

ET SI LE SYMPTÔME EN DISAIT PLUS QU'ON NE CROIT...

Aldo Naouri

Texte publié dans différents ouvrages et revues

Il y a toujours, chez le médecin d'enfants, une certaine fraîcheur. Une fraîcheur parfois proche de la naïveté qui, pourtant, lui est totalement étrangère. Une fraîcheur qui signe la rémanence de l'enfant qu'il garde en lui-même, toujours et obstinément, vivace. N'est-ce pas une des raisons pour lesquelles, justement, l'enfant l'intéresse ? Or cette fraîcheur, cette fraîcheur de l'enfant se trouve au principe de son étonnement, de sa déconvenue ou de sa révolte quand les faits ne se plient pas exactement à ses souhaits, quand ses ambitions sont bridées par un obstacle impossible à identifier ou à lever. Bien plus que du découragement ou de la rage, c'est du dépit qu'il ressent et qu'il exprime alors sans-gêne, sans honte ou sans fausse pudeur.

Quel pédiatre ne s'est pas senti exaspéré en constatant que ses prescriptions, judicieuses, n'ont pas été suivies et que son petit patient en souffre ? Lequel n'a pas soupiré d'impatience et de désespoir quand, ayant multiplié toutes les précautions recensé toutes les prescriptions qu'il a à sa portée, il constate que son patient continue d'être affecté des mêmes maux. Les otites qui se répètent, les nez qui ne cessent pas de couler, la diarrhée qui ne s'arrête que pour mieux reprendre... ces tableaux affectés de l'étiquette détestable de "chroniques" '... Or dans ces moments-là, ce n'est pas le narcissisme du thérapeute qui se trouve mis en cause, ce n'est pas le médecin pris dans un quelconque désir de toute puissance qui trépigne. Non ! C'est le plus souvent ce qui reste de l'enfant chez le médecin qui se trouve navré pour cet enfant qui demeure obstinément malade.

Alors, ne serait-il pas plus judicieux, au lieu de chercher à débarrasser les pédiatres de cette propension, de cette caractéristique de comportement qu'on pourrait croire fâcheuse, ne serait-il pas plus judicieux d'utiliser l'énergie qu'elle recèle pour ouvrir d'autres voies à leur désir d'efficacité. Pourquoi ne pas se servir de ce moteur disponible, et jusque-là inutilisé, pour avancer dans la recherche de solution de certains problèmes?

C'est d'ailleurs, pédiatre m'adressant à d'autres pédiatres, ce que je me propose de faire.

J'ai, par exemple, donné à ce chapitre un titre alléchant. Alléchant, ce qui veut dire que je suis allé chercher la part de rêve qu'il y a dans cet enfant qui demeure en nous. La part de rêve chatouillée par la question même. Laquelle question est introduite par une supposition préalable. Ce qui implique que toute liberté serait laissée à qui décide de répondre d'emblée par la négative. Et qu'il n'y aurait aucune sanction liée à ce genre de réponse laquelle ne serait que le refus délibéré d'une exploration présentée comme possible. La question se trouve ainsi présentée comme possible sans pour autant désigner les résultats auxquels elle escompte parvenir. Autrement dit l'adhésion du lecteur, la poursuite de l'exploration, demandent le simple effort d'accepter de reconnaître en lui cette part de fraîcheur dont je parlais. Alors, seulement, le débat pourra l'intéresser.

Qu'est ce que le symptôme ?

Si l'on s'en tient à la stricte terminologie médicale c'est une unité d'expression qui a une valeur propre et une correspondance stricte avec une signification et une seule recensée dans un savoir parfaitement ordonné et toujours fini.

Soit le symptôme dysphagie par exemple. C'est ce que le médecin saisit, le mot dont il se sert, pour traduire ce qu'exprime le patient quand il dit: "J'ai du mal avaler". Ce "mal avaler" pour la commodité du traitement de l'information a donc reçu un nom, une sorte de code. Et le médecin grâce à ce code peut interroger un stock de savoir qu'il a en lui. A la case dysphagie vont correspondre une série de diagnostics dans lesquels un tri sera à faire pour choisir la thérapeutique adéquate.

La démarche est très proche de celle devenue banale d'un programme informatique.

En faisant jouer donc un système de correspondance on peut apprécier le plus justement possible la valeur du symptôme.

La réponse du Savoir, le listing qui vient à l'esprit quand le symptôme est amené, n'a pas la prétention d'être immuable ou définitive. Si le Savoir en question est précis et fini (au sens où il n'est pas infini) il vaut pour le moment même où il est interrogé. En effet, la plasticité et l'enrichissement sont ses principales vertus. Prenons un exemple. Il a toujours existé jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale, dans les hôpitaux d'enfants, des pavillons de coquelucheux. Or ces pavillons, aujourd'hui, ont disparu. Pourquoi ? Parce que le Savoir s'est enrichi et que le symptôme "toux coqueluchoïde" en "a dit bien plus qu'on ne croyait" à partir d'un certain moment. La toux coqueluchoïde a trouvé à sa portée un système de correspondance élargi et bien plus ample. On pourrait, reprendre les dossiers des enfants hospitalisés, à cette époque avec ce diagnostic erroné, produire a posteriori une série de diagnostics plus justes qui iront de la sinusite méconnue à la mucoviscidose en passant par toute la liste que nous avons en tête, grâce à notre Savoir, face au symptôme toux coqueluchoïde.

On peut donc compléter la définition initiale du symptôme, même dans son acception médicale la plus rigoureuse, en disant qu'il permet la mise en correspondance momentanée d'un élément d'information avec une série d'autres éléments identifiés de façon précaire et dont la recension se trouve, en quelque sorte, toujours en chantier.

Et bien, accepter cela c'est déjà avoir franchi une étape, et pas la moindre. C'est accéder à une certaine souplesse conceptuelle, à une forme de modestie, voire d'humilité, qui fondent toute démarche scientifique. Mais c'est aussi avoir touché une sorte de prime liée à l'adhésion à la fraîcheur dont je parlais. Cette fraîcheur qui est du côté du possible et de l'espoir obstiné.

Une fois franchie cette première étape, avec ce résultat tangible fort honorable, n'en restons pas là. Puisque nous avons fait référence, précisément à cette référence majeure qui est le Savoir, voyons comment il s'organise.

Qu'est-ce que le Savoir, médical ?

C'est un discours, organisé, précisément. Remarquablement organisé même. Parce que fondé sur la logique la plus rigoureuse. Une logique empruntée au discours scientifique, au discours scientifique qui traite de la matière. C'est--dire à la physique. Toutes les strates, toutes les couches, toutes les subdivisions de ce savoir se réfèrent dans leur construction à cette discipline. L'observation, les déductions, les vérifications sur modèles expérimentaux, les constructions théoriques et leur confrontation à la réalité clinique, quel que soit le domaine où elles s'effectuent, obéissent à ces lois. Chacun sait les progrès accomplis depuis Claude Bernard et la médecine expérimentale, depuis Bichat et Laennec et la méthode anatomo-clinique. La démarche médicale une fois assise sur ces bases irrécusablement scientifiques a permis les fulgurants progrès des deux derniers siècles.

Quel est l'élément fondamental de la logique qui se trouve au principe même de la physique et donc du discours médical ? C'est une logique fondée sur le principe de causalité. A une cause A correspond un effet B. Si une cause A correspond un effet B, l'effet B reconnaît pour cause la cause A. Et cela ne souffre pas plus d'exception que de marchandage. Au point que face à un effet B1 ou C il faudra envisager une cause qui sera n'importe laquelle sauf A puisque A ne produit que B. Evidemment il se peut qu'au fil des années les liens ainsi dessinés se trouvent enrichis de maillons intermédiaires. Ainsi l'action fébrifuge de l'acide actylsalicylique est-elle connue depuis des décennies. La découverte récente des prostaglandines n'a rien changé au schéma de causalité. Les prostaglandines sont seulement venues constituer un relais entre la cause et l'effet. Un relais explicatif intéressant, certes. C'est le seul connu pour l'instant mais rien ne s'oppose à l'adjonction d'autres facteurs-relais. La rigueur de cette relation de causalité ne se trouve pas ébranlée par ce genre de découverte. Car, si pour figurer la relation que je décris, j'écris $A > B$, je peux décomposer la flèche de mise en relation en autant de relais que je voudrais sans rien changer au résultat global : $A > A' > A'' \dots > B$.

Voici donc le squelette le plus élémentaire, le schéma principal de la démarche médicale : une causalité linéaire. On peut vouloir le complexifier. Par exemple, il tombe sous le sens que le symptôme fièvre ne correspond pas à une cause unique. On peut trouver toute une série de raisons à l'écllosion de la fièvre qui vont des maladies infectieuses (recensées les unes après les autres) jusqu'aux maladies auto-immunes. La relation reste cependant linéaire. Ce sont seulement les relais qui changent. Et à examiner ces relais eux-mêmes bien définis on finira toujours par discriminer la cause et la cause seule responsable de la fièvre dans le cas étudié.

Répetons, au besoin, que cette manière de procéder a permis l'éradication des grands fléaux et qu'il n'est pas question, à en démonter le mécanisme, de prétendre la critiquer, nier ses apports, s'en loigner ou déplorer l'obscurantisme des temps anciens. Bien au contraire, il n'est question que de s'inspirer de son exemplaire rigueur pour tenter une incursion au moins aussi productive dans la compréhension des champs qui demeurent encore obscurs.

Alors, en mettant à profit la fameuse fraîcheur dont j'ai fait état, et en examinant la dimension spécifique de la médecine d'enfants, nous allons continuer de nous poser la question titre de ce chapitre. Et si le symptôme en disait plus qu'on ne croit ?

Une dimension singulière de la médecine : la médecine d'enfants

On a cru longtemps que l'enfant n'était qu'un adulte en miniature. Nous savons maintenant que c'est une profonde erreur parce que sa physiologie, son anatomie, sa réactivité aux agressions et aux drogues sont tout à fait spécifiques. On continue de croire, et on croira pour longtemps sans doute encore, que l'enfant est un organisme strictement autonome. L'enseignement qui est donné à son propos, les recherches qui le prennent pour objet, posent ce préalable comme intangible. Tout est construit sur cette affirmation première. Même si quelques précautions sont prises pour informer les médecins et les étudiants de l'impact possible de la psychologie, cela ne change rien. Ces précautions demeurent marginales et revêtent souvent l'allure d'un luxe certain.

S'agit-il d'une rémanence, à la vie dure, de préoccupations d'un autre temps ? En effet on n'avait rien à faire des considérations relationnelles quand il s'agissait de lutter contre les épidémies de choléra ou celles de poliomyélite. Certes. Mais s'il ne s'agissait que de cela, la disparition de ces flaux aurait dû conduire à des modifications notables dans l'abord de l'enfant.

Il semble plutôt qu'il ne s'agisse que d'un processus lui-même existant en médecine d'adulte. Ce processus ignore totalement l'impact du langage. Toute expression d'ordre verbal dans la relation du patient à son médecin est destinée à être codée pour permettre l'établissement du

diagnostic. Toutes les paroles étrangères à l'expression précise de la plainte et de ses modalités n'est pas à prendre en considération. Elle est, d'ailleurs considérée, souvent, comme génératrice d'erreur et un bon médecin se doit de s'en méfier, s'il est soucieux de la rigueur extrême de sa démarche. On peut résumer ce constat en disant que la dynamique du langage est totalement étrangère au registre de réflexion de la médecine.

Pourquoi ?

Pour la raison extrêmement simple que le langage ne se prête pas, comme tout ce dont traite le discours médical, à une mise plat, à la réduction de la causalité linéaire. Cela peut paraître gratuit ou spécieux, c'est pourtant cet apport qui ne va pas cesser de nous occuper. Et plutôt que d'y avancer avec la sècheresse de l'énonciation théorique souvent rébarbative, nous allons en parler propos d'un cas. Un cas très médical, très pédiatrique. Il y aura de l'enfant mêlé aux approches que nous tenterons, nous parviendrons ainsi à nous ressourcer à sa fraîcheur et à la nôtre, recouvrée de temps en temps.

AURORE

C'est une petite fille de vingt cinq jours. Elle m'est conduite pour des vomissements.

Si un adulte vient voir un médecin, il lui dirait "Docteur, je vomis". Le médecin procéderait à son interrogatoire et recevrait à chaque question une réponse. L'usage qu'il ferait de ces réponses successives serait fonction de ce qu'il y trouverait face à ce qu'il cherchait et ainsi de suite. En pédiatrie la plainte est formulée par le parent qui conduit l'enfant. L'enfant et a fortiori le nourrisson ne viennent pas consulter. Ils sont amenés en consultation. Et le symptôme qu'on leur attribue est raconté par le parent. Il y a donc dans l'espace de la consultation, non plus deux corps, mais trois. Et si un corps souffre, celui de l'enfant, c'est la bouche d'un autre corps qui vient décrire la souffrance. Notons que là, comme en médecine d'adultes, les médecins ont été formés à faire la chasse aux distorsions possibles du langage parental. Telle mère dira que son enfant va très mal dès qu'il a un petit rhume, telle autre dira qu'il n'a rien d'inquiétant alors qu'il est couvert de purpura ! Le système relationnel du médecin à son patient se trouve donc un peu compliqué : il y a la relation médecin-enfant, la relation médecin-parent, la relation parent-enfant. Et à partir de ces trois là on peut en décrire d'autres qui seraient une sorte de combinatoire vectorisée : l'enfant vu par le parent en présence du médecin, le parent vu par l'enfant face au médecin et ainsi de suite. Tout cela pourrait faire l'objet de développements certainement intéressants mais nécessitant un tout autre abord. Notons simplement que le médecin dispose des éléments auxquels il a été formé, dans le champ de sa relation avec le corps malade de l'enfant, et d'un autre élément auquel il a été mal formé, sinon pas formé du tout dans le champ de sa relation au parent de l'enfant et dans le champ non moins intéressant de la relation du parent à l'enfant.

La relation du parent à l'enfant est-elle un facteur négligeable ? La médecine traditionnelle, la pédiatrie enseignée dans les centres hospitalo-universitaires, répond par l'affirmative, même s'il est régulièrement prôné de tenir compte de l'humeur des parents, de leur inquiétude par exemple. Un médecin hospitalier viendra, par exemple, expliquer avec beaucoup de dévouement et de précisions la manière dont il instaure le traitement d'une méningite infectieuse, la façon dont le petit patient y réagit, ce que l'on est en droit d'attendre ou d'espérer. Tout cela est non seulement compréhensible mais ne nécessite aucune formation. Il suffit au médecin de traduire en langage simple, compréhensible pour le parent, ses propres spéculations médicales. Le tout étant sous-tendu par l'opinion qu'un parent est en droit d'être informé. Mais réduire la relation parent-enfant à cette seule dimension est un monumental contresens. La relation du parent à l'enfant et de l'enfant à son parent est à considérer dans sa globalité, c'est un TOUT insécable et qui possède sa dynamique en propre. Il suffit pour s'en convaincre d'examiner les situations quotidiennes en étant averti du fait. Elles apparaîtront immédiatement sous un autre jour.

Un parallèle pourrait être fait pour imaginer les implications d'un tel bouleversement des manières de faire ou de voir : il ne viendrait jamais à l'idée d'un médecin d'enduire de pommade topique ou de corticoïde des lésions lupiques du visage de son patient. Si l'infiltration tissulaire locale peut parfois relever dans son aspect d'une thérapeutique de cet ordre la stricte application de cette thérapeutique est en soi une très profonde erreur. La stratégie la plus intelligente consistera en effet, ayant fait le diagnostic de maladie lupique, à mettre le patient sous immunodépresseur. C'est seulement ainsi que les taches du visage guériront. Alors que le traitement local non seulement aurait exposé à des rechutes, mais, ayant méconnu la maladie causale et l'ayant négligée, il aura contribué, sous les dehors d'un activisme faussement efficace, à l'aggravation de l'état du patient.

Cette métaphore que j'utilise est approximative. Car si le visage du patient lupique est inscrit dans le système indissociable d'un corps affecté dans sa globalité par une maladie évolutive, l'enfant n'est pas réduit à une partie du corps parental. Il a son fonctionnement propre, sa dynamique singulière et sa réactivité. Néanmoins, étant en étroite liaison avec son parent, il n'est pas excessif d'introduire cette liaison comme cofacteur de la maladie. Autrement dit, la métaphore du visage lupique vient par son exagération même, contrebalancer la message traditionnel de la médecine. La vérité se trouvant, comme d'habitude, dans un juste milieu, une forme d'équilibre.

Nous avons été un peu bavard, alors qu'Aurore est là avec son symptôme. Elle vomit.

Des vomissements chez une fillette de vingt cinq jours, nous en avons tous rencontrés. Rien n'est plus simple ni plus classique. Nous avons tous appris à mener avec succès une pareille démarche diagnostique. Au symptôme précis nous pouvons faire dire ce qu'il a à dire. Les causes possibles sont parfaitement connues, bien répertoriées d'un côté les causes métaboliques plus rares statistiquement, mais plus graves ; de l'autre les causes mécaniques divisées, elles, en deux sous-classes, celles qui relèvent d'une thérapeutique médicale - de loin les plus fréquentes et d'autres qui relèvent d'un geste chirurgical. De plus nous avons tous les moyens à notre disposition pour discriminer parfaitement entre les différentes causes celle qui, chez cette enfant, est responsable du vomissement. Il n'y a rien, là, de très compliqué. Ce devrait être la victoire éclatante, l'illustration parfaite de l'application des principes du discours médical tels que nous les avons détaillés.

Soit.

Mais la mère m'apporte d'emblée une information surprenante : je suis le cinquième pédiatre qu'elle consulte. Elle tente auprès de moi une ultime démarche avant de se plier, à contre-cœur certes, à l'indication d'hospitalisation qui avait été posée, la veille et le matin même par les deux précédents confrères probablement mystifiés ou inquiets.

Les deux premiers confrères, m'apprend-elle, ont prescrit tous les deux des épaississants et des antispasmodiques. Sans le moindre succès. Le premier ayant opté pour de la pectine associée à du métoclopramide, le second a tenté un changement en prescrivant de l'agar et du bromure d'atropine. Le troisième, même, devant le refus de l'hospitalisation, a encore procédé à un changement de molécule en prescrivant un mélange de scopolamine et de phénobarbital.

Il nous est possible à ce stade de faire confiance à la rigueur de la démarche des précédents confrères. D'ailleurs j'estime, pour ma part, n'avoir pas plus de connaissances ou de talent. Que nous enseignent les prescriptions ? Que les causes métaboliques ont été éliminées ; que les causes à solution chirurgicale ont été écartées ; que n'ont été retenues que les causes proprement mécaniques médicalement traitables. Que signifient les changements de molécule ? L'embarras des confrères ou l'exploration d'une susceptibilité individuelle. Mais tout autant que l'indication d'hospitalisation cela masque mal un malaise certain.

Examinons ce qu'aurait amené une hospitalisation. On aurait observé de manière plus objective, scientifique, les vomissements. On aurait noté les horaires, apprécié le

retentissement pondéral. On aurait probablement complété les investigations par la pratique d'un transit oesogastro-duodéal, peut-être par une fibroscopie et une pHmétrie. On aurait pratiqué un examen bactériologique des urines et on serait peut-être allé jusqu'à faire une radiographie du crâne pour éliminer un hématome sous-dural ou la rarissime tumeur du quatrième ventricule. J'oublie probablement quelque détail de la démarche diagnostique exhaustive. Le résultat aurait fini par repérer une cause précise et cherché une thérapeutique adéquate à tâtons.

Mais rien ne peut être absolument assuré pour la suite des événements. Car chacun a dans son expérience des cas où un diagnostic extrêmement correct parvient à amener, par le biais d'une thérapeutique idoine, un trouble pendant une hospitalisation. Ce trouble reprenant dès que l'enfant est rentré chez lui, malgré la poursuite du traitement. Il est aussi des cas où l'hospitalisation n'aboutit à aucun résultat, les troubles s'arrêtent et reprennent - ou ne reprennent pas, d'ailleurs - dès que l'enfant est rendu à sa famille. Cela fait partie des "mystères" de la médecine d'enfants. C'est aussi une leçon d'humilité dont les plus âgés d'entre nous ont appris à tirer une leçon : souvent on ne sait pas ce dont il s'agit ; l'essentiel étant surtout de savoir ce dont il ne s'agit pas.

Il est certain que, quel qu'aurait pu être le résultat de l'hospitalisation projetée un facteur constant aurait été introduit. Un facteur dont l'importance, si elle ne paraît pas toujours négligeable, n'a pas été prise à sa juste mesure. Ce facteur c'est la séparation de l'enfant et de ses parents. Cette séparation intervient, nul ne viendra le contester, dans la modulation des résultats thérapeutiques. Elle intervient dans tous les sens sans qu'on puisse trouver le moyen de le savoir avec assurance par avance. Elle peut améliorer les troubles : n'est-ce pas la raison de l'isolement des anorexiques mentales ? Mais elle peut aussi les aggraver et c'est la raison pour laquelle les hôpitaux d'enfants, ont, au cours de la dernière décennie, accepté d'héberger les parents des enfants hospitalisés. Cet aspect des choses qui reste de l'ordre d'une inévitable improvisation mériterait qu'on y prête une plus grande attention et qu'on s'applique à y apporter une solution moins hasardeuse et plus conforme au souci thérapeutique. '

Bref ! Nous ne sommes pas, je ne suis pas plus avancé après tout cela pour aborder les vomissements d'Aurore.

Est-ce l'impasse ?

Peut-être. Mais chacun aura deviné qu'un auteur ne fait jamais tout à fait gratuitement état de ses impasses. Et que la construction du récit est destinée à reprendre le refrain du titre : et si le symptôme en disait plus qu'on ne croit ?

Et il n'est pas inutile d'y revenir. Car il est vrai qu'au plan strictement médical, en ne procédant que suivant les lois de la causalité linéaire, on n'aboutit à rien. Cependant je n'ai pas manqué d'insister sur les vertus de la rigueur de cette même causalité. Je ne peux pas me permettre et d'y adhérer et de m'en passer. Je n'ai pas d'autre choix que d'y adhérer encore plus. De la causalité, certes ! Et plus que jamais, même. Mais linéaire ? C'est cela peut-être qui est à revoir. Je suis prêt à reprendre l'enquête médicale élémentaire pour trouver le système de correspondance le plus rigoureux entre le symptôme et ce qui le produit mais je dois pour ce faire élargir considérablement le cadre des causes, ne pas m'en tenir à celles que je connais, envisager même qu'il puisse y en avoir que je ne connais pas du tout et qui seront totalement inattendues. Voilà une démarche courageuse ! Courageuse certes mais n'est-elle pas aussi un peu naïve ? Car comment saurai-je reconnaître une cause que, a priori, je dis peut-être ne pas connaître ? Elle peut m'être énoncée, venir jusqu'à moi, passer et repasser dans mes oreilles et sous mon regard sans que je puisse l'identifier.

C'est vrai que c'est une question difficile.

Difficile tant que je reste soumis au schéma classique de mon rôle de médecin. Au schéma classique qui a conduit les quatre précédents confrères à leurs conclusions et sans plus de succès. Soit. Mais se démettre ou s'éloigner de ce schéma, est-ce possible ?

Certainement.

A quel prix ? Celui d'une encore plus grande rigueur. Mais une encore plus grande rigueur est-elle possible ? Comment produire une pareille affirmation ? Comment dire d'ailleurs d'une rigueur, par définition extrême, qu'elle peut l'être encore plus ?

Cela reviendrait à décider de l'existence de degrés dans l'objectivité, ce qui, au plan conceptuel, n'est guère possible.

Et pourtant ! Il suffit de ne négliger AUCUN détail. Cette démarche est certes louable pourra-t-on dire mais elle est antinomique avec la demande médicale. Est-il nécessaire un médecin de prendre note de l'alopécie d'un patient qu'il traite pour une infection urinaire ? Certes, non. Mais quel rapport y a-t-il, en apparence entre des extrémités digitales déformés par des pseudo panaris et une fièvre traînante avec amaigrissement ? Pourtant les premiers sont utiles devant la seconde pour évoquer un diagnostic d'endocardite. Qu'on en revienne aux leçons des tout premiers cliniciens. C'est en colligeant des détails d'apparence anodine qu'ils ont réussi à broser des tableaux qui ont fait leurs preuves ! Souvent même, des détails minimes de certains tableaux n'ont reçu que fort tard leur explication physiopathologique. Il en est même qui restent en attente : qui peut expliquer la physiopathologie d'un signe de Chvostek ? Et pourtant chacun en use pour le diagnostic de tétanie.

Somme toute, ce qui est exigé dans une démarche et une ambition telle qu'y invite mon titre, c'est que pour chaque patient, chaque médecin réinvente la clinique. C'est-à-dire qu'il use de son Savoir mais qu'il soit prêt à enrichir le dit Savoir par des apports nouveaux. Qu'il mette à côté de ce Savoir une plage blanche qui sera à remplir.

Nous allons voir que non seulement c'est possible mais que c'est aussi très utile.

Ne négliger donc AUCUN DETAIL. Ce qui revient aussi à ne pas les hiérarchiser.

Pour le cas d'Aurore, par exemple, il y en a une foule à noter qui se sont mis en place avant même que le symptôme n'ait été énoncé. Je vais les donner dans l'ordre chronologique où ils m'ont frappés. Ce faisant chaque médecin pourra contrôler qu'il en aurait fait de même.

La mère d'Aurore, appelons la Madame Haussmann, est antillaise. Ça, ça se voit. Elle a une couleur café au lait. Elle est très jolie. Remarquablement belle. Elle a un visage aux traits fins et doux, une coiffure rasta admirablement échaffaudée et très seyante. Elle a le corps moulé dans une salopette blanche qui souligne la souplesse et le côté félin de sa démarche, en lui conférant quelque chose de très sensuel. Elle s'exprime comme les Antillais, dans un français chantant où les r sont élidés et elle souligne son accent par des rires de gorge. Ses lèvres alors libèrent un sourire éclatant et ses yeux qu'elle a fort beaux s'abaissent en même temps que la tête se penche un peu sur le côté, comme le ferait une petite fille qui vient de faire une farce. Un ensemble harmonieux, recherché, très étudié, où rien n'est laissé au hasard. Un ensemble fait pour être montré et pour être vu. Et le regard de cette maman, à la dérobée, ne cesse pas de contrôler l'effet produit, ajoutant à tout cela une note un peu troublante. Cette jeune femme doit parfaitement savoir l'effet qu'elle produit. Manifestement elle veut plaire, elle sait qu'elle plaît et elle s'en assure sans relâche. Ses oeillades furtives oscillent entre la coquetterie et l'inconséquence de la petite fille.

Pour résumer cela, il suffirait de dire qu'on ne peut pas ne pas la regarder tant elle a multiplié les éléments accrocheurs. Ces éléments étant manifestement destinés à lui procurer le plaisir de constater par des regards furtifs, qu'elle est regardée.

Il est vrai qu'exposant comme je le fais les indices que j'ai recueillis je me livre une analyse qui peut paraître déjà travaillée et fouillée. D'abord cela est rendu nécessaire par la narration du cas. Si je devais ici décrire un lieu, je ne pourrai montrer le tableau accroché au mur, par exemple, qu'au moyen d'une description aussi fouillée. Sur le champ, bien sûr, je n'ai pas mis cela en mots. Je me suis mis simplement en état de perméabilité à ce genre de perception. Je n'ai pas trahi ma pratique de clinicien. J'ai laissé aller mon regard. Et quel médecin ne fait pas au premier coup d'oeil qu'il jette à son patient un tri préalable entre les hypothèses diagnostiques qu'il aura à évoquer. Le regard du médecin n'est-il pas un outil

fondamental dans sa pratique? N'est-ce pas d'un seul regard qu'on reconnaît un insuffisant rénal, un emphysmateux, voir un rhumatisant? Est-il besoin de mots pour juger d'une bonne ou mauvaise mine ? Cependant si l'on doit aller jusqu'au bout d'une description on se surprend avoir dans un simple coup d'oeil collectionné une quantité impressionnante de détails. Rendre ces détails par des mots c'est viser à restituer l'exploit de ce simple coup d'oeil.

Et en apportant par le détail la description de Madame Haussmann je prétends seulement que ma perception aurait été celle de n'importe quel médecin et que les indices que je dis avoir recueillis auraient pu l'être aussi par n'importe qui.

Le seul pas que je franchis, mais j'ai avertis que je poursuivais ce but, c'est de ne pas disjoindre ce que ma perception visuelle a recueilli du discours qui m'est tenu sur Aurore. Malgré l'hétérogénéité extrême des catégories je n'hésite pas à recenser les éléments de ce recueil et je les mêle sans leur conférer d'indice particulier.

Madame Haussmann a donc traversé le cabinet, s'es assise et m'a dit ce qui l'amenait. Je ne peux pas voir Aurore. Elle est au fin fond d'un molleton rose où je la devine, enfouie, dans les bras de sa mère.

J'en suis donc là avec ces deux premières informations : Aurore vomit et la narration des visites aux autres confrères.

Jusque là, le Savoir médical ne m'a rien apporté. Mais comme je ne dispose pas d'un autre instrument, sauf cette plage d'ignorance dont j'ai parlé etsur laquelle j'ai en quelque sorte pris note de mes premières impressions. Je pose une question. Une question médicale, simple, très simple. Celle qu'aurait posée n'importe quel médecin. Je m'enquiers de la date d'apparition des premiers vomissements. Autrement dit, je ne fais qu'appliquer les règles classiques de tout abord médical de cette question.

Madame Haussmann dit qu'elle ne sait pas, qu'elle ne sait plus. Qu'elle ne se souvient plus exactement. Elle ne peut plus retrouver. Au 9e jour ? Non, peut-être était-ce le 7e jour, ou le 6e, à moins que ce ne soit le 5e jour.

Je pourrai m'étonner de ce flou. Car en principe les autres confrères ont eu à s'enquérir du même détail. Mais comme ce détail vise à savoir s'il y a eu ou non un "intervalle libre", il est possible que la question ait été formulée différemment. On a peut-être demandé si les vomissements sont apparus dès le premier biberon ou après quelques jours. Et la réponse a pu être "Après quelques jours", sans plus de précision.

En tous cas, elle hésite. Puis elle dit : **Ah**, mais oui ! Que je suis bête ! Bien sûr, c'est au 5e jour. Puisque c'est le jour où j'ai vu le psychiatre."

Entendant cela, j'enregistre la notion d'intervalle libre.

Mais je ne comprends pas pourquoi pour des vomissements d'un enfant on fait venir un psychiatre. Peut-être n'est-ce qu'un lapsus ? Alors, étonné, je répète : "Le psychiatre ?" - "Oui, le psychiatre."

Décidément ! Que peut venir faire un psychiatre auprès d'une accouchée de cinq jours ? C'est une question que je me pose et qui me gêne. En effet, deux solutions sont possibles. Soit on considère qu'il y avait quelque nécessité à ce recours ; et on peut, sans être spécialiste en psychiatrie décider que la multiplication des consultations pour Aurore, les mines de petite fille, les regards furtifs rentrent dans le cadre d'une anomalie précise et répertoriée. On devra alors se demander comment il se fait que cette jeune femme ait son enfant, qu'elle puisse aller et venir seule, sans personne pour l'accompagner etc ... Ou bien on suppose que le recours au psychiatre n'est qu'une variante de la démarche médicale qui assigne à ce secteur de la médecine ce qui ne peut pas trouver de correspondance bien définie dans le registre bien classifié du Savoir de référence. Si l'on suit ce raisonnement la multiplication des consultations serait un motif pour demander avis à un psychiatre. Mais ne serait-ce pas abusif ?

Comme j'ai un regard étonné, elle continue. Toujours avec force sourires, rires de gorge et mines diverses : "Il faut vous dire que je suis folle. Très folle. ' Très très folle même. Figurez-vous que lorsque Aurore est née, j'ai refus de la regarder."

En principe, et selon la discipline classique de la mise en correspondance du symptôme vomissement, cela lui est tout fait étranger. Mais cela est singulièrement en relation avec la manière dont cette mère joue du regard des autres et du sien. Encore un détail qui est étranger au registre du Savoir, mais qui peut S'inscrire dans-celui d'une clinique en train de se construire sur la plage que j'ai appele de l'ignorance. Examinons la cohérence de la voie qu'emprunte l'histoire par cet apport nouveau et inattendu. Elle est parfaite. Cette mère qui joue à provoquer le regard et qui cherche à voir, sans être vue, qu'on la regarde cette mère qui ne m'a pas encore montré son enfant, dit avoir refus de la regarder à la naissance. Les articulations entre ces différents éléments sont encore très floues. Mais elles ne sont pas impossibles à établir. L'enchaînement des faits n'a pas de caractère délirant. On ne sait pas, pour l'instant pourquoi elle a marqué ce refus, mais, compte tenu de la manière don les pièces du puzzle sont en train de se mettre en place, on peut avancer que, si quelqu'un peut explique ce refus et apporter les chaînons manquants à la lecture claire de toute cette histoire, c'est cette mère elle-même et personne d'autre.

Pour cela il faut qu'il lui soit signifié que nul ne sait pour elle, nul ne sait à sa place ce qu'elle, et elle seule, sait.

Nous retrouvons la vertu de la clinique à réinventer. Il n'y a d'antinomie avec le discours médical, que formelle. Adhérer intimement au discours médical, sans avoir avec lui de distance ou d'aisance, c'est se condamner à une bien moins grande efficacité. Opter pour cette souplesse c'est être encore plus médecin. Cela revient à dire : "Pour certaines choses, nombreuses et utiles, certes, moi, le médecin, je sais pour d'autres, je ne sais pas. Mais, si vous le voulez bien, nous pouvons, vous, mon interlocuteur, et moi votre médecin, le découvrir ensemble. Pour cela, je le dis, j'accepte de ne pas tout savoir, j'accepte même que vous puissiez m'en apprendre. Il faut que vous acceptiez aussi l'idée que vous-même vous savez, meme **si** vous ne savez pas que vous savez. Il est bien entendu que nos positions sont liées et que l'avènement de votre savoir ne peut se faire qu'après que j'aie fait mon deuil du Tout-Savoir." La négociation est délicate mais elle n'est pas impossible. D'autant qu'elle n'a pas à se traduire en mots, qu'elle implique un changement de l'état d'esprit du médecin. L'expérience démontrant que le patient, lui, a les plus grandes facilités à accéder à son savoir. Ce n'est qu'une simple question d'entraînement et d'habitude.

Revenons au matériel précis. Cette mère dit, en insistant, qu'elle est "très folle". Il tombe sous le sens que lorsque quelqu'un dit qu'il est fou, c'est précisément qu'il ne l'est pas, qu'il ne croit pas du tout l'être et qu'il ne s'attend pas ce que l'on acquiesce à son affirmation. Autrement dit, le propos de cette mère est à traduire ainsi : "Bien que je ne sois pas folle, je n'ai pas réussi à regarder mon enfant. Or cela m'a valu d'être traitée de folle puisqu'on a fait venir le psychiatre."

Comment faire à ce point ? Sans se démettre de la position médicale qui ne perd pas de vue le symptôme, et sans ignorer le contenu implicite de la déclaration de Madame Haussmann ? Il est certain qu'il n'y a pas d'autre choix que d'aller de l'avant. Je lui demande de me raconter tout cela.

Elle a donc refusé de regarder sa fille. C'est d'abord la sage-femme qui a réagi violemment : "Vous **n'avez** pas honte, lui a-t-elle dit, il faut regarder cette enfant. Vous l'avez voulue, vous l'avez faite. Imaginez ce que sera sa vie si vous vous entêtez dans cette conduite." Puis ce fut son mari, Fred, averti et appelé à la rescousse, qui l'a grondée, gentiment, mais en insistant : "Mais enfin, Désirée, ça ne va pas, tu n'es pas un peu folle, non, de te conduire ainsi. Regarde comme elle est jolie notre Aurore."

Pas plus de succès du côté du mari. Alors la grande soeur, celle qui est pourvue de nombreux enfants, qui, à Paris, sert de mère à la maman d'Aurore, la grande soeur est venue. Elle aussi l'a grondée, a essayé de la raisonner, en vain. La soeur s'adressa donc à la surveillante de la maternité, laquelle, avec sa poigne et son esprit de décision, voulut mettre, de force, Aurore sous les yeux de sa maman : "Elle allait et venait d'un côté et de l'autre du lit pour me mettre Aurore sous les yeux. Quand j'avais la tête à gauche elle venait à gauche. Alors je tournais ma tête à droite, elle passait à droite, et ainsi de suite."

Ne parvenant à rien, la surveillante avertit de ce problème le chef de service, lequel avertit le psychiatre. Celui-là même qui vient au chevet d'Aurore au 5^e jour.

"Pourquoi ne voulez-vous pas regarder votre enfant? demanda-t-il

"Je lui ai r"pondu : c'est pas que je veux pas, c'est que je ne peux pas. Alors, il m'a demandé **pourquoi je** ne pouvais pas. Je ne savais pas quoi lui répondre. J'étais prise de court, j'ai tourné la tête vers le berceau. Je n'ai vu que du vomi et je lui ai répondu ce qui m'est passé par la tête. Je lui ai dit c'est parce qu'elle vomit ! Alors, il m'a dit qu'on allait arranger ça, qu'on allait faire venir le pédiatre pour arrêter les vomissements."

Voilà que nous retrouvons les vomissements. La boucle semble bouclée. Après un bien long détour, par des chemins dont on avait constaté qu'ils se succédaient avec un à propos pertinent mais qu'ils semblaient s'éloigner justement de ce tout premier symptôme. Or non seulement ils ne s'en sont pas éloignés, mais de plus, ils nous y ramènent. Inutile de se précipiter sur un diagnostic étiologique. Déjà se met en place une information de toute première importance : la fonction dévolue au symptôme : "J'ai été prise de cour, j'ai dit ... c'est parce qu'elle vomit". Une allégation ostensible sans plus. Le symptôme vomissement en dit, incontestablement, bien plus qu'on en attend, bien plus qu'on ne croit. Il protège la mère. Il lui évite d'avoir à affronter un débat douloureux pourquoi ne peut-elle pas? Ce qui est de l'ordre d'une énigme inentamée. On comprend que les antispasmodiques seront inefficaces.

Il est par ailleurs évident que si je pose la même question que le psychiatre, j'obtiendrai la même réponse Je ne serai pas plus avancé. Or il serait regrettable d'en rester là. Puisque j'adhère à l'opinion que le symptôme va me dire bien plus que je ne crois. Or sans que cette maman n'ait à me le dire, je suis certain qu'elle raconte toute cette histoire pour la première fois et qu'elle a encore beaucoup à dire.

Je procède comme avec ce que j'avais cru être un lapsus quand il a été fait référence au psychiatre. Je dis : "Vous énoncez nettement les choses, ce n'est pas que vous ne vouliez pas regarder Aurore, vous ne le pouviez pas. Ce n'est pas pareil. Ça n'a rien voir. Et d'ailleurs est-ce vraiment si grave?"

'Alors que l'abord frontal du symptôme - l'impossibilité de regarder Aurore - par le psychiatre a conduit à une véritable sidération et à l'usage du vomissement comme alibi puis relais, mon abord latéral qui n'était pas censurant ni normatif m'a valu un véritable élan

"C'est chic ! C'est chic ce que vous me dites, Docteur. C'est vraiment chic ! Parce que moi, après tout ça je pensais n'avoir pas droit à mon enfant."

Traduit dans le comportement même, que j'ai décrit, de Madame Haussmann, l'intervention du psychiatre aurait équivalu à lui bloquer ses mouvements de tête quand elle joue avec les regards de son interlocuteur. Or bloquer ces mouvements de tête c'est bloquer une expression, c'est figer tout un langage. Mon intervention, elle, a équivalu à lui dire : "Soit, vous voulez constater que je vous regarde, en croyant pouvoir éviter que je m'en rende compte. Allez-Y. Si vous aimez ce jeu, ne vous gênez pas. Moi, il ne me dérange pas."

J'ai peine pris le temps de rassurer Madame Haussmann sur le doute qu'elle a exprimé. Elle poursuit son récit en racontant comment elle a fait cette enfant. Oh, en ce qui la concernait, elle n'en voulait pas. Elle n'en voulait pas parce que la vie est dure et les enfants sont souvent malheureux. Mais elle l'a concédée au dsir de Fred, son mari qui le lui demandait. Et aussi parce que sa propre mère lui avait recommandé de faire des enfants en ajoutant : "C'est ce qui empêche les maris d'être coureurs. Et je ne voulais pas que Fred aille courir les femmes." Il est vrai que sur les hommes coureurs elle en sait beaucoup. Sa mère, très jalouse, accusait constamment son père d'être coureur. C'était des scènes, sans cesse. Elle, elle en souffrait parce que sa mère l'envoyait espionner son père : "Et moi, moi je détestais aller regarder où il pouvait être, parce que je savais qu'ensuite je ne pourrais pas mentir à ma mère, lui cacher ce que j'avais vu et que a en ferait, des histoires. Je n'aimais pas du tout ça et puis ça ne me regardait pas". Déjà donc, ces jeux du regard qui s'offre et se dérobe.

Puis elle ajoute : "Quand ils se disputaient, ma mère venait me tirer du lit. Elle prenait ma place et me mettait avec mon père."

"Ca a duré longtemps tout ça ?" ai-je demandé.

"Jusqu' la mort de mon père. J'avais quatorze ans ."

Suit alors une plage de silence. Quelque chose s'est modifié dans l'allure de Madame Haussmann. Comme si ces évocations avaient tari ses rires de gorge. So visage est devenu sérieux, presque tendu. Et son regard droit, direct, ne fuyait plus.

C'est la vertu de ce genre de travail. Le locuteur en apprend autant, sinon plus, de ce qu'il raconte qu'il en apprend à l'auditeur. À condition précisément que l'auditeur reçoive ces apports sans préalable, sans hirarchisation, sans assignation de sens. Qu'il respecte méticuleusement l'organisation du discours jusque dans les détours les plus invraisemblables qu'il puisse prendre. Ainsi, au fil de la narration a-t-on retrouvé le vomissement. Puis nouveau on s'en est éloigné. On l'avait abandonné un instant pour un problème de regard. On l'a croisé à nouveau, on est reparti et on retrouve un autre problème de regard avec toujours la meme métaphore : regarder sans être vu, espionner, avoir à dire ce qu'on a vu... affronter le spectacle, se donner en spectacle... attirer le regard Et la voilà, là, qui hésite et qui abandonne ses jeux de regard. Je l'entends me dire :

"Je voudrais vous raconter quelque chose. Mais je ne le peux pas."

Retour du "je ne peux pas", différent du "je ne veux pas". Mieux, elle dit : "je veux et je ne peux, pas."

Elle ajoute : "J'ai peur que vous ne puissiez pa comprendre. C'est quelque chose de là-bas. Quelque chose des Antilles."

Encore une fois, elle m'aguiche. Elle veut savoir si je suis prêt à la suivre, mais en meme temps elle ne veut pas savoir que je vais la suivre. Toujours le même module de lecture en action en quelque sorte. Et à bien y réfléchir, cela diffère-t-il tant d'un vomissement ? Lequel est un rejet d'aliment absorbé qui réclame une nouvelle absorption pour recommencer encore et encore ... La "valse hésitation".

Elle finit par me raconter la suite.

" A la mort de mon père, je me suis sauvée dans la forêt. J'y suis restée deux jours et deux nuits. On m'a cherchée. On a mobilisés les gendarmes et les pompiers. Il fallait absolument me trouver. Oh, pas seulement pour me trouver, non ! - elle prend des airs mystérieux, baisse le ton de sa voix d'un cran, avance la tête et me regarde d'un air entendu et complice comme ravie par avance de l'effet qu'elle est assurée de produire. En quelque sorte, elle m'a déjà longuement testé : ses oeillades et son allure l'ont assurée de l'intérêt que j'aie pu porter à son esthétique comme à son histoire, et elle paraît sur le point d'aller plus loin, comme de se montrer nue: " C'est les fossoyeurs qui étaient embêtés. Ils ne parvenaient pas à fermer les yeux de mon pauvre père. Et chez nous, on ne peut pas enterrer un mort en lui laissant les yeux ouverts. Mon père, dès qu'on lui fermait les yeux, ils s'ouvraient de nouveau. On a appelé le sorcier du village. Lui non plus n'a pas réussi. Il a déclaré qu'il n'y avait que moi qui pouvais fermer les yeux de mon père. Ils ont fini par me trouver. Ils m'ont raconté tout ça et, par force, ils m'ont conduite dans la chambre. Moi, je me débattais, je ne voulais pas regarder mon père mort. Je refusais de le regarder. Alors, par force, ils m'ont pris la main pendant que je criais et je me débattais et ils m'ont fait fermer les yeux. Et les yeux, ils sont restés fermés."

Comment s'aventurer dans cette plage d'ignorance que nous avons notre porte, sans indice de reconnaissance de ce qui est en jeu. Ainsi avais-je posé le débat avant l'exposé de ce cas. Meticuleusement je l'ai narré. Et je suis certain que chacun a suivi les propriétés sans plus d'étonnement que de lassitude. Or on ne peut qu'être frappé par la proximité des thématiques abordées au début et la fin de cette histoire. Cette mère refuse de regarder l'enfant qu'elle a mis au monde. Elle déroule son récit et on constate qu'à l'adolescence elle a refusé de regarder son père mort, lequel, dit-elle, avait gardé les yeux ouverts jusqu'à ce que, elle, les lui ferme. Et tout cela tissait un drame qui cherchait à s'exprimer, se dire ? À qui ? Comment ? Par quelle voie ? Sans doute cela était-il déjà bien avant la conception d'Aurore. Mais dans l'impasse. Aurore arrive. Et comme toujours, un enfant, c'est une chance, c'est la chance de reprise d'une histoire toujours tordue. Et le premier symptôme qui s'offre c'est l'enfant, c'est Aurore bien entendu. Le problème du regard précipite sur cet objet d'amour nouveau. Elle le dit, elle ne prend aucun détour, elle le dit tout de suite et sans erreur elle ne peut pas. Elle ne peut pas regarder son enfant. À ce moment-là, si l'on n'avait pas cherché, de manière coercitive et normative la faire rentrer dans le rang, réduire son symptôme personnel ("il faut qu'une mère regarde son enfant", impératif répété par toutes les instances familiales et professionnelles), elle aurait pu remonter cette histoire exactement comme elle l'a fait. Réduite au silence elle n'a pas d'autre choix que de prendre Aurore pour relais, le corps d'Aurore. Le symptôme d'Aurore lui servira d'amplificateur, de porte-voix. Le premier vomissement peut très bien s'être produit sans la moindre raison, être sans importance et

sans lendemain. Nous sommes bien placés, pédiatres, pour le savoir.
Mais ce vomissement survient au moment où le psychiatre pose la
question

"Pourquoi". Elle raconte elle-même qu'elle est prise de court, qu'elle ne sait pourquoi répondre et elle désigne ce qui précisément lui tombe sous l'oeil, ce que son regard a glané et qu'elle va prendre pour motif... Dès lors ce vomissement-relais ne peut qu'être entretenu. Entretenu par toutes sortes de moyens totalement involontaires et inconscients. Nous savons, encore une fois, nous pédiatres, qu'il suffit de remuer un peu trop un enfant pour qu'il vomisse. Nous pouvons imaginer toutes sortes de causes la production de ce symptôme sans doute anodin.,

L'abord du symptôme vomissement a résisté aux antispasmodiques. Et ce symptôme hautement médical nous a menés bien plus loin qu'on ne l'aurait cru. Il n'a pas résisté à la mise en place de ce sur quoi, en tant que symptôme, il a débouché. Les antispasmodiques ont été arrêtés, ils n'avaient plus de raison d'être administrés. Les gestes de la mère d'Aurore libérés par le travail de parole se sont sans doute dilués, ont perdu de leur charge d'angoisse et la brusquerie que cette charge pouvait provoquer.

Cela je le savais dès la fin du récit. Et je n'ai pas tonné quand, demandant procéder à l'examen, je me suis entendu interpellé par Madame Haussmann qui me regardait de loin devant le corps nu de son enfant : "-N'est-ce pas qu'elle est jolie, ma fille, Docteur !

Jolie ? Autrement dit, regardable. Tout comme est jolie et donc regardable cette jeune maman.

Des faisceaux de signes se répondent, somme toute s'entrecroisent et s'organisent en confrontant l'ensemble un sens strictement singulier. Un sens que seul le discours de la mère peut soutenir et

mettre jour. Un sens qui fait l'effet d'un filet qui enferme Aurore et sa mère et dont les mailles s'cartent et se défont au fil du récit produit.

Jamais une démarche calquée sur l'abord médical strict n'aurait pu parvenir ce résultat. Et pourtant

cette démarche est minemment médicale dans son essence. Soucieuse de la plus extrême rigueur, elle ne cesse de poursuivre cette rigueur en collectant le plus d'indices possibles en n'en négligeant aucun aussi futile qu'il est ou paraître. Fidèle d'un bout à l'autre de l'enseignement clinique, au message de la clinique, aux exigences de la clinique. Sans jamais la trahir malgré la liberté qu'elle a pu prendre avec le corpus figé et fini d'un Savoir dont il est temps de dire qu'il n'est pas total et qu'il ne doit jamais être totalitaire.

Jamais une démarche calquée sur l'abord médical strict du symptôme n'aurait pu parvenir à ce résultat. Je me répte. Pour poser une autre question. L'écueil aurait-il été dommageable ?
Certainement.

Car il est bien entendu que les vomissements d'Aurore auraient été ou tard fini par cesser. Tout comme il est bien entendu que sa mère aurait fini par accepter de la regarder et même de la regarder avec un certain

plaisir. Mais cela se serait-il fait sans

trace ? Rien n'est moins sûr. L'expérience tire des récits régressifs recueillis aussi bien en psychanalyse d'enfants qu'en psychanalyse d'adultes montre comment des enchaînements se produisent exactement sur le mode qui a été démonté, à savoir : des vomissements succèdent à l'impossibilité de regarder. Des relais ultérieurs se seraient trouvés, produisant d'autres symptômes et ainsi de suite. Avec, bien entendu, chaque tentative de résolution d'un symptôme le surgissement du symptôme précédent. Il tombe sous le sens que ce fut très coûteux pour Aurore que son symptôme disparaisse 25 jours plutôt que de donner lieu à l'éclosion de phénomènes

en cascade.

Peut-être, maintenant, une question toute, comme une ultime résistance, va revenir au premier plan. Comment cela est-il possible ? Comment l'abord du registre mis en évidence peut-il être la porte d'une démarche médicale ?

Il y a répondu tout au long de **l'expos** du cas. D'une manière certes effilochée, mais toujours précise. Chaque avance a fait l'objet d'une mise au point minimale mais suffisante. Et nous, médecins, surtout médecins d'enfants, sommes accoutumés à effectuer la synthèse d'informations parcellaires mais complémentaires, fugaces mais fondamentales. Notre fraîcheur précisément, notre relation à l'enfant que nous soignons, notre relation à ce qui reste d'enfant en nous fondent les exploits de notre clinique. Quand nous regardons la gorge d'un bébé qui se débat, un regard bref nous suffit à recueillir la couleur des amygdales, la présence d'un enduit pulvérulent, le gonflement d'une luette, l'état des gencives ou la présence d'une première dent en poussée. Très vite nous lâchons la pression de l'abaisse-langue pour ne pas faire souffrir plus longtemps et inutilement notre patient. Puis, si quelque autre information nous manque, nous recommandons, en un geste bref, rapide, léger et précis. Nous avons alors un nouveau recueil. N'en est-il pas de même de l'appréciation de l'état d'un tympan ou de la manière de palper la paroi abdominale d'un nouveau-né ? Nous sommes constamment contraints au recueil parcellaire rituel. Nous passons notre temps à côtoyer la violence toute d'une pièce de l'enfant, sa rétivité. Nous négocions avec lui, en usant de douceur, mais aussi de détermination. Nous savons louvoyer, laisser un temps s'écouler et recommencer sans plus d'impatience que d'irritation. Ce n'est qu'au terme de multiples manœuvres, au bout d'un certain temps, que nous parvenons à produire une synthèse de ce que nos yeux, nos doigts ou nos oreilles ont

recueilli. La rmanence des parcelles d'information finit par @tre
intgre et produire un tout.

Eh bien, nous disposons de la meilleure cole, de la meilleure
gymnastique, de la meilleure discipline et du meilleur outil pour
aborder le discours et

le récit des patients. Ce qu'il a nous apprendre et - apprendre au patient lui-même ne se déroule pas d'une autre façon. L'information est toujours parcellaire, toujours empilée lacunaire, parfois fantaisiste. Elle a toujours une raison d'être.

C'est la raison pour laquelle, aussi, j'ai tenu à donner cet récit l'organisation qu'on y aura remarqué. Je l'ai voulu ainsi construit. J'ai voulu en faire quelque chose de vivant et d'illustratif, quelque chose aussi de pédagogique. La mesure de la fraîcheur laquelle j'ai fait appel d'emblée. Je l'ai volontairement maillé de ce qui m'a, moi-même, enseigné et dont j'ai voulu faire un enseignement progressif. Qu'on le reprenne, qu'on s'y réfère, qu'on le relise. On pourra suivre pas à pas le trac du cheminement de cette jeune mère et constater l'extrême rigueur des articulations entre les éléments. Chaque séquence, éléments qui s'emboîtent et s'agencent avec bonheur.

N'importe quel médecin, sans formation précise ou spécifique aurait pu occuper ma place. Je n'ai rien interprété, rien dénaturé, rien reconstruit et peut-être même... rien compris ! N'importe quel médecin, dis-je,

mais une condition fondamentale, celle-ci : il lui faut accepter de supporter une part d'ignorance. Accepter de ne pas comprendre, voire de ne rien comprendre pendant longtemps. Ce qui, soit dit en passant, n'exclut pas l'espoir de comprendre. Le discours du patient lui-même, ne peut prendre place que sur la plage disponible qu'est cette ignorance. S'il rencontre quelque endroite une assignation précise, la réduction incessante des équivalences, l'interprétation de ce qu'il met, il ne pourra pas poursuivre son effort. Il aura raison. Car n'est-ce pas, là, la condition première de respecter : sa liberté.