


LE « MÉDECIN-MÉDICAMENT » SA PUISSANCE OU SA TOXICITÉ : EFFETS PLACEBO ET NOCEBO

L. CASSIERS¹

Mots-clefs : placebo contrôle vulnérabilité impuissance



RÉSUMÉ

Les études montrent que l'effet placebo se déclenche en fonction du sentiment de maîtrise que le patient croit retrouver sur sa maladie et son destin. Ceci tient à la structure réflexive du psychisme humain, qui fait de l'automaîtrise une qualité essentielle du sujet et un des fondements de son sentiment d'identité et de valeur.

Or l'activité sexuelle rencontre un double manque de maîtrise : le désir ne se déclenche pas volontairement, mais à travers des fantasmes toujours plus ou moins éloignés de la réalité, et sa réalisation dépend du consentement d'une partenaire dont les fantasmes personnels doivent s'accorder avec celui de l'homme.

Le médecin appelé à soigner une dysfonction sexuelle devra être très attentif à ces dimensions de manque de maîtrise qui angoissent le sujet. Évitant de prétendre détenir la maîtrise et le bon modèle de la sexualité, il créera un climat d'accueil sans jugement, de bienveillance et de confiance dans les capacités du patient.

SUMMARY

The studies show that the placebo effect depends on the feeling of mastery which the patient believes to find on his disease and on his fate. This comes from the reflexive structure of the human psyche which makes of the automastery an essential quality of the subject and one of the foundations of its identity and its value.

The sexual activity meets a double lack of mastery : the sexual desire is not voluntarily controlled, but through fantasies always more or less far from the reality, and its realization depends on the assent of a partner whose personal fantasies should sufficiently agree with those of the man.

The doctor who has to cure a sexual dysfunction should be very attentive to these dimensions of lack of mastery which frighten the subject. Avoiding to claim that he detains the mastery and the good model of sexuality, he will create, without any judgment, a relation of benevolence and of confidence in the capacities of this patient.

INTRODUCTION

Au départ, le Professeur R. Opsomer avait souhaité que je vous présente l'hypothèse que j'ai élaborée il y a quelques années sur le fonctionnement de l'effet placebo (1). A la réflexion, il est apparu plus intéressant de vous proposer, à la lumière de cette hypothèse, quelques réflexions sur le rôle relationnel du médecin dans le traitement des dysfonctions sexuelles masculines. Le concept de placebo s'applique donc ici aux effets que les attitudes prises par le médecin peuvent avoir sur la thérapeutique de ces troubles.

¹ Professeur émérite de Psychiatrie U.C.L.

L'EFFET PLACEBO

DESCRIPTION

Bien connu en médecine comme test scientifique *a contrario* de l'efficacité des médications prescrites, le concept de placebo ne s'applique pas seulement aux produits neutres (saccharose, farine, etc.) administrés sous couleur de produits actifs. Les études démontrent largement (2) que tous les éléments d'un contexte de soins peuvent manifester un effet placebo : couleur, taille et forme du médicament, contexte privé ou hospitalier, blouse blanche ou tenue civile du médecin, et, au premier chef, style relationnel adopté par le médecin et les soignants. Le placebo se pose ainsi comme un défi à la rationalité scientifique objective sur laquelle se base tout médecin pour assurer son efficacité de soignant. Il nous montre que des éléments culturels et psychologiques, symboliques comme le dit Brody (3) interfèrent de manière silencieuse mais indéniable tantôt comme adjuvants, tantôt comme obstacles à son efficacité thérapeutique.

Sans entrer dans le détail, je crois utile de rappeler ici quelques éléments bien démontrés de l'effet placebo, qui serviront à notre réflexion :

- par causalité ou effet symbolique, on veut dire que c'est la signification subjective que le patient attache à certains éléments du contexte thérapeutique qui joue ici. Par exemple, si un patient associe la couleur ou le goût d'un placebo à l'expérience, même ancienne dans sa vie, d'avoir été soulagé d'une souffrance par un médicament de couleur ou de goût similaire, ce placebo offre de bonnes chances de se montrer efficace contre une douleur actuelle. La plus simple observation nous montre que nous fonctionnons tous, dans nos attentes, répulsions, sympathies et aversions spontanées, de cette manière analogique, que nos souvenirs-source soient conscients ou inconscients, oubliés. Souvent ces analogies entre la situation ancienne et la situation présente sont beaucoup plus complexes que la simplicité de l'exemple proposé ;
- le placebo fait ainsi appel aux structures normales du psychisme humain. Il n'est pas le signe d'une personnalité faible, peu instruite, peu critique, sottement influençable. Les études montrent d'ailleurs que les médecins et les infirmières sont en général de très bons placebo-répondeurs (4) ;
- le placebo n'agit pas par illusion ou imagination : il déclenche des effets physiologiques

mesurables. Ainsi, un placebo antalgique provoque chez le répondeur une sécrétion d'endorphine (5,6). Il est évidemment assez mystérieux de constater que des associations d'idées, de nature symbolique, puissent avoir des effets somatiques précis. Je n'entrerai pas ici dans les hypothèses très complexes qui permettent d'éclairer cette question.

MÉCANISME PSYCHOLOGIQUE

Parce que l'effet placebo repose sur des associations de souvenirs conscients et inconscients propres à la vie de chaque sujet, il n'y a pas moyen de décrire une personnalité-type de bon placebo-répondeur. Pas plus d'ailleurs qu'il n'y a moyen, pour les mêmes raisons, de décrire la personnalité-type du médecin bon placebo-déclencheur.

Les études les plus sérieuses et les plus nuancées aboutissent toutefois à l'idée que l'effet placebo est lié à ce que, de manière très générale, la situation qui déclenche l'effet placebo a pour le patient la signification qu'elle lui permet de retrouver le sentiment qu'il comprend et contrôle son destin. Affecté d'une souffrance ou d'une maladie qu'il ne maîtrise pas, le patient vit un sentiment angoissant d'impuissance. Tout élément qui lui restitue le sentiment de contrôle jouera comme placebo. On le voit facilement, par exemple, au fait que les patients qui, en postopératoire, disposent d'une pompe à analgésiques qu'ils contrôlent consomment beaucoup moins que ceux qui doivent demander leur analgésique à l'infirmière. Ceci nous amène au coeur de notre sujet de ce jour.

LE SENTIMENT DE MAÎTRISE DE SON DESTIN

LA CONSCIENCE RÉFLEXIVE ET LE SENTIMENT DE MAÎTRISE

Les psychologues et les psychiatres s'intéressent rarement à la conscience réflexive. Ayant à traiter, donc à prévoir, ils se consacrent plutôt à comprendre nos déterminismes inconscients de divers ordres. La conscience réflexive, par contre, est le siège de notre liberté, donc de l'imprévisible. Je crois cependant important de parler de cet aspect du psychisme humain pour mieux comprendre notre relation à nos malades.

La conscience réflexive est la structure psychique par laquelle nous sommes en relation avec

nous-mêmes. Elle est le mécanisme psychique par lequel nous nous parlons à nous-mêmes : «Je me dis que...» Bien plus, nous nous parlons souvent à nous-mêmes de nous-mêmes, nous prenant comme l'objet de nos pensées et de nos sentiments. La relation de soi à soi est toujours aussi un jugement, une évaluation très chargée affectivement : j'aime tel aspect de moi-même mais pas tel autre, je suis parfois fier, mais parfois honteux de moi-même, j'approuve certaines de mes conduites mais en désapprouve d'autres. Le principal dénominateur commun de ces relations à moi-même est que j'ai le droit, le devoir et la responsabilité de mes décisions et conduites. Je suis maître de ma vie, et je dois rendre compte de cette responsabilité à moi-même et aux autres. Cette capacité de maîtrise de ma vie, de mon destin, est fortement liée à la valeur que je m'accorde et que je demande aux autres de me reconnaître. Le désir premier qui anime ainsi notre conscience réflexive est celui de notre automaîtrise.

Tout médecin devrait être sensible à cette question d'auto-maîtrise. En effet, le patient obligé de consulter un médecin plus compétent que lui sur le fonctionnement de son corps doit céder à ce médecin une part de sa maîtrise sur son propre destin. Pour *se* guérir, il doit accepter d'être dirigé par un autre. Toute consultation médicale implique non seulement une position d'infériorité du patient envers le médecin, mais une reconnaissance de sa propre impuissance à gérer cette part de sa vie. Qu'on le veuille ou non, tout patient ressent une certaine humiliation, une perte narcissique, à devoir consulter. Le bon médecin est celui qui, tout en maintenant sa compétence qui justifie le recours de l'autre à son conseil, réussit par ailleurs à atténuer ce sentiment d'humiliation chez le patient en le valorisant. Molière l'avait particulièrement bien compris, qui termine ironiquement «Le Malade Imaginaire» en le consacrant médecin à son tour !

LA CONSULTATION POUR TROUBLES SEXUELS

LA VULNÉRABILITÉ SEXUELLE

Si tout patient se trouve en risque d'éprouver devant son médecin un sentiment d'infériorité et l'humiliation d'une certaine perte de sa maîtrise, ces dimensions relationnelles prennent une ampleur particulière dans la consultation pour dysfonction sexuelle. Il nous faut détailler ceci.

Dans nos relations courantes, nous assurons volontiers la reconnaissance de notre identité et

de notre valeur sur des éléments relativement superficiels, que nous maîtrisons sans trop de difficultés : notre position sociale, notre compétence intellectuelle, artistique, sportive ou autre, notre argent parfois, voire la marque de notre voiture, etc.

Dans la relation sexuelle, au pied du lit, ces éléments sont de peu de secours. C'est une dimension bien plus fondamentale de l'identité qui se trouve interrogée, l'identité sexuelle de la personne : être un homme puisque disposant d'un corps masculin, et cependant ne l'être pas, ou pas tout à fait, si l'exercice de la virilité fonctionne mal. La dysfonction sexuelle fait tomber le sujet dans une sorte de vide identitaire, ni vraiment homme ni évidemment femme, vide qui suscite l'angoisse de ne plus savoir représenter ni maîtriser son propre être. Les idées de suicide fréquemment liées à ces situations le montrent bien. Bien entendu, la valeur réelle d'un homme ne se réduit pas à sa puissance sexuelle, pas plus que celle d'une femme à sa capacité de maternité. Il faut toutefois un long travail de maturation interne pour se détacher de ces fantasmes premiers, comme le montre bien toute l'histoire humaine. Nul ne peut prétendre y être totalement parvenu.

Cette liaison psychologique de l'identité, de la maîtrise et, à la limite, de l'être avec la fonction sexuelle a ceci de paradoxal que l'activité sexuelle est précisément le lieu d'une double vulnérabilité, venant de soi et venant de l'autre, de la partenaire.

L'homme ne commande pas volontairement son désir sexuel. Bien sûr, dans une certaine mesure il peut le susciter en activant ses fantasmes, voire en essayant de les soutenir au moyen de divers objets ou images. Toutefois, les fantasmes sont imaginaires et la réalité des rapports sexuels ne leur correspond jamais très bien, comme chacun peut en avoir l'expérience. Les fantasmes appelés à la rescousse pour susciter le désir n'offrent qu'une maîtrise volontaire aléatoire sur l'apparition de ce désir et sa concrétisation en érection.

En outre, seconde vulnérabilité de la situation sexuelle, la réalisation d'un rapport demande le consentement de la partenaire. Celle-ci, bien qu'elle apparaisse comme la cause du désir masculin, reste en droit d'acquiescer ou non à le satisfaire. Même consentante, elle n'est pas habitée par les mêmes fantasmes que son partenaire et n'y répond donc qu'imparfaitement.

Cette double fragilité de la maîtrise, très spécifique à la situation sexuelle, est une source d'angoisse latente et devra être surmontée selon des stratégies propres à chaque couple. Même si la complicité, la bienveillance et la tendresse suscitées par l'attrait amoureux réciproque effacent idéalement l'inquiétude de la perte de maîtrise, ces dispositions ne sont pas toujours présentes et n'y suffisent pas toujours.

LA RELATION DU MÉDECIN AU PATIENT DYSFONCTIONNEL

Les deux points principaux à retenir des réflexions qui précèdent sont le caractère extrêmement personnel des éléments psychologiques qui jouent dans l'apparition du désir sexuel et dans sa réalisation, d'une part, et le fait que l'un et l'autre demandent au sujet de gérer une situation qui échappe en large partie à sa maîtrise volontaire, d'autre part.

L'éveil du désir et la réalisation d'une érection satisfaisante dépendent de facteurs somatiques que nous connaissons progressivement mieux. Il est évidemment indispensable que le médecin en diagnostique les éventuelles carences et les corrige. Il convient de se sortir ici absolument des polémiques qui veulent réduire l'activité sexuelle tantôt à ses seules conditions physiques, tantôt aux seuls éléments psychologiques. Les médicaments sont le plus souvent nécessaires, à la fois pour leur action physiologique, mais en même temps, le plus souvent, pour leur effet psychique. Cela est particulièrement évident des facilitateurs de l'érection qui, par leur action physiologique, restaurent la confiance du sujet en sa propre maîtrise sur son corps et diminuent son angoisse d'un échec, particulièrement pernicieuse dans les dysfonctions érectiles.

La prescription n'exclut donc en rien la relation de parole, ni inversement. Dans ce domaine, le caractère très individuel de l'imaginaire sexuel de chacun nous interdit de croire qu'il existe un modèle unique ou idéal de la relation sexuelle. En particulier, il est nuisible d'imaginer que le médecin aurait à conseiller certaines procédures sexuelles comme meilleures que d'autres, au nom de sa compétence. Les médecins et les sexologues n'exercent pas une sexualité mieux réussie, dans leur vie personnelle, que tout un chacun, il faut se le rappeler. Ils ne peuvent donc prétendre se donner en modèles. Par contre, il est important que le patient trouve chez son interlocuteur un calme, un accueil, une bienveillance sans jugement qui lui permette de parler son imaginaire,

de ses fantasmes et de son expérience propres. Les dire dans un climat favorable aura souvent pour effet de lui permettre d'en atténuer les inquiétudes et les blocages qu'il y rencontre parfois, et d'y retrouver le sentiment d'une certaine maîtrise.

La règle de ne pas juger peut soulever une question éthique dans certains cas. Chacun, y compris le médecin, a son éthique de la sexualité. Dans le monde pluraliste que nous connaissons, les seules règles qui valent pour tous sont le devoir de respecter le consentement de la partenaire et l'interdit de la pédophilie. Les autres normes que se donnent les uns et les autres doivent évidemment être respectées par le thérapeute.

Quant à la fonction placebo du médecin, il est impossible d'en donner des règles précises. Le premier « placebo » d'une relation sexuelle réussie est en général la partenaire. Non seulement il convient d'éviter de la juger, mais souvent sa participation à quelques entretiens de couple se révélera bénéfique. Il faudra donc en acquérir l'expérience, qui n'est pas donnée de soi. Quant au reste, on ne peut proposer que quelques indications très générales d'ailleurs connues. L'ironie, la banalisation a priori, la fausse allure blasée de celui qui saurait tout sur le sexe, l'illusion que sa propre sexualité pourrait servir de modèle aux autres cachent mal un malaise de fond que ressentira le patient, et fonctionnent ainsi le plus souvent à contre courant, comme des nocebos. À l'inverse, la sérénité du médecin, la sympathie, la bienveillance et la confiance qu'il éprouve envers son patient, favorisent l'effet placebo, comme on le sait. La difficulté est que ces sentiments doivent être réels, et non faussement mimés pour passer dans le dialogue et être ressentis par le patient.

C'est aussi pourquoi, si cet exposé n'aura guère apporté de nouveauté, je le crains, peut-être est-il utile par le rappel qu'il offre que nous avons toujours un travail psychologique personnel à reprendre sur nous-mêmes pour améliorer notre qualité thérapeutique.



RÉFÉRENCES

1. Cassiers L. Réflexions épistémologiques sur le Placebo. In : *Bulletin et mémoires de l'Académie Royale de Médecine de Belgique* vol 147, 1992, pp 192-208
2. Ross Sh. & Buckalew LW. In : *Placebo White & al. Edt. The Guilford press London 1985* pp. 67-82.
3. Brody H. *Placebo and the philosophy of Medicine* The Univ. Of Chicago Press, 42, 1980, 164 pp.
4. Buckalew L.W, Starr BJ. *Non specific factors in drug effects : Placebo personality* Psychological reports 48:3, 1981.

5. Levine JD, Gordon NC, Fields H.L. *The mechanism of Placebo Analgesia* The Lancet sept 23, 198, pp. 654-657.
6. Grevert P, Albert LH, Goldstein A. *Partial antagonism of placebo analgesia by Naloxone* Pain Elsevier, 16, 1983, pp. 129-143.