme), au côté des lésions fixes (athérosclérose) dans le développement de l'ischémie coronarienne » (Woler, 1980, pp. 25, 26). L'introduction de ce nouvel opérateur de pensée dans l'intelligibilité de la maladie coronarienne aura des conséquences théoriques et cliniques considérables. Sur le plan théorique, elle remettait en cause l'explication de l'infarctus par thrombose initiale. Selon C. Woler et Richard Helfont, c'est le spasme coronaire qui est premier, la thrombose en étant la conséquence :

Dans le cas de l'infarctus, il y aurait « interaction triangulaire » entre l'agrégation plaquettaire, le spasme coronarien et les lésions de l'intima (paroi de l'artère) inductrice de la formation d'un caillot sanguin, et c'est le spasme qui est premier. Il s'agit d'un spasme sévère, répété ou prolongé, qui provoque des dégâts de la paroi de l'artère et des phénomènes hémorragiques au niveau des plaques d'athérome alors responsables de phénomènes d'agrégation puis de lyse plaquettaire avec une libération d'une substance vasoconstrictive qui aggrave le spasme. Tous ces mécanismes aboutissent à un cercle vicieux dont les conséquences sont une obstruction artérielle coronaire prolongée, et l'infarctus du myocarde avec thrombose secondaire (Woler, 1980, pp. 25-26 et 33 à 38).

Ces travaux relèvent par ailleurs la fréquence des spasmes isolés dans l'angine de poitrine mais aussi dans les cas de syndrome de menace d'infarctus du myocarde, indépendamment de l'athérome.

D'autre part[4], la prise en compte du spasme ouvrait également sur une intelligibilité nouvelle

---

[3] 5. Voici les paroles d'un chirurgien américain, Albert A. Kattus d'Inflewood (rapportées par E. Gouzales, 1980), au cours d'un congrès de l'American Heurt Association, en Californie (1980). Ces paroles concernent le pontage d'une patiente affligée de douleurs angineuses nocturnes récidivantes, pour lesquelles la coronarographie montrait l'existence d'un segment rétréci au niveau d'une artère coronaire : l'artère coronaire venait juste d'être découverte lorsque nous avons vu brusquement le tracé de l'ECG se modifier. La malade était en train de reproduire l'un de ses épisodes d'angor. L'artère était là, juste sous nos yeux, et était entrée en constriction intense. Nous la voyions se resserrer, nous pouvions la percevoir comme s'il s'agissait d'une corde de ficelle, alors qu'auparavant elle était souple et molle. Nous nous sommes rendu compte que nous avions devant les yeux le premier épisode de spasme d'une artère coronaire, ce qu'aucun mortel n'avait jamais contemplé.
La malade continua à faire des crises d'angor malgré, son pontage

[4] 6. J'emploie ce terme dans le sens que lui donne Claude Smadja (2008). La cohérence mais aussi les limites de chaque modèle sont assurées par l'encadrement d'un « opérateur de la pensée » spécifique. L'accès au nouveau que constitue le remplacement d'un opérateur devenu obsolète par un nouvel opérateur de la pensée, souvent introduit en réaction aux apories engendrées par le précédent, permet de ressaisir et de réorganiser fondamentalement la compréhension générale de ces rapports en prenant en compte des faits exclus jusque-là

des morts subites. Interrogeant l'interrelation entre ischémie myocardique/spasme artériel coronaire/troubles du rythme ventriculaire/mort subite, Woler montre les liens étroits entre l'ischémie coronarienne et le déclenchement d'une tachycardie ventriculaire responsable de la mort subite :

Ces constatations permettent d'appréhender l'extrême fréquence de la carence en oxygène du myocarde, induite par l'obstruction spastique de l'artère coronaire, dans la genèse même du risque vital chez le malade coronarien : la mort subite (Ibid.).

La privation brutale en oxygène du muscle cardiaque sous l'effet de l'intensité du spasme serait donc la cause du déclenchement des troubles du rythme ventriculaire. E. Gonzales va dans le même sens quand elle écrit : « il est probable que le spasme provoque des troubles du rythme cardiaque, notamment la fibrillation ventriculaire » (Gonzalez, 1980, pp. 416 à 425). Oliva Maseri (citée par E. Gonzalez), et la plupart des chercheurs estiment que le spasme coronarien pourrait être le facteur principal en cause dans la plupart des 400 000 morts subites qui surviennent chaque année. Ces chercheurs confirment d'autre part les hypothèses de Woler dans le déclenchement de l'infarctus du myocarde.

Certains de ces auteurs constatent des modifications de l'ECG qui témoignent d'une ischémie myocardique chez des malades soumis à une forte émotion. Ces constats les conduiront à **identifier le rôle majeur du facteur émotionnel dans le spasme coronarien en cause dans la crise d'angine de poitrine.** Selon Levy, non seulement le facteur émotionnel est inducteur de ces crises (troubles fonctionnels), mais son rôle est indiscutable dans l'induction d'une affection sténocardique d'allure organique alors que l'arbre coronarien est indemne.

Selvini, s'appuyant sur une très importante expérience personnelle dans le traitement de malades atteints d'infarctus du myocarde aigu (de 1969 à 1971, il en a reçu plus de 800 dans son service), constate que les réactions émotives des malades augmentent souvent la gravité d'un infarctus. Il constate par exemple que les troubles du rythme cardiaque (tachycardie ventriculaire) sont souvent sans relation avec la gravité de la nécrose myocardique **: « on peut mourir par fibrillation ventriculaire avec un infarctus de petite dimension » (Selvini, 1971, pp. 271 à 280).** Il a souvent observé que l'intensité de l'angoisse favorise la mort du malade par fibrillation ventriculaire. Il rappelle que la morphine « le premier et le plus efficace des médicaments que le malade doit recevoir » (Ibid.) n'est ni un cardiotonique ni un cardiodilatateur, mais **qu'elle atténue la composante psychique de la douleur.**

Il identifie également le rôle de l'angoisse dans la survenue de crises d'œdème aigu du poumon et d'embolies pulmonaires. Ces constats l'avaient amené à prendre en compte l'importance de la dimension relationnelle entre le malade hospitalisé et les divers soignants.

In fine, selon Levy :

L'essentiel est de savoir qu'un processus coronarien d'allure organique même sévère, alors que les artères nourricières du coeur sont indemnes, peut être induit par le seul effet d'un traumatisme affectif. Et que ces effets qui concernent les troubles du rythme cardiaque (troubles du rythme auriculaire et ventriculaire divers) concernent aussi les troubles de la conduction intracardiaque (bloc auriculo-ventriculaire) (Ibid.).

Les résultats de ces travaux qui datent des années 1970-1980 sont confirmés par des études récentes. Dans une mise au point approfondie sur « la vasomotricité coronaire dont les manifestations cliniques aiguës d'une anomalie sont regroupées dans le cadre générique du

---

parce que non pertinents au regard de la cohérence propre au référentiel conceptuel antérieur.

7. Professeurs de médecine à Philadelphie.

spasme coronaire », M. Elbatz (CHU de Toulouse) précise que si le spasme coronarien « peut survenir en relation avec l'évolutivité de l'athérosclérose, de nombreux arguments plaident néanmoins pour l'existence de vasospasmes indépendants du processus d'athérosclérose ». Après avoir évoqué les anomalies du système nerveux autonome dans le déterminisme du spasme vasculaire, l'auteur évoque « les facteurs psychologiques (émotion, dépression) » et conclut en disant « l'imputabilité du spasme coronaire est sous-estimée dans la survenue des morts subites et des accidents coronaires non mortels ». **On peut mourir de peur : voici l'avis dans un texte récent (2010), intitulé « Peut-on faire une crise cardiaque de stress ? », le professeur Jean-Paul Bounhoure, cardiologue et membre de l'Académie nationale de médecine, écrit : « on peut mourir de peur, de nombreuses observations confirmant ce fait que le stress a des effets nuisibles sur l'ensemble de l'organisme, particulièrement sur notre cœur et nos artères ». Et il ajoute « des chocs affectifs, des événements dramatiques brutaux peuvent induire des spasmes coronaires, entraînant des arythmies, des infarctus, des morts subites ».**

D'autre part, des émotions brutales et intenses peuvent déclencher des chocs dont les effets dévastateurs sur le muscle cardiaque sont responsables de mort subite sans rapport avec des troubles du rythme ventriculaire. **Levy rapporte deux observations dans lesquelles la mort brutale a été déterminée par des occlusions fonctionnelles du réseau coronarien survenues dans les suites immédiates, pour le premier cas d'une tension émotive intense (la joie d'un chasseur venant de tuer une biche" !) et pour le second cas, d'un choc affectif brutal (un homme qui assiste au décès de sa femme dans un accident).** Les autopsies avaient permis de constater des arbres coronariens indemnes. Dans le premier cas, l'autopsie montrait « l'existence de fines striations hémorragiques sur la paroi antérieure du ventricule gauche, conséquence de l'impact des à-coups vasomoteurs brutaux de la circulation coronarienne. Le poumon et le foie présentaient les mêmes lésions ». Dans le second cas, il existait « une nécrose sous-endocardique très étendue et profonde, résultant de la confluence de multiples lésions d'apoplexie séro-sanguines réitérées, ayant frappé successivement plusieurs territoires myocardiques. Le poumon et le foie étaient eux aussi l'objet d'altérations majeures d'œdème et de congestion actives et de stase » (Levy, 1978, pp. 1273 à 1276). Plus récemment ont été décrits, dans le cadre du « syndrome coronaire aigu à coronaire normale », des cas de « cardiomyopathie de stress aigu induits par une ischémie liée à un spasme du gros tronc coronarien ou à un spasme microvasculaire diffus ». Cet accident cardiaque aigu qui est une urgence cardiologique se manifeste par un « dysfonctionnement brutal du ventricule gauche dont l'apex se *ballonise*, sous l'effet d'un stress émotionnel soudain et majeur sans maladie cardiovasculaire sous-jacente, survenant de façon quasi exclusive sur un terrain anxieux ou déprimé » (Pr Savin, CHU de Rennes, 2006).

Ces travaux sur le spasme coronarien qui identifient le rôle du stress dans le déterminisme de la maladie coronarienne aiguë et/ou chronique et de ses complications **constituent de ce fait « une théorie intermédiaire » entre médecine et psychosomatique.** En effet, à l'inverse de l'opérateur de pensée mécaniciste — l'athérome —, ce nouveau référentiel (dynamique) qui prend en compte la vie relationnelle et psychoaffective du sujet impose l'ouverture sur la théorie psychanalytique l'affect dont le spasme coronarien serait une modalité du versant somatique. Les morts subites par troubles du rythme ventriculaire, les deux observations spectaculaires de Levy, les cas de cardiomyopathies de stress aigu donnent beaucoup à penser au psychanalyste[5] sur ce qu'implique la violence « en coup de foudre » de la tension

[5] 8. On peut mourir de peur, mais aussi de joie !

d'excitation et sur les effets dévastateurs de sa décharge dans le soma, quand les voies de la mentalisation sont barrées, quand l'excitation somatique ne peut pas s'élaborer psychiquement en représentant psychique de la pulsion, matrice de l'élaboration du représentant-affect et du représentant-représentation, ou bien quand sous l'effet de la brutalité d'un événement, l'affect se déqualifie brutalement en implosant dans le soma".[6]
Les incidences de la référence au spasme coronarien n'excluent pas la pertinence de la théorie athéromateuse, mais la relativise et permet de prendre en compte des paramètres exclus par **l'absolutisme explicatif de la maladie athéromateuse**. Elle permet d'autre part d'entrer dans l'intelligibilité de leur interaction. Ces incidences sont également considérables par l'importance accordée à la relation médecin-malade (Selvini) et à la relation transfert/contre-transfert dans la pratique analytique. On mesure les effets préventifs d'une équipe médicale convaincue de l'effet psychothérapique de la relation soignant-malade dans les phases aiguës d'un infarctus du myocarde où les risques de fibrillation ventriculaire sont majeurs. **Mais aucun de ces travaux médicaux qui identifient le rôle du stress dans l'induction du spasme coronarien n'évoque l'intérêt d'une psychothérapie en complément du traitement médical.** Pourtant, ce traitement médical est souvent insuffisant comme c'est le cas des « six survivants des dix patients victimes d'arrêts cardiaques par spasme coronaire et ressuscités, dont cinq avaient récidivé sous antagonistes calciques, ce qui a conduit à la pose d'un stent chez deux patients et à la mise en place d'un défibrillateur externe chez le troisième » (Spaulding, 2006). Dommage que de tels patients ne puissent pas bénéficier d'une psychothérapie analytique" (**plutôt Psychosomatique**) en complément de ces traitements médicaux lourds.

C) Du spasme coronarien à l'affect psychique, et de l'affect psychique au spasme coronarien, enjeux pulsionnels et narcissiques

L'affect, une première forme émergente de la représentance ?

Les développements que Freud consacre dans son oeuvre à l'affect oscillent entre deux définitions dont l'une renvoie au quantitatif, donc à la décharge, et l'autre au qualitatif, donc à la forme, au représentationnel. Mais il en donne parfois une définition qui intrique ces deux aspects (Freud, 1926). Dans cette définition, il distingue la décharge motrice de la décharge orientée vers l'intérieur propre à l'affect, et les émois. Si cette décharge de l'affect renvoie

---

9. Je rappelle que c'est le terme employé par Freud dans l'Esquisse dans son premier modèle
— économique — de la douleur.

[6] 10. Dans ces deux cas, on serait dans une configuration économique de décharge brutale et sans frein d'une excitation résultant d'une brusque déqualification de la pulsion qui implose dans le soma avec une violence effractive dont témoignent les lésions constatées dans les deux autopsies. Je renvoie le lecteur à mes développements sur l'inhibition (Delourmel, 2013).

11. Je renvoie à une investigation psychosomatique menée par Pierre Marty où la question de l'affect, de sa qualification et de sa déqualification était au centre de la problématique soulevée par ce patient coronarien. Les commentaires de Marty permettent de mesurer l'importance de la relation transfert/contre-transfert et de la tactique interprétative dans la consultation psychanalytique avec ce patient opératoire : « Devant l'émotion du patient, et en raison de la gravité du syndrome, l'investigateur a cherché à assurer le contact le plus rapidement possible, prenant là une initiative inhabituelle destinée à ouvrir une issue extérieure de décharge et à éviter, dans la mesure du possible, que l'investissement somatique reste la seule voie d'expression émotionnelle » (Marty, 1963, p. 147).

encore au quantitatif, son orientation vers l'intérieur implique déjà l'idée d'un certain freinage par rapport à la décharge motrice, et **ce freinage infère l'idée d'une inhibition de but interne à la pulsion dont on sait qu'elle est la précondition au qualitatif des émois, au représentationnel**. **Quant aux émois dont parle Freud**, constitués de perceptions de mouvement internes, de sensations directes de plaisir-déplaisir qui confèrent sa qualification spécifique à l'affect, ils renvoient, eux, au qualitatif. Cette approche « complexe » de l'affect est présente dès le début de l'œuvre freudienne, dans la distinction faite par Freud dans l'« Esquisse » entre « la douleur » et « l'épreuve de souffrance » où il élabore son premier modèle de l'affect (Freud, 1895). Dans ce texte, la douleur est conçue comme un délabrement, une désorganisation brutale du psychisme effracté en « coup de foudre » par la violence de l'excitation, violence à laquelle **le sujet tente de réagir par un mouvement de retour sur les traces de l'expérience de douleur.** C'est dans ce parcours interne de l'investissement que s'organiserait l'affect, dans « l'épreuve de souffrance ». L'essence traumatique de la douleur résiderait donc dans une brutale déqualification de l'affect, qui implose en sensations, une implosion qui diffuse dans tout le champ représentationnel et qui peut filer dans le soma, **le spasme coronarien étant une des modalités de cette désorganisation de l'affect et de son implosion dans le soma. C'est dans ce fil qu'André Green propose d'envisager représentation et affect comme deux différentes modalités de la représentance**. L'affect serait ainsi la forme la plus élémentaire du représentant psychique de la pulsion, la forme émergente dans le psychisme de la vectorisation des forces pulsionnelles qui jaillissent du ça, le processus le plus élémentaire de la qualification psychique de l'excitation. Selon Green, cette forme émergente de la pulsion à partir de l'excitation, qui peut être l'objet de désorganisation, de déqualification, de requalification témoignant des oscillations de l'équilibre éros-thanatos, serait concomitante de l'établissement des bases narcissiques du moi".

La pulsion de mort, un dernier recours contre l'excitation ?

Le tournant de 1920 implique le dernier dualisme pulsionnel, dont l'approche d'André Green présente des différences avec celle de Freud. Je ne peux ici que rappeler sans le développer l'intérêt de la notion de fonction désobjectalisante de la pulsion de mort (Green, 1984, 1993) et de son hypothèse du recours paradoxal de la destructivité comme défense contre la douleur psychique". Je me limiterai ici à évoquer une caractéristique de la dépression essentielle qui réside dans la spécificité du mode d'expression de cette fonction désobjectalisante qui touche plus particulièrement l'affect. Pierre Marty le montre bien dans sa description de l'engagement du sujet dans la dépression essentielle, **au cours duquel les angoisses automatiques, signal d'alarme de la situation de détresse du moi débordé par l'excitation, finissent par disparaître** (14). Cette extinction résulte d'une neutralisation de l'affect qui est en fait une radicale répression de tout le spectre représentationnel. Ce processus de déqualification brutale de l'affect s'attaque à la racine du pulsionnel, engendrant une[7] dégradation en

[7] 12. André Green a théorisé en 1967 un modèle du narcissisme primaire fondé par le pulsionnel — le dynamisme pulsionnel du double retournement et par le négatif —, l'hallucination négative de l'appréhension globale de la mère (Green, 1983, pp. 80 à 132). Ce processuel, où l'objet primordial joue un rôle capital et dont le précipité s'inscrit comme structure encadrante du psychisme, serait au fondement des assises narcissiques du moi et de son fonctionnement. Green revient sur ce modèle quelques années plus tard à la lumière de ses travaux sur l'affect (Green, 1973). Évoquant les deux tendances asymptotiques du narcissisme primaire, celle du narcissisme négatif tendant vers la décharge absolue et celle du narcissisme positif visant un investissement unitaire du moi, il ajoute : « Diverses directions, ici encore, sont possibles, dont le double retournement de l'organisation

excitation qui file jusqu'aux confins du ça, ouvrant sur un au-delà du ça, c'est-à-dire sur le soma.
Ces éclairages théoriques permettent d'identifier le niveau de l'être psychosomatique où se joue le spasme coronarien. Les effets sur les coronaires et le muscle cardiaque du spasme artériel s'inscrivent sur le trajet de mouvements de déqualification psychique de l'affect et des incidences au niveau de l'artère de ces désorganisations de la vie représentationnelle et pulsionnelle. Un mouvement de désorganisation qui, quand il file sans frein dans les profondeurs du soma, passe de l'ordre de la pulsion à l'ordre de l'excitation et induit des désordres qui touchent la vie fonctionnelle somatique avec ses impacts sur la vie cellulaire elle-même comme le montrent les études sur le spasme coronarien. L'étude des effets somatiques du spasme artériel permet ainsi de comprendre comment un trouble fonctionnel peut être dévastateur pour les fonctions somatiques et peut parfois aboutir à la mort. Cette étude sur le spasme coronarien, menée dans le champ de la pensée médicale, se réfracte ainsi dans le champ de la pensée psychanalytique dans les questions concernant **la différenciation entre l'ordre de l'excitation somatique et l'ordre de la pulsion psychique, les conditions d'émergence de la pulsion à partir de l'excitation, et les effets de la désorganisation pulsionnelle en excitation.**

II. PHÉNOMÈNE PLACEBO/NOCEBO, NARCISSISME ET DERNIÈRE THÉORIE DES PULSIONS

A) Deux cas cliniques

Le premier est le résumé succint d'une longue observation rédigée en 1971 par le professeur Salmon", à la demande du docteur Olivieri, président du Bureau médical de Lourdes". Cette observation est intitulée La Guérison extraordinaire de Vittorio Micheli (sarcome du bassin). Le professeur Salmon rapporte le cas d'un malade de 22 ans, atteint d'un sarcome de l'aile iliaque gauche très évolué, cliniquement, radiologiquement et histologiquement incontestable, découvert en 1962[8]. Aucune thérapeutique à visée anticancéreuse n'avait été utilisée à quelque

---

narcissique, créateur de la bande de Moebius (référence à son modèle structural du narcissisme primaire). Winnicott, nous fournissant le concept de l'aire intermédiaire, nous fait comprendre le rôle de l'intersection dans le champ de partage des relations mère-enfant. La séparation des sphères en état de réunion donne naissance à l'espace potentiel où a lieu l'expérience culturelle. Forme primaire de la créativité sublimatoire, la sublimation et la création constituant les objets transnarcissiques. L'intersection optimale a pour but de créer l'affect d'existence. Sentiment de cohérence et de consistance, support du plaisir d'exister, qui ne va pas de soi, et qui se montre capable de tolérer l'admission de l'Autre et la séparation d'avec lui. Le destin de l'Un étant de vivre en conjonction et/ou séparation (d')avec l'Autre » (Green, 1976). Ce qui s'expérimenterait donc pour le sujet naissant dans ce dynamisme processuel fondateur du narcissisme primaire, dont le précipité s'inscrit psychiquement comme structure encadrante, serait, dans le mouvement même de qualification en affect de l'excitation, l'expérience du sentiment de plaisir de se sentir vivant, de se sentir exister.
13. Je renvoie également le lecteur à mon article sur l'œuvre de Green dans l'IJPA (Delourmel, 2013).
14. Des angoisses diffuses précèdent souvent la dépression essentielle. Envahissantes, on pourrait les qualifier d'essentielles en ce qu'elles traduisent la détresse profonde de l'individu, détresse provoquée par l'afflux de mouvements instinctuels non maîtrisés parce que non élaborables... La stabilisation relative de la vie opératoire (avec l'état dépressif essentiel qui s'installe) voit disparaître ces angoisses, comme si l'appareil d'angoisse se trouvait lui-même épuisé (Marty, 1980, pp. 61-62).

[8] 15. Michel-Marie Salmon, ancien professeur d'anatomie, chirurgien chef des hôpitaux. Professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie. Membre correspondant national, membre correspondant de l'Académie de

moment que ce soit : pour les médecins, la maladie était à son stade terminal au moment de la découverte de ce sarcome osseux et leur avait semblé au-delà de toute thérapeutique à visée curative. Ils s'étaient contentés chez ce malade devenu impotent et dont l'état général était très altéré d'un traitement palliatif : un grand plâtre pelvi-pédieux et des antalgiques. L'état de ce malade va s'améliorer brusquement dans les suites d'un pèlerinage à Lourdes que le malade entreprend sur les conseils de sa mère. Le professeur Salmon pose plusieurs questions :

Quelle est la date de la guérison ?

Avant Lourdes : Dans la première moitié de 1963, juste avant le départ pour Lourdes (fin mai), la région de la hanche gauche est globuleuse, informe, le membre inférieur est « inerte », la destruction osseuse est considérable, le fémur est « désarticulé » par suite de la fonte et de la disparition du cotyle ; la cuisse n'est plus rattachée au bassin que par quelques faisceaux de parties molles (Salmon, 1971, p. 36).
À Lourdes : il convient de distinguer ce qu'a ressenti le malade et ce qu'ont constaté nos collègues italiens. Micheli, sans ambages et avec un accent de sincérité frappant, raconte : dès qu'il fut plongé dans la piscine, il cria « j'ai faim ». Il eut la sensation que son membre ballant était de nouveau attaché à son bassin. Il n'eut plus besoin de calmants, les douleurs ayant immédiatement disparu. Nos collègues italiens ont confirmé les dires de Micheli (Ibid.).
Après Lourdes : normalement, quand un malade grave guérit, il s'écoule un temps plus ou moins long avant la reprise de l'état général et des fonctions. Pour Micheli, la guérison a été instantanée, il n'y eut pas de convalescence. Amené sur un brancard dans des conditions précaires, la marche fut reprise un mois après le retour de Lourdes. Nous n'avons jamais observé une telle transformation dans une tumeur sarcomateuse, sans aucun traitement. La guérison est survenue « hors du temps » (Ibid., p. 37).

Quelle est la nature intrinsèque de la guérison ?

Après avoir rappelé la structure de l'os et ce qui caractérise le processus cancéreux dans les ostéosarcomes (cas de Micheli), le professeur Salmon précise : « le point crucial de la guérison d'un sarcome osseux : ce sont les éléments conjonctifs vivants cancéreux qui cessent de proliférer, puis dégénèrent : la tumeur disparaît alors. L'état biologique (au sens précis du terme) de Micheli a évolué en deux temps : premier temps, disparition du sarcome ; second temps, recalcification (Ibid., p. 38).

La guérison s'est-elle maintenue ?

Actuellement, près de neuf ans ont passé, et la guérison s'est maintenue totalement, sans le moindre accroc. Jamais nous n'avons observé de récidives de sarcomes osseux après neuf ans (Ibid., p. 39).

La guérison est-elle parfaite ? Existe-t-il des stigmates ou des marques résiduelles de la maladie ?

Certes, il n'y a pas eu de restitutio ad integrum, en ce sens que le cotyle ne s'est pas reconstruit à sa place habituelle. Cependant, soulignons pour la troisième fois, sur le plan morphologique et anatomique, l'articulation actuelle est semblable à une articulation normale. Sur le plan de la fonction, aucune gêne, aucune douleur, Micheli travaille régulièrement, exerce un métier

---

chirurgie et de l'Académie de médecine. Il était lui-méme spécialisé en chirurgie orthopédique et en anatomie et en histologie.
16. Je tiens à la disposition du lecteur l'observation complète du professeur Salmon

pénible qui l'oblige à conserver la station debout, mène une vie paraprofessionnelle normale, fait des courses en montagne, etc. Chez Micheli, la présence de légers stigmates radiologiques (équivalents d'une cicatrice) n'enlève rien à la qualité de la guérison. Ils authentifient l'existence antérieure de la tumeur. On est véritablement étonné, bouleversé, quand on examine attentivement ce néocotyle, sa forme, ses contours, sa solidité, néocotyle qui n'a pas été construit de main d'homme (le chirurgien). Il est exceptionnel de rencontrer une cotyloïdoplastie aussi réussie. La cotyloïdoplastie entre dans le cadre des arthroplasties de hanche" (Ibid., p. 40).

La guérison est-elle médicalement explicable ?

Aucune explication médicale de la guérison ne peut être fournie. Notre opinion est renforcée par celle de nos collègues, le professeur Pierini, chef de service radiologique des hôpitaux militaires de Florence, et le professeur Franchi, médecin chef du service radiologique de l'hôpital civil de La Specia qui n'ont jamais eu l'occasion de constater une reconstruction semblable des éléments osseux de l'articulation coxo-fémorale, avec disparition totale de l'infiltration néoplasique de parties molles (Ibid., p 42).

Donc[9], en résumé : **en sortant de la piscine où on plonge les malades à Lourdes, le malade pousse un cri, dit « j'ai faim » et ressent sur un mode quasi hallucinatoire son « membre inférieur ballant de nouveau attaché à sa hanche ».** Cette amélioration brusque amorcée au sortir de la piscine va se poursuivre dans les semaines qui suivent par une nette amélioration de son état général, puis dans les mois et années qui vont suivre par une reconstruction osseuse progressive, dont témoignent les clichés radiologiques pratiqués périodiquement. Cette reconstruction osseuse, témoignant d'un processus de réparation osseuse spontané, aboutira à la création d'une néoarticulation de la hanche suffisamment fonctionnelle pour permettre au patient de pratiquer l'alpinisme. **Le malade refait tous les ans un pèlerinage à Lourdes, et la guérison se maintenait sept ans après, au moment de la rédaction de cette observation**. Cette guérison s'est maintenue durablement pendant des décennies, comme j'ai pu le constater en 1998, au cours d'une émission de télévision consacrée aux « miracles de Lourdes » : on y voyait cet homme jouer au football avec son petit-fils. Le professeur Salmon avait conclu son rapport en écrivant ces lignes :

La maladie de Micheli était réelle, certaine, incurable. L'évolution du sarcome dont était atteint Micheli a été brusquement modifiée, alors qu'il n'y avait aucune tendance vers le mieux, à l'occasion d'un pèlerinage à Lourdes. La guérison est effective et durable. Aucune explication médicale de cette guérison n'est susceptible d'être donnée (Ibid., p. 45).

Dans son épilogue, le professeur Salmon précise que son observation a été présentée à deux séances successives du Comité médical international de Lourdes, ce rapport donna lieu à de nombreuses discussions au terme desquelles les nombreux participants médecins aboutirent, à l'unanimité, à la conclusion qu'il s'agissait d'une guérison inexplicable d'un point de vue médical. Cette observation été présentée à Marseille les 12 et 13 juin 1971, lors d'une réunion du « groupe d'études des tumeurs osseuses », sous la présidence du professeur Merles d'Aubigné, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine. Le compte rendu de la séance scientifique, rédigé par le professeur Ramadier, a paru sous forme de résumés dans la presse de Chirurgie orthopédique et réparatrice (t. LVII, juin 1971, n° 4, pp. 321-324). En voici le libellé :

Dans cette observation tout à fait extraordinaire, une destruction extrêmement importante de

[9] 17. Le professeur Salmon était un chirurgien orthopédique renommé.

l'os iliaque a abouti à une reconstruction osseuse sans acte thérapeutique médical ou chirurgical autre qu'une biopsie. Les coupes histologiques projetées semblent pourtant démontrer à l'évidence la malignité histologique de ce sarcome du bassin qui, en désespoir de cause, avait fait le pèlerinage de Lourdes (Ibid., p. 47).

B) Un deuxième cas clinique introduit directement à l'étude du phénomène placebolnocebo

Cette observation a été rédigée par le docteur Marcoux, chef de service en pneumologie, qui m'avait autorisé à la publier dans mon mémoire de psychiatrie. Cette histoire date de l'époque où il était interne en pneumologie à l'hôpital de Rennes (1945).
Voici cette histoire, avec ses mots à lui.
Au cours de l'hiver 1945-1946, les services de pneumo-phtisiologie de l'hôpital de Rennes se transformèrent en une véritable « cour des miracles », se remplissant de toutes les plus graves et inguérissables tuberculoses de Bretagne. Et ce, parce que les malades avaient appris que les Américains avaient distribué quelques grammes de streptomycine. A cette époque, la tuberculose était une maladie d'une gravité extrême, tuant beaucoup plus de gens que le cancer actuellement. Les malades le savaient, avaient leurs journaux, leurs associations, et par ces médias, avaient appris très vite les « propriétés miraculeuses » de cette streptomycine. Ils mettaient un espoir fou de guérison dans ce produit. Mais les Américains ne nous le donnaient qu'en très petite quantité, et nous réservions ce produit pour les formes suraiguës de tuberculose, dites à cette époque « phtisie galopante ». Nous ne pouvions, à notre grand regret, utiliser ce produit à tous les malades que nous recevions. Parmi tous ces malades fous d'espoir, nous reçûmes un jour un jeune homme de 18 ans, des environs de Saint-Brieuc, porteur de lésions extrêmement étendues, amaigri, anorexique, avec une courbe de température complètement désarticulée, manifestement au-delà de toutes les possibilités thérapeutiques de cette époque. Ce garçon avait une confiance insensée dans ce nouveau produit dont on lui avait dit tant de bien. Et il était persuadé que nous allions pouvoir le guérir. Sa foi, son enthousiasme et sa jeunesse m'avaient touché. Je demandais au patron du service de faire une exception en sa faveur et de me permettre de lui faire des injections de streptomycine. Il ne voulut pas, et pour ne pas décevoir ce jeune homme, je lui fis régulièrement, au même rythme qu'aux autres malades, des injections de sérum physiologique, en lui disant que c'était de la streptomycine. À notre grande surprise, nous vîmes peu à peu l'état général de ce garçon s'améliorer, la température se régulariser. Il commença à mieux manger, à prendre du poids, et ses lésions radiologiques commençaient à diminuer. Ce qui fait qu'au bout de trois mois nous pûmes envisager sans trop de crainte de lui faire un pneumothorax bilatéral. Il obtint une guérison absolument inespérée au départ. Cette observation n'en fut pas unique en France. Quelques cas semblables furent publiés. Mais par la suite, quand nous fîmes la même expérience, nous n'obtinrent pas ces résultats spectaculaires. **Il existait à cette époque un environnement psychologique particulier du fait de la longue histoire de la tuberculose. C'était la première fois où on voyait apparaître un médicament capable de la vaincre**. Il est certain qu'à l'heure actuelle, on ne retrouverait pas les mêmes conditions, et l'on aurait du mal à guérir une bacillose avec piqûres des sérum physiologique.

Importance en médecine de l'effet placebo/nocebo

C'est seulement à partir du milieu du xxe siècle que s'est engagée l'approche scientifique de ce phénomène. Avant d'en donner la définition, il faut signaler que le mot placebo est le futur du

latin placere (plaire) et nocebo (nuire). Il désignait autrefois une partie des vêpres dans la liturgie catholique et une flatterie en vieux français. Dans cette définition, il faut distinguer le placebo de l'effet placebo.

Le placebo

« Le placebo est une mesure thérapeutique d'efficacité intrinsèque nulle ou faible, sans support logique avec la maladie, mais agissant si le sujet pense recevoir un traitement actif, par un mécanisme psychologique ou psychophysiologique » (Barrucand, 1965, pp. 17 à 29) (c'était le cas du jeune patient tuberculeux traité par des injections de sérum physiologique).
À cette définition, il est utile d'ajouter ce complément
< Bien que le comprimé à base de sucre soit cité comme le prototype du placebo, toute forme de traitement, y compris la chirurgie peuvent agir comme placebo. » (Howard Brody MD, 1982, pp. 112 à 118.)
D'autre part, il faut distinguer le placebo pur totalement dépourvu d'action . pharmacologique (injection de sérum physiologique par exemple), du placebo impur, où l'effet placebo s'ajoute à l'action pharmacologique du produit.

L'effet placebo/nocebo

Par effet placebo, on entend la modification de l'état du malade attribuable à la valeur symbolique de l'intervention thérapeutique plutôt qu'à l'intervention d'effets pharmacologiques (Ibid.).
La réponse au placebo ne se limite pas à l'expérience subjective du sujet, mais implique le constat de modifications des données de laboratoire et des autres tests objectifs.
Il s'avère que tous les symptômes et les maladies potentiellement réversibles étudiés en double aveugle offrent une réponse au placebo, y compris le diabète, l'angine de poitrine et les tumeurs malignes (Ibid.). Et Howard Brody conclut que « l'effet placebo s'étend à la plus grande partie de la pratique médicale même quand aucun placebo n'est utilisé » (Brody, 1982).
On distingue les sujets placebo-résistants, chez qui le placebo n'entraîne aucune réaction (les échecs de Lourdes ?) et les sujets placebo-sensibles (les guérisons « miraculeuses » ?). *In fine,* la sensibilité au placebo n'est pas seulement le fait de sujets malades, mais serait « une caractéristique de la personne normale » (Ibid.). À côté de l'effet placebo, qui correspond à une amélioration de l'état du malade (cf. le cas de Micheli), on décrit un effet nocebo (du latin nocere : je nuirai) lorsque le malade réagit au placebo, dans le sens large, par une aggravation de son état, en développant des troubles qui n'existaient pas auparavant. Cet effet nocebo joue un rôle non négligeable par l'amplification qu'il confère à l'action pharmacologique du produit et serait impliqué dans les troubles qu'on appelle en médecine des effets secondaires.

Mécanismes d'action

Beaucoup de travaux médicaux, qui ont montré l'importance de cet effet placebo chez l'homme, insistent sur l'effet de suggestion induit par la croyance du médecin dans l'efficacité du produit et qui suffit à expliquer l'effet placebo ». Stokvis définit la suggestion comme « l'influence affective exercée sur l'ensemble organo-mental et fondée sur un lien interhumain fondamental : la résonance affective » (cité par Barrucand). Barrucand met en rapport

suggestion et hypnose en précisant que la placebo-sensibilité est parallèle à l'hypnotisabilité. La place centrale accordée à la suggestion ouvre directement sur l'approche psychanalytique :
La suggestion est une conviction qui n'est pas fondée sur la perception ou le travail de la pensée, mais sur un lien érotique. La suggestion est une manifestation partielle de l'état hypnotique, lequel a son véritable fondement dans une disposition, inconsciemment maintenue, issue de l'histoire originaire de la famille humaine (Freud, 1921).
C'est en essayant de comprendre la structure des foules que Freud est amené à approfondir les phénomènes de l'hypnose et de la suggestion. En effet, si les transformations de l'individu dans une foule (exaltation des affects, inhibition intellectuelle) sont bien la conséquence de la suggestion, il lui semble nécessaire d'entrer plus avant dans l'intimité de la suggestion. C'est en découvrant la structure libidinale de la foule qu'il découvre les liens entre la libido et la suggestion qu'il met alors en relation avec l'état hypnotique et l'état amoureux « la relation hypnotique est une formation de foule à deux », l'hypnotiseur et le meneur étant supports de l'imago toute-puissante du père de la horde primitive. Je ne peux ici que rappeler sans le développer le recours de Freud au narcissisme (idéal du moi) dans ce travail.
Exaltation des affects et inhibition de la pensée sont également des modifications qui se produisent chez le malade « à partir du moment où il entre dans sa maladie et quitte le monde logique de la santé pour pénétrer dans un domaine nouveau, essentiellement affectif et irrationnel » (Barrucand, 1965). Et cela, encore plus nettement en cas d'hospitalisation (cf. la foule des malades à Lourdes, la transformation de l'hôpital de Rennes en « cour des miracles » dont parle le docteur Marcoux). D'autre part, les auteurs médicaux sur l'effet placebo insistent sur des caractéristiques qui entrent en résonance avec l'imago du père de la horde primitive identifiée par Freud dans les phénomènes de foule : le même attrait pour le magique – « l'effet placebo étant d'autant plus intense que l'apport magique est développé – transfert sur le médecin une imago archaïque nimbée de toute-puissance. C'est ce qui explique l'importance dans l'effet placebo de « l'attitude plus ou moins optimiste du médecin pour les résultats à attendre du traitement et son attitude affective vis-à-vis du malade » (Ibid.). C'est vrai aussi pour l'effet nocebo : on mesure l'impact sur le malade et sa maladie des pronostics médicaux portés dans ces conditions (cf. la mort subite de mes deux patients).

C) De l'effet placebo-nocebo à la théorie psychanalytique du narcissisme et à la dernière théorie des pulsions, théories psychanalytiques au coeur de la théorie psychosomatique

Nous avons vu comment les définitions médicales de l'effet placebo/nocebo qui centrent le mécanisme d'action sur les notions de suggestion et d'hypnotisabilité se prolongent par la référence au travail de Freud sur les foules et par-delà sur la question du narcissisme (cf. les références de Freud à l'idéal du moi dans ce travail). L'effet placebo/nocebo se réfracte sur les notions de narcissisme positif et de narcissisme négatif qui ouvrent sur la dernière théorie des pulsions. Narcissisme" et dernière théorie des pulsions" [10]sont deux noyaux durs de la théorie psychosomatique de l'École psychosomatique de Paris dont les hypothèses sont dans le

[10] 18. La question des blessures narcissiques précoces et de leurs conséquences pour l'organisation psychosomatique individuelle est la question théorique au coeur des configurations cliniques des processus de somatisation (Smadja, 2013).
19. Le point de vue uniciste sur les phénomènes psychosomatiques ne peut être soutenu que s'il est associé, d'une manière pleine et sans résidus, au modèle pulsionnel de la psychanalyse. Car pour Freud, les pulsions traversent dans l'histoire et dans le temps l'ensemble du domaine psychosomatique (Ibid.).

prolongement d'une des hypothèses les plus audacieuses de Freud.
Ainsi pourrait-on tenter de transférer au rapport des cellules entre elles la théorie de la libido acquise en psychanalyse et se représenter que ce sont les pulsions de vie — ou pulsions sexuelles —, actives dans chaque cellule, qui prennent pour objet les autres cellules, en neutralisent en partie les pulsions de mort, c'est-à-dire les procès suscités par celles-ci, et les conservent ainsi en vie, tandis que d'autres cellules en font autant pour les premières, d'autres encore se sacrifient elles-mêmes dans l'exercice de cette fonction libidinale.
Le conflit pulsionnel serait pour Freud en jeu au cœur du vivant, au sein même de la cellule et de son fonctionnement". Dans l'état actuel des connaissances, les hypothèses développées par les fondateurs de l'École psychosomatique de Paris à partir de ces deux notions constituent les référents conceptuels les plus aptes à prendre en charge les énigmes médicales comme la guérison de Micheli. La notion de travail de somatisation (Smadja, 2013) comme tentative de réobjectalisation, tentative de guérison, constitue une étape supplémentaire dans l'intelligibilité de ces énigmes. Je vais mettre à l'épreuve du cas de Micheli, cette hypothèse où Smadja rapproche somatisation et délire, en les considérant comme deux modalités différentes de néo-objets. Dans le cas Micheli, on peut repérer les deux temps postulés par Claude Smadja : un premier temps antérieur à Lourdes, marqué par la désorganisation somatique, et un second temps, postérieur à Lourdes, marqué par une réorganisation somatique qui témoigne d'une revitalisation des fonctions somatiques en jeu dans ce processus de restructuration osseuse. (Immunologiques, biologiques, chimiques, etc.) Le professeur Salmon insiste à plusieurs reprises sur le fait que l'aboutissement de cette restructuration osseuse n'est pas une restitutio ad integrum de l'articulation coxo-fémorale, mais qu'il reste des « stigmates », des marques » du processus néoplasique radiologiquement identifiables, qu'il compare à la cicatrice d'une plaie[11]. D'autre part, (20) ce qui s'est reconstruit est un néocotyle. On peut donc identifier des points communs entre ce processus de guérison somatique et le néoobjet qu'est le délire qu'on peut considérer comme une cicatrice de la catastrophe psychotique. La guérison somatique de Micheli témoigne, comme le délire et comme chez ma patiente, d'une tentative de réobjectalisation. Mais chez Micheli, cette tentative s'inscrit dans un univers relationnel religieux collectif porteur d'un encadrement narcissique structurant où se nouent, à travers une croyance partagée « des relations intimes du corps avec le moi, le ça et le surmoi » (Smadja, 2013). Il en est de même pour le cas du jeune homme dont la guérison de la tuberculose par injection de sérum physiologique n'est pas une restitutio ad integrum de son parenchyme pulmonaire (il a fallu compléter par un pneumothorax bilatéral) : même univers relationnel collectif de croyance partagée. Le maintien de cette guérison chez Micheli implique le retrempage périodique dans cet univers collectif narcissique de croyance partagée (pèlerinage annuel à Lourdes). On retrouve ainsi un point commun avec le prosélytisme du paranoïaque qui a besoin de conforter son délire par la conversion de l'autre à ses idées. On en mesure les enjeux vitaux dans la férocité des guerres de Religion. Mais le néo-objet du délire témoigne d'une modalité de réobectalisation qui met en jeu des processus psychiques (la

[11] 20. La seconde théorie des pulsions va étendre plus radicalement encore et plus profondément dans l'intimité de la substance vivante le conflit entre les pulsions de vie et les pulsions de destruction. Pour Freud, la Ilbido narcissique, dans le ça ou dans le moi, « dérive des apports de libido an moyen desquels les cellules du soma adhèrent les unes aux autres ». En conséquence, toutes les opérations du fonctionnement mental, à travers le moi et depuis le ça, contiennent, dans leurs formes secondaires et cun,rgentes, des traces des niveaux somatiques traversés par les pulsions. On retrouve ici une notion cardinale des fondateurs de l'École de Paris de psychosomatique, celle des infrastructures somatiques du ça à Forignie de l'épaisseur des représentations. (Smadja, 2012.)

projection en particulier) à l'opposé de la somatisation qui opère uniquement dans le corps, à l'exclusion du psychisme. Mais ces néo-objets (somatisation et délire) s'opposent au processus de réobjectalisation qui s'opère dans une cure analytique. Dans une cure analytique, l'accomplissement du processus de réobjectalisation résulte d'un long travail d'intégration psychique des pulsions et de subjectivation, dont l'aboutissement est l'autonomie du sujet, et non l'aliénation à une croyance". Chez Micheli comme chez le jeune homme tuberculeux, la guérison résulte de l'instantanéité d'un effet de suggestion hypnotique, sans convalescence, donc sans travail psychique de subjectivation. De ce fait, la guérison de Micheli ne peut se maintenir qu'au prix d'une aliénation à une croyance, garante de son narcissisme. En effet, elle implique la persistance de sa croyance religieuse qu'il entretient par la répétition annuelle du pèlerinage à Lourdes.[12]

III. QUESTIONS ÉPISTÉMOLOGIQUES

Le professeur Salmon avait conclu ainsi son rapport :

La publication du résumé de l'histoire de Micheli dans une revue de chirurgie orthopédique, de réputation nationale et internationale, constitue un fait nouveau. Il nous a paru intéressant d'ajouter à notre rapport cet épilogue qui démontre l'objectivité de nos constatations et de nos conclusions, et par surcroît, celles de nos collègues (Ibid., p. 49).

Et il termine '. Rappelons in fine que notre rôle de médecin se borne à constater que la guérison est inexplicable, sans aller plus loin (souligné par moi) (Ibid.,p. 49).

Sans aller plus loin... Le fait vraiment nouveau en médecine aurait été justement d'aller plus loin, de prolonger le questionnement scienti-fique en acceptant de se confronter à l'obscurité aveuglante d'une évolution cancéreuse aussi surprenante. Aller plus loin, cela aurait été par exemple référer au phénomène placebo/nocebo déjà bien connu des médecins à l'époque de la rédaction de ce rapport du professeur Salmon.
Cette étude en effet aurait pu ouvrir la voie vers une approche psychanai que qui aurait permis de prendre en charge l'énigme de cette guérison surprenante dans le cadre de l'économie psychosomatique de ce malade, plutôt que de remettre cette énigme dans les bras de la pensée magique de la religion. De la même façon, on peut déplorer que les auteurs qui ont identifié le rôle des émotions dans le déterminisme du spasme coronarien n'aient pas non plus été plus loin. Comment comprendre cet arrêt de la réflexion ?
C'est une question épistémologique majeure dont l'un des paradigmes est l'histoire instructive et tragique de Semmelweiss dont Céline avait fait le sujet de sa thèse de médecine. Je rappelle brièvement l'histoire de ce médecin accoucheur de Vienne. Dans les années 1850, les statistiques montrent une augmentation considérable des morts par fièvre puerpérale des parturientes qui accouchent à l'hôpital. Semmelweiss établit un rapport entre cette augmentation statistiquement significative de cette forme de mortalité et le fait que les médecins pratiquent les accouchements après leurs travaux anatomiques sur le cadavre. Il impose à ses assistants de se laver les mains à l'aide d'une solution de chlorure de calcium avant de pratiquer les accouchements. La mortalité baisse dans son service de façon

[12] 21. Je, renvoie à mon exposé au colloque de Saint-Malo 2013, que je, tiens à la disposition du lecteur intéressé, à titre strictement privé

spectaculaire. Il publie ses travaux et avance l'hypothèse d'un agent invisible comme cause de la fièvre puerpérale. Mais malgré ces faits prouvés statistiquement, les médecins refusent dans leur grande majorité de se laver les mains avant les accouchements. C'est pour eux une contrainte inacceptable, car incompréhensible en regard des référents conceptuels étiologiques de l'époque (la génération spontanée, les miasmes, un déséquilibre dans le corps des quatre humeurs fondamentales — la dyserasie, etc.). Comme le dit Céline, l'Europe médicale ricane devant l'intuition de Semmelweiss qui découvre pourtant avant l'heure les infections nosocomiales et les infections manuportées, avec leur corollaire préventif : la fonction antiseptique d'un produit. L'asepsie ne prendra sens et ne s'imposera que quelques décennies plus tard avec Pasteur et la théorie des microbes **(donc avec l'introduction d'un nouvel opérateur de pensée).** Le destin de Semmelweiss est tragique : en dépit de sa brillante démonstration, son chef de service, Klin, refusera de se laver les mains avant ses accouchements et licenciera Semmelweiss. Celui-ci sombrera dans la démence et meurt dans une clinique psychiatrique à 47 ans, sans doute d'une septicémie. Hebra, un des rares membres de la Société de médecine qui l'avaient soutenu écrira :
Quand on fera l'histoire des erreurs humaines, on trouvera difficilement des exemples de cette force et on restera étonné que des hommes aussi compétents, aussi spécialisés, puissent dans leur propre science demeurer aussi aveugles et stupides.

Voici la réponse de Klin :

M. Semmelweiss prétend que nous transportons sur nos mains de petites choses qui seraient la cause de la fièvre puerpérale. Quelles sont ..., petites choses, ces particules qu'aucun œil ne peut voir ? C'est ridicule ! Les petites choses de M. Semmelweiss n'existent que dans son imagination".

L'une des leçons de cette histoire médicale est que les faits même les plus affirmés n'ont pas le pouvoir d'entraîner des changements dans des conduites thérapeutiques sans le support d'une théorisation qui permet de les prendre en charge conceptuellement. Il aura fallu un nouvel opérateur de pensée — la théorie des microbes — pour légitimer l'asepsie dans la pratique médicale. De ce point de vue, l'étude du phénomène placebo/ nocebo (comme la théorie du spasme coronarien) occuperait la même[13] place que les travaux de Semmelweiss : la place d'une théorie intermédiaire entre médecine et psychanalyse.
L'une des raisons de cet « obstacle épistémologique » réside dans les soubassements idéologiques de la médecine contemporaine. En effet, cette conclusion du professeur Salmon et de ses collègues éminents est formulée dans la logique de la pensée médicale qui s'est constituée au cours du XIX° siècle et qui est au fondement de la médecine contemporaine occidentale. Selon Lichtenthaeler (1977) 23, la médecine moderne occidentale naît au XIXe siècle de la rencontre conflictuelle entre trois courants scientifiques : une tradition hypocratico-galénique (dont les origines remontent au v' siècle av. J.-C.), une tradition hospitalière et une tradition expérimentale. La médecine occidentale serait elle-même la troisième et dernière phase (actuellement) de l'histoire médicale. Je vais me limiter à **l'évocation de cette troisième grande phase.**

[13] 22. Céline met en exergue dans sa thèse : « Rien n'est gratuit en ce bas monde. Tout s'expie, le bien comme le, mal se paie tôt ou tard. Le bien, c'est plus cher forcément. »

Le courant hippocratico-galénique, né en Grèce au ve siècle av. J.-C., va s'imposer en Occident jusqu'au début du xix' siècle. Son dernier représentant est Bichat (1771-1802). Son vitalisme — Bichat définit la santé comme « l'ensemble des forces, les propriétés vitales qui s'opposent à la mort » — (Ibid.) s'oppose au mécanicisme de Descartes et des iatrophysiciens, ses épigones, pour qui le corps n'est qu'une machine, le cœur un piston, les artères des tuyaux, etc...).
Le courant hospitalier se développe pendant les premières décennies du xix' siècle. Il a pour fondement l'anatomie pathologique et la sémiologie. Son objectif : décrire (morphologie), recueillir (sémiologie), classer. Le but des médecins hospitaliers est uniquement le diagnostic qu'ils établissent en faisant des corrélations entre les lésions anatomiques et les signes cliniques. Ils ne s'intéressent pas à l'étiologie ni à la pathogénie, « ils se contentent de décrire ce qu'ils voient, sentent, entendent, sans chercher à expliquer » (Lichtenthaeler).
Le courant expérimental naît au début du XIXe siècle en réaction aux systèmes spéculatifs de l'époque (vitalisme, néohippocratismes, etc.). Il constitue une révolution dans la pensée médicale et pose les assises de la médecine contemporaine. En France, le représentant en est Magendie (1783-1855) qui part en guerre contre le vitalisme de son maître Bichat et les descriptions interminables des représentants de l'École hospitalière. Il leur reproche de rester à la surface des phénomènes alors qu'il faudrait entrer dans les mécanismes des troubles et rechercher leurs causes. C'est-à-dire ne pas en rester à la morphologie, à la sémiologie et à la nosologie, mais s'occuper aussi d'étiologie et de pathogénie. Pour Magendie, une seule méthode : la méthode expérimentale qui a fait ses preuves dans les sciences naturelles. La physique et la chimie sont de vraies sciences expérimentales. Si les médecins veulent faire de la médecine une science, il faut adopter la même méthodologie. Au centre de cette médecine scientifique : le fait. La méthode, c'est l'expérimentation active. Tout le reste, c'est bon pour les philosophes. L'objectif de Magendie est de démontrer qu'on peut retrouver les processus physiques et chimiques chez tous les êtres vivants. Par exemple, la respiration, processus physiologique, se définit in fine comme une oxydation lente : processus purement chimique. Selon Magendie et son école, les lois qui sont applicables à l'inanimé sont applicables à l'organisme humain. À partir du xixe siècle, l'esprit hippocratique est totalement abandonné. C'est sur les bases d'une définition de la maladie comme une physiologie pathologique dont les lois sont celles de la physique et de la chimie que repose la médecine contemporaine. Celle-ci va résulter de l'intrication — conflictuelle après une longue période de développement parallèle — du courant hospitalier — avec ses visées exclusivement diagnostiques — et du courant expérimental — avec ses visées étiologiques et pathogéniques. Lichtenthaeler décrit quatre grandes étapes de cette intrication. Je me limiterai à évoquer l'étape bactériologique qui, après 1860, va révolutionner la pensée et la pratique médicale en ouvrant une ère bactériologique dont les conséquences théoriques et pratiques sont immenses.
Théoriques : le fait que les maladies infectieuses ne relèvent plus de la génération spontanée, mais qu'elles sont dues à des germes identifiables favorise l'évolution de la nosologie en permettant la spécification d'entités morbides bien définies, ce qui offre ainsi un modèle étiologique qui va servir de référence en médecine.
Avec la bactériologie s'ouvre une ère nouvelle, l'ère étiologique. **La médecine hospitalière se soucie maintenant des causes des maladies. (Ibid.).**
Mais ce modèle étiologique repose sur une conception linéaire de la causalité, dont on a vu les incidences limitatives dans l'étiologie de l'infarctus du myocarde où sont mis sur le même plan des éléments aussi hétérogènes qu'un trouble fonctionnel (HTA), des troubles métaboliques (lipides), des facteurs affectifs, etc. Je ne peux ici qu'évoquer sans le développer l'importance

d'une réflexion sur le principe de causalité et utilisation en médecine (24)[14].

Pratiques . l'ère bactériologique ouvre aussi l'ère thérapeutique dans la mesure où à la thérapeutique symptomatique traditionnelle vient s'adjoindre quand c'est possible une thérapeutique étiologique.

Les avancées de la médecine contemporaine sont des acquis irréversibles. Mais c'est au prix d'une limitation naturaliste dont Lichtenthaeler analyse finement les conséquences en identifiant l'idéologie sous-jacente.

En effet, la médecine est-elle réductible à une simple science naturelle ? L'homme vivant à une machine ?

Magendie et ses successeurs ont proscrit la réflexion assimilée par eux à la philosophie, voire à la mystique. Ils n'ont pas seulement observé et expérimenté pour découvrir des faits et des relations causales nouvelles, ils ont posé les fondements d'une philosophie bien déterminée.

En réduisant le corps humain à une mécanique, ils ont posé « un acte cartésien » (Ibid.).

Selon cet auteur, la médecine moderne repose, comme les sciences naturelles dont elle s'inspire, sur une idéologie qui accorde une toute puissance à la raison et s'inscrit dans le courant positiviste et rationaliste du xixe siècle. Cette idéologie sous-tend la pensée médicale contemporaine.

Il faut savoir que nous médecins sommes sous l'influence de ces interprétations qui agissent en tant que cadre et arrière-plan (idées-forces) de notre pensée médicale. Si elles sont impossibles à éliminer, il vaut mieux les connaître pour ne pas les cautionner involontairement. Que nous le voulions ou non, nous faisons de la philosophie à chacun de nos actes (Ibid.).

Et comme il le dit encore, « la réunion de faits authentiques n'aboutit pas nécessairement à une histoire digne de foi. On peut écrire une histoire fausse avec des faits exacts ». Ce qui est vrai pour l'historien est vrai aussi pour le médecin. Selon cet auteur, l'École contemporaine n'est pas la médecine, mais « seulement la gigantesque hypertrophie d'un unique courant, celui du naturalisme médical, qui se manifeste par un apport incessant de nouveaux faits, de relations causales, de lois naturelles ». Ce ne sont pas les acquis irréversibles qu'a permis ce courant que conteste Lichtenthaeler, mais la tyrannie que ce courant exerce sur la pensée médicale, dont les apories se manifestent par « l'hypertrophie et la fragmentation d'une médecine dinosaurienne, signe infaillible de décadence » (Ibid.).

Cette identification de courant du naturalisme médical par Lichtenthaeler trouve des échos dans l'opposition identifiée par Gabriel Gachelin[15'] entre les auteurs psychanalytiques qui peuvent être saisis dans ce « qu'ils révèlent d'eux-mêmes dans leurs propos, dans ce qu'ils manifestent de leur histoire et de leur individualité », et un courant scientifique contemporain (majoritaire ?) caractérisé par l'évacuation de la participation subjective de l'auteur. Le discours scientifique qui caractériserait selon Gachelin ce courant aurait pour visée de « cacher les subjectivités et les filiations » des auteurs, en développant une pensée « séparée

---

[14] Je renvoie le lecteur au troisième chapitre de mon mémoire de psychiatrie (1984) que je consacre à cette question épistémologique.

[15] 25. Gabriel Gachelin est biologiste et immunologiste, ancien chef de laboratoire à l'Institut Pasteur et ancien directeur scientifique de la revue La Recherche.

26. Ces résistances s'originent dans le « besoin impérieux d'une synthèse unificatrice, d'une, totalité. poussant à annuler ou à diminuer les composantes d'incertitude, d'indétermination, d'aléatoire propre à la pensée complexe et à en évacuer la contradiction fondamentale. Car l'idée même comporte en elle l'impossibilité d'unifier, d'achèvement, une part d'incertitude, une part d'indécidabilité et (in fine) la reconnaissance du tête-à-tête final avec l'indicible », (Morin, 2005, p. 127)

d'avec leurs désirs » dans laquelle ces auteurs se réfugieraient comme dans une « forteresse ». Selon Gachelin, cette « asepsie du langage » aurait pour résultat que « l'essentiel de la littérature scientifique porte si peu la trace de ses auteurs qu'elle est écrite dans une véritable langue de bois : gommage de la dimension créatrice, asservissements à la production des faits » (Gachelin, 1984, p. 46). Toujours selon lui, ce refuge dans un discours coupé « des connexions inconscientes » de ses auteurs constitue une « véritable machine de guerre » contre la psychanalyse et est à l'origine des difficultés des échanges entre scientifiques et psychanalystes (Gachelin, 1995, pp. 85-100). C'est vrai aussi pour les rapports entre médecins et psychanalystes.

Certes, le courant de la médecine expérimentale a permis au xixe siècle le développement spectaculaire de la médecine contemporaine dont les acquis sont irréversibles. Mais c'est un courant naturaliste dont l'idéologie est inductrice d'« obstacles épistémologiques » ancrés dans des résistances inconscientes. Ces résistances, qui se manifestent par des difficultés à maintenir le processus théorisant dans la « complexité », ne relèvent pas seulement du refoulé. Elles sont en profondeur de nature narcissique. La « pensée complexe » sollicite en effet le narcissisme du fait de ses caractéristiques d'indétermination, d'aléatoire et de la tension dialogique qu'elle impose dans l'accomplissement du processus de conceptualisation. Dans son accomplissement, elle se heurte à des résistances dont l'évitement induit un mode de pensée simplificateur, réductionniste .

Selon Lichtenthaeler, ce serait en réaction à la tendance morcelante (induite par la logique interne du courant naturaliste qui sous-tend la pensée médicale contemporaine) que répondent les courants d'une approche synthétique du malade, médecine globale, médecine de la personne, néohippocratique, la psychosomatique. La psychosomatique ferait donc partie d'un vaste courant relancé en réaction à ce que cet auteur appelle le « naturalisme médical ». La psychosomatique — sans trait d'union — et non la médecine psycho-somatique — avec trait d'union. Cette dernière, sous-tendue par le dualisme psyché-soma, est en effet un avatar du courant naturaliste médical : même « acte cartésien », même causalité linéaire, avec son corollaire, les notions de psychogenèse et d'organogenèse. La psychosomatique — sans trait d'union — développée par l'École de Paris s'inscrirait ainsi dans cette approche synthétique du malade, ouvrant sur une économie psychosomatique individuelle conçue dans la relance de l'esprit synthétique d'Hippocrate et vitaliste de Bichat, mais « enrichi et transformé en profondeur par la théorie de l'inconscient » (Marty) et par la référence au concept psychanalytique de pulsion. Ce nouveau référentiel (la pulsion) a révolutionné l'approche de la causalité dans la conception des rapports entre les faits somatiques et psychiques en libérant la pensée théorisante des apories de l'étiologie conçue en regard de la causalité linéaire. Ce nouveau référentiel conceptuel permet en effet de penser ces rapports dans la perspective d'une économie psychosomatique individuelle qui respecte l'hétérogénéité du soma et du psychisme, et prend en compte dans le déterminisme des somatisations le contexte relationnel et la vie psychoaffective du patient.

CONCLUSION

Évoquer la tendance morcelante du courant naturaliste, la réaction à cette tendance par une visée synthétique (Lichtenthaeler), c'est référer au narcissisme. Cette référence au narcissisme est centrale dans les « obstacles épistémologiques » rencontrés par « l'observateur devant le fait psychosomatique » (Marty, 1952, 1993) et responsable des dérives réductionnistes engendrées par la douleur du penser complexe dans le passage de la médecine à la

psychanalyse. Selon cet auteur, ces « difficultés narcissiques de l'observateur » s'ancrent dans notre besoin de « schématisation dans la manipulation des concepts ». Elles sont liées à « cette qualité d'impossible représentation graphique, de par leur niveau intermédiaire entre des faits biologiques inschématisables et des faits psychiques encore moins schématisables » (Marty, 1952, 1993, p. 157). Ce parcours conceptuel de la médecine à la psychosomatique via la psychanalyse soumet le narcissisme à rude épreuve, comme en témoignent les passions et la violence parfois destructrice qui habite les échanges entre les médecins et les psychanalystes, mais aussi parfois les échanges entre les membres d'une même discipline[16]. J'espère que ces quelques réflexions participeront à atténuer la dissonance dans l'harmonie des représentations et à permettre ainsi une ouverture dans le béton du dialogue de sourds qui prévaut trop souvent dans les rapports entre médecins et psychanalystes, mais aussi entre les psychanalystes eux-mêmes à propos du fait psychosomatique. Les premiers bénéficiaires en seraient les patients tant des médecins que des psychanalystes.

CHRISTIAN DELOURMEL

BIBLIOGRAPHIE

Bachelard G. (1938), La Formation de l'esprit scientifique, Éditions Vrin, 1938. Barrucand D. (1965), « L'effet placebo », in Revue de médecine psychosomatique, t. VII, n" 1, pp. 17-29.
Benson H., David P., Me Galbe Jr. (1979), « Angina Pectoris and the Placebo Effect », New England Journal of Medicine, vol. 300, n" 25.
Bounhoure J.-P. (2010), « Peut-on faire une crise cardiaque de stress ? », Le Figaro Santé.
Delourmel C. (1984), « Maladies psychosomatiques ou approche psychosomatique des malades ? », mémoire pour le CES de psychiatrie présenté et soutenu publiquement le 16 mai 1984.
- (2008), « Addiction et neutralisation de l'affect », in Actualités psychosomatiques. - (2012), « De la fonction du père au principe paternel », in Rapport au
LXXIII' congrès des psychanalystes de langue française, Paris, Bulletin de la SPP, n" 106.
- (2013). « An Introduction to the Work of André Green », in International Journal of Psychoanalysis, 94, pp. 133-156.
Diatkine R. (1984), « Agression et violence », in Revue française de psychanalyse, vol. 48.
Elbaz Meyer (2005), « Physiologie de la vasomotricité coronaire et implications en pathologie coronaire », in MT Cardin, vol. 1, n° 1.
Gonzales EL. R. (1980), « Le spasme artériel ouvre de nouvelles perspectives sur la cardiopathie ischémique », in JAMA, vol. 1, t. II, n' 6, pp. 416-425.
Freud S. (1895), « Esquisse pour une psychologie scientifique », La Naissance de la psychanalyse, lettres à W. Fliess, notes et plans 1887-1902, Paris, Puf, 1979.
- (1937 d), « Constructions dans l'analyse », Résultats, Idées, Problèmes, 11, trad. E. R. Hawelka, U. Huber, J. Laplanche, Paris, Puf, 1985 ; GW, XVI.
- (1926), Inhibition, Symptôme et Angoisse, Paris, Puf, 1975.
- (1921 c), « Psychologie collective et analyse du Moi », in Essais de psychanalyse, Paris, Payot, 1972 ; OCEP, XVI, 1991 ; GW, XIII

[16] `7. « L. réaction de destruction est une tendance à éliminer ce qui crée une dissonance dans l'harmonie des représentations. quand ne peuvent être élaborées de nouvelles constructions internes capables de rétablir l'ordre » (Diatkine R... 1984, pp. 942, 943).

Gachelin G. (1984), « Vie relationnelle et immunité », in Corps et Histoire, Les Belles Lettres, 1986.
- (1995), « Modèles scientifiques, mode d'emploi », in Revue française de psychanalyse, 1, 1995.
Green A. (1967), Le Narcissisme primaire : structure ou état. Narcissisme de vie, narcissisme de mort, Les Éditions de Minuit, 1983.
- (1973), Le Discours vivant, Paris, Puf, coll. « Le fil rouge ».
- (1976), « Un, autre, neutre : valeurs narcissiques du même », in Narcissisme de vie, narcissisme de mort, Éditions de Minuit (1983), chap. 1.
- (1984), « Pulsion de mort, fonction désobjectalisante, narcissisme négatif », in Le Travail du négatif, Les Éditions de Minuit (1993).
Howard Brady M.D, (1982), « The Lie that Heals: the Ethics of Giving Placebo », in A unals of Internai Medecine, vol. 97, n" 1, pp. 112-118.
Himbert J. et Lenègre J. (1967), L'Infarctus du myocarde, Éditions Sandoz.
Lévy A. (1.978), « Accidents coronariens fonctionnels d'allure organique parfois mortels », Presse médicale, n" 28, pp. 1273-1276.
Licbtenthaeler C. (1978), Histoire de la médecine, Fayard.
Marty P. (1980), L'Ordre psychosomatique, Paris, Payot.
Marty P., M'Uzan de M., David C. (1963), « Observation n" 5. Monsieur Gilbert C. », in L'Investigation psychosomatique, Paris, Puf.
Morin E. (1990), Introduction à la pensée complexe, Le Seuil, coll. « Points », 2005. Pavin Dominique (CHU de Rennes) et Spaulding Christian (hôpital Cochin), « Syndrome coronaire aigu à coronaires normales », in Journées de la SFC-Paris, janvier 2006. Salmon M.M. (1971), La Guérison extraordinaire de Vittorio Micheli. Sarcome du bassin. Selvini A. (1971), « La relation psychothérapique avec le malade atteint d'infarctus myo-cardiaque aigu », in Revue de médecine psychosomatique, t. XIII, n" 3, pp. 271-280.
Smadja C. (2001), La Vie opératoire, Paris, Puf.
- (2008), Les Modèles psychanalytiques de la psychosomatique, Paris, Puf, coll. « Le fil rouge ».
- (2012), Conférence d'introduction au colloque de Saint-Malo, 2013, Inédit. Smadja C. (2013), « Le modèle pulsionnel de la psychosomatique », Inédit.
Woler C. (1980), « La maladie coronarienne : débats et controverses »., in EMC théra-peutique, 25999, pp. 25, 25 et 33 à 38.

[i] Revue Française de Psychosomatique n°45/ 2014 p ;41 à 75.