

## Kairos et après-coup : des vertus du malentendu

Ce travail se propose de formuler deux commentaires critiques sur les apports de la phénoménologie à la clinique psychiatrique. Ce sont des commentaires, c'est-à-dire qu'il n s'agit pas ici de critiques fondamentales du projet phénoménologique dans le domaine clinique, pour autant qu'il soit possible de repérer quelque chose comme un tel projet. La phénoménologie pourra sans grand problème s'en accommoder. Ce sont donc des commentaires, des suggestions, mais ils sont tout de même critiques, peut-être quelque chose comme des bémols. Le premier concerne la temporalité en clinique, à partir des notions de « synthèse passive » et de « temps vécu ». Le second vise la question de la rencontre clinique comme surgissement, comme moment précieux à saisir, on pourrait aussi dire comme « Kairos », toujours de ce point de vue de la temporalité. Ces deux commentaires veulent souligner l'importance de l'écart, du malentendu, des erreurs et maladresses qui tissent en permanence nos existences, qui se jouent dans la relation thérapeutique et en sont même la condition de possibilité : autant d'actes manqués, dirait peut-être Freud, qui réussissent en ce qu'ils sont la substance du transfert. L'objet de la critique ici, c'est une idée de la clinique comme une sorte de grâce ineffable ; en contraste, la proposition est plutôt de l'envisager comme une tâche imparfaite, imprécise, un bricolage sur le vif qui relève du rattrapage, comme on se « rattrape » avant de tomber, une tâche toujours à reprendre plutôt que la grâce d'un moment parfait.

Donc, comme premier temps, justement, de l'argument, la question de la temporalité en clinique. Il n'est pas question de prétendre analyser tout ce que la phénoménologie a pu déployer d'intelligence sur la question du temps, mais seulement d'en souligner une tendance, au risque d'être un peu caricatural. La phénoménologie, donc, dans son approche de la temporalité, a tendance à la situer comme un aspect de l'expérience sur lequel le sujet conscient n'a guère de prise : il « compte avec » la temporalité, mais la temporalisation est d'abord une synthèse *passive*, une *condition* antéprédicative à la possibilité de toute expérience. Si la synthèse est opérée par quelque chose comme une « conscience », il s'agit d'une conscience en tant qu'elle rend possible l'expérience – la synthèse elle-même est tout de même passive. Le temps vient ici structurer l'expérience davantage qu'il n'y participe, il n'est pas un « contenu », un objet pour la conscience. Mais d'autre part on peut trouver une attention portée à l'expérience du temps lui-même, notamment chez Minkowski lorsqu'il parle du « temps vécu ». Le temps vécu est surtout le « flux

du devenir », dans lequel le sujet est passivement pris – mais Minkowski laisse une place à un degré d'activité du sujet, qu'il appelle « l'élan personnel ». L'élan personnel ouvre l'avenir par les projets, les œuvres, qui s'intègrent dans un second temps dans le devenir. Le temps n'est ainsi pas seulement subi, il est travaillé par l'homme et se déploie selon diverses modalités. Minkowski propose quelque chose comme une tension dialectique entre un abandon au devenir ambiant, dans lequel le sujet est en quelque sorte parfaitement en harmonie avec le monde, et l'élan personnel, une action sur le monde, qui implique un arrachement à cette harmonie. Il rapproche cette dialectique de celle du « syntone » et du « schizoïde ». Néanmoins, il semblerait excessif de parler d'une *action* du sujet sur le temps vécu. Le registre paraît plutôt celui d'une sorte de disposition existentielle, vers l'action ou la passivité, qui module le temps vécu. Et le temps vécu est surtout abordé par Minkowski comme une façon de saisir le temps dans ces aspects structurants, existentiels, dispositionnels, davantage que comme l'objet d'une expérience, encore moins comme un objet pratique.

Voilà pour ces quelques remarques sur la temporalité selon la phénoménologie. Pour montrer ce qui me paraît poser problème ici, je vais à présent m'appuyer sur les propos d'un chirurgien, recueillis au cours d'une exploration empirique de la nature de la pratique clinique. Ce que ce collègue raconte paraît suggérer que la temporalité a d'autres aspects, et notamment un aspect pratique.

Il parle des « modes » qui caractérisent les interventions chirurgicales. Le « mode un », c'est un peu la routine, les choses se déroulent tranquillement, il veille à distance sur son collègue en formation qui a la permission de faire quelques erreurs mineures, ils ont le temps de perdre du temps, le temps s'écoule, « time flows ».

Le « mode deux », c'est l'opération délicate, technique, où l'erreur peut avoir des conséquences dramatiques. Ici le progrès se fait pas à pas, un pas, stop, une question, « dissect, yes or no ? – yes, dissect », un pas, stop, « dissect, yes or no ? », etc. Et puis il y a une histoire qu'il raconte, qui nous permet d'entrer dans ces modalités, et dans le mode trois de la catastrophe chirurgicale.

C'est l'histoire d'une opération par laparoscopie, une splénectomie : ablation de la rate, chez une jeune fille de 13 ans qui avait une malformation assez rare à l'origine de torsions répétitives de la rate, provoquant des épisodes douloureux aigus, pendant des années, dont la cause échappait aux

médecins. Sous l'effet de ces torsions, la rate a progressivement grandi jusqu'à devenir énorme, et le hile, les vaisseaux qui la nourrissent, est lui aussi devenu énorme. La laparoscopie a mal tourné, parce que les sutures posées sur les vaisseaux ont lâché, vers la toute fin de l'intervention, qui a dû être convertie, en un « U-turn » catastrophique, en laparotomie, ouverture de l'abdomen, opération à ciel ouvert. Il raconte ce cas comme un cas qui l'a marqué, où il a péché par orgueil : rétrospectivement, il n'aurait pas dû l'aborder par laparoscopie, surtout pas sans avoir sollicité préalablement une intervention radiologique pour réduire la vascularisation de la rate. Il a renoncé à cette intervention parce qu'elle implique une journée de plus à l'hôpital, et 24 heures de douleurs provoquées par l'ischémie de la rate. Il a péché par excès de confiance, qui a duré pendant les premières heures de l'intervention laparoscopique, la patiente dissection de cet énorme hile. Ça saignote, mais c'est presque fini, le chirurgien et ses assistants sont concentrés, ils tentent diverses manœuvres, ils ont presque fini, c'est difficile de renoncer, ils s'obstinent, et soudain, tout bascule, l'hémorragie s'aggrave, les tensions baissent, elle risque de mourir sur la table, et tout change, c'est un « reset in your brain ». Ils doivent ouvrir l'abdomen, une troupe d'anesthésistes s'est précipitée dans la salle, ils annoncent qu'ils sont incapables de contrôler la tension artérielle, et lui qui pense, « je sais, je sais que c'est en train d'arriver, mais je n'y peux rien, je dois l'ouvrir, et ça va prendre quelques minutes. Au stress des anesthésistes s'ajoute celui de l'équipe infirmière, quand les infirmières sentent qu'elles vont perdre un patient, me dit-il, elles veulent quitter la salle, qui devient soudain un lieu très inconfortable. Lui et ses assistants sont en « lifesaving mode » : « Qui ouvre l'abdomen ? » « Qui packe l'abdomen ? » « Qui compresse l'abdomen ? ».

Plus tard, je reviens sur ce « lifesaving mode », ce « mode three », et ici je rapporte le détail de nos échanges<sup>i</sup>:

I: Alors, comment est ce « mode trois »?

R: Oui, alors le mode trois, ce mode de vraiment, vie ou mort, je dirais, le mot spécifique que je pourrais employer pour ça, honnêtement, est « terrifiant » - c'est le meilleur moyen de le décrire. C'est terrifiant vraiment parce que, vous savez, vous êtes en train, presque de regarder la mort en face, et c'est une lutte pour la vie, alors certains de vos gestes viennent d'une intuition que c'est la bonne chose à faire ; certains gestes viennent de l'expérience

que « j'ai déjà fait ça avant – j'ai déjà eu un patient qui saigne de la rate ou qui saigne d'un gros vaisseau. »

I: Est- ce que vous avez un exemple, dans ce cas, d'un geste « intuitif »? pendant cette séquence ?

R: Oui, je peux vous dire exactement, en fait, avec cette fille. Donc, normalement, ce qu'on fait c'est qu'on ouvre le ventre, on packe tout, vous savez, **et on maintient juste la pression, okay, et on laisse l'anesthésiste un peu récupérer, et après on commence à chercher la fuite** [« the bleeder »]. Dans ce cas, elle était aussi un peu en surpoids, donc il y avait beaucoup de tissu gras à l'intérieur, sur le hile de la rate – ce n'était pas des jolis vaisseaux sanguins, vous savez. Donc, là, on commence comme ça parce qu'il y avait tellement de sang, tu ne vas rien pouvoir faire, donc on doit essayer d'aspirer et éponger ce sang mais, **à ce moment-là, c'était une manœuvre à très court terme**. En d'autres termes, normalement on packe ; **on peut laisser les packs même pour dix, quinze minutes**, et en fait c'est ce que les fellows [collègues en formation chirurgicale avancée] voulaient faire – un peu traiter ça comme un trauma – mais j'ai réalisé que, dans ce cas, sa grosse artère splénique était grande ouverte – ce n'était pas juste une lacération de l'artère – elle était grande ouverte – et aucune pression...

I: Parce que votre suture avait lâché?

R: ...avait juste lâché, exactement, et aucune pression qu'on pouvait mettre... on doit clamber [fermer avec une pince chirurgicale] ce vaisseau. Donc, j'ai fait ce que mon expérience me dit de faire, qui est de packer ce pack, **mais après, dans les cinq minutes, enlever ces packs et trouver le vaisseau sanguin, et ça c'était la partie intuitive** – ça, oui, c'est notre manière de faire, mais dans ce cas particulier, on doit faire ça, et ça a fonctionné en fait. Nous avons packé juste assez pour pouvoir laisser les éponges absorber le sang et pouvoir sortir autant de sang, enlevé tout ça et trouvé le vaisseau.

I: Je réfléchis – c’est juste moi... si je comprends la situation, il y a l’enjeu ici que le pack ne va pas vraiment pouvoir...

R: Faire le job, oui

I: .... contrôler cette hémorragie, mais il y a aussi l’enjeu de trouver la fuite une fois que vous enlevez tout.

R: Exactement.

I: Alors, je me demande si... l’intuition était aussi que vous alliez le trouver.

R: C’est juste parce que... non, c’est exactement ça parce que le risque c’est que tu enlèves tout et tu ne la trouves pas et le patient saigne à mort.

I: Oui, c’est pour ça qu’on packe, n’est-ce pas, pour augmenter les chances de la trouver.

R: Exactement.

I: Mais peut-être que votre intuition c’était que vous alliez le trouver – parce que vous connaissiez cette rate – vous savez, vous aviez travaillé dessus.

R: Oui, oui, la région en général où j’allais la chercher, c’est tout-à-fait juste, oui.

I: Et plus grande est la lésion, probablement ce sera d’autant plus facile... plus rapide de la trouver, juste?

R: C’est juste, c’est juste, oui, la trouver et la clamer, oui.

Le temps apparaît ici d'une toute autre nature qu'une synthèse passive, ou même d'une modalité du devenir ou de l'élan. Il est aussi le matériau de la pratique du chirurgien. Les 24 heures de douleurs s'il avait convoqué la jeune fille pour l'intervention radiologique qui aurait simplifié la laparoscopie, mais aussi le poids pour elle d'un jour d'hospitalisation de plus; la journée de travail devant lui, avec la série d'opérations à venir, certaines de routine, « en mode un », d'autres plus délicates, « en mode deux »; les années d'expérience qui sont les siennes et qui manquent à une collègue en formation; le moment où il décide de lui dire, parce qu'elle est un peu brusque avec une tumeur, « encore une fois et je reprends la main » – le moment où peut-être il reprendra la main; les modes de temporalité des interventions, le mode deux de la dissection, un pas après l'autre, à remonter lentement le long de l'arbre vasculaire de cette rate géante; les secondes qui passent alors que le sang commence à perler des sutures en train de lâcher, qui s'étirent jusqu'à l'instant du demi-tour, le « U-turn » et la chute libre; les minutes qu'il faut pour ouvrir l'abdomen, pendant lesquelles les anesthésistes s'affolent, les infirmières veulent quitter la salle d'opération; le premier arrêt dans la chute libre, lorsque les chirurgiens emplissent la cavité abdominale de compresses et compriment toutes les viscères dans l'espoir d'assécher le champ opératoire et de ralentir l'hémorragie; la pensée qui naît en lui, sans doute un peu vaguement, que cela ne suffira pas, que l'artère qui saigne est trop grosse, que ce n'est pas une simple lacération mais une suture qui a lâché, qu'il sait où chercher dans l'abdomen, et qu'il faut maintenant enlever les compresses et se jeter à nouveau dans le vide sans plus attendre.

Il me semble que le temps, d'une certaine façon, est presque un objet entre ses mains, qui lui contraint les mains, mais qu'il peut aussi manipuler. Pas seulement la condition de possibilité d'une expérience, pas seulement la trame d'une existence, mais aussi un enjeu pratique qui est autre chose que l'élan personnel de Minkowski, l'élan qui permet de réaliser une « œuvre » unique et personnelle en s'arrachant au « devenir », autre chose que cette sorte de réalisation d'une existence elle aussi unique et personnelle. Cet enjeu pratique de temps, il ne faut pas le voir comme une simple confrontation à des obstacles qu'il trouverait sur son chemin, comme le marteau de Heidegger, extension de ma main, qui ne devient marteau que lorsqu'il me résiste. C'est un enjeu pratique, en situation. Ce que l'opérateur rencontre, ce ne sont pas simplement des obstacles, ce sont des situations, et il ne les rencontre pas passivement, il les configure activement, pratiquement. Le manque d'expérience de sa jeune collègue, qui le renvoie à son expérience à lui, inscrite dans son existence, ce n'est pas un obstacle. Lorsque les sutures lâches, l'événement

s'inscrit dans une situation (son péché d'orgueil, le renoncement à la radiologie pour le confort de la patiente, l'intervention presque terminée, etc.), qu'elle reconfigure comme une question insistante, faut-il faire demi-tour, le U-turn de la laparotomie. Et lorsque la situation bascule, le chirurgien bascule avec elle, en mode trois, et il est sans doute presque vain de trop vouloir distinguer le chirurgien et la situation chirurgicale.

Peut-être pourrait-on dire que, si le temps est un flux dans lequel il est pris, dans lequel l'expérience se déploie, ce flux a une certaine viscosité, le chirurgien a une certaine prise sur ce flux. D'ailleurs, toute proportion gardée, c'est aussi ce que je fais dans l'interview : je pose mes questions lentement, en hésitant, et je crois que c'est pour le ralentir un peu parce qu'il va vite, pour l'inviter à s'arrêter sur ses pensées, à leur laisser un peu d'espace pour se déployer. Je joue sur la temporalité de l'entretien, il me semble.

\* \* \*

Je passe à présent au deuxième point, le deuxième bémol, qui concerne la question de la « rencontre ». La phénoménologie s'est emparée, mais avec un peu de réticence, de la question de la rencontre entre deux personnes. Dans un premier temps, chez Husserl et Heidegger, l'accent a surtout été mis sur la question du monde commun, d'une sorte d'intersubjectivité structurant l'expérience humaine, un « Mitsein » quand il fonctionne bien ; un « on », « das Man », quand il est aliénant. La phénoménologie cherche ainsi à lutter contre une représentation du sujet comme détaché du monde, abstraction non située, et vient replacer la dimension langagière et sociale non pas comme un contenu, un outil pour le psychisme, mais comme un « existentiel », un élément qui sous-tend et structure l'existence. Il reste peut-être, chez Husserl comme chez Heidegger, même si c'est de façon très différente, une sorte de petite préférence pour la beauté d'un sujet libre fondé de lui-même, transcendantal chez le premier, existentiel et émancipé du « on » dans un « être-là » assumant son « être-pour-la-mort » chez le second. Ce sont plutôt leurs continuateurs qui ont cherché à rendre compte de la rencontre concrète entre deux personnes – je pense par exemple à Binswanger et Maldiney, qui ont beaucoup travaillé les questions cliniques : ce n'est sans doute pas pour rien que c'est aussi par la clinique que la question de la rencontre s'est posée à la phénoménologie.

Cette rencontre a une certaine tendance à s'écrire avec un « R » majuscule. C'est probablement lié à la démarche phénoménologique elle-même, qui esquisse ainsi, derrière toutes les rencontres empiriques en minuscule, l'essence de la Rencontre en majuscule. Cette rencontre est volontiers décrite comme un instant de vérité partagée, intense, révélateur de soi et du monde. Dans la Rencontre, sont mobilisés le « Sentir », l'« Ouvert » que permet le « Transpassible » ; la rencontre paraît d'autant plus authentique qu'elle se fait en deçà des mots, en deçà du langage. Authentique, la Rencontre n'est pas aliénation dans le on, das Man, mais elle est dépassement de soi et expérience d'une Nostrité bienveillante et aimante. Appuyée sur la stabilité du « monde commun », mais en rupture avec lui, la Rencontre est décrite comme événement, surgissement, fulgurance, une sorte de moment précieux et révélateur de soi, de l'autre et du monde. Cette rencontre, d'ailleurs, semble concerner in fine le Monde et l'Autre avec des majuscules eux aussi, davantage que cette personne-ci, qui paraît plutôt être l'occasion d'un choc venant ébranler un rapport normalement trop silencieux au monde – j'ai trouvé ainsi, dans une étude de Brigitte Leroy-Viémon sur la rencontre clinique, l'expression de *méta-rencontre* : toute rencontre est surtout une méta-rencontre avec l'altérité.

Quelles seraient alors les tâches du clinicien au cours d'une rencontre de ce type ? Voici ce qu'en dit, justement, Brigitte Leroy-Viémon, qui veut répondre à la question de ses étudiants sur « ce qui fait qu'il y a ou non rencontre clinique », qu'elle reprend comme une interrogation sur « ce qui constitue l'art thérapeutique ». Je cite :

Nous avons examiné la question selon un éclairage phénoménologique, en nous aidant de notre expérience psychothérapeutique. Cela nous a conduits à interroger la vibration spacio thymique de la présence humaine (dégagée par Binswanger) qui, au plan du Sentir puis au plan de la métaphore, siège « dans le cœur ». Nous avons montré que cette vibration relève de dynamiques pré-psychiques d'ouverture au changement qui œuvrent dans le sens d'une libération de l'autonomie du patient. Cet événement signe l'émergence d'une « méta-rencontre », impossible à analyser, certes, mais que nous avons toutefois qualifiée phénoménologiquement comme une dynamique « de contact », une économie « de l'hospitalité » et une topique « du cœur ». L'art du psychothérapeute consisterait à construire cette « méta-rencontre ».

« Construire la méta-rencontre » : il n'est pas facile de voir en quoi ça pourrait consister. Une sorte d'ouverture, une disponibilité à l'événement, une présence, dont il est difficile d'en dire beaucoup plus, parce que l'essentiel se joue dans l'ineffable. Il semble cependant qu'implicitement, ce qui est demandé du clinicien, notamment dans cette idée de présence, c'est la capacité de ne pas manquer la rencontre quand elle montre le bout de son nez. Ouvert, oui, d'accord, mais attentif, présent, comme on peut dire d'un sportif qu'il est « présent » sur le terrain. En miroir de l'idée de la rencontre comme surgissement, le clinicien doit être prêt à bondir, à reconnaître le *kairos* d'Aristote : le *kairos* c'est le moment opportun dont sait s'emparer l'homme sage, le *phronimos* doué de *phronesis*. Selon Aristote, la sagesse pratique requiert cette sorte de génie du tempo, la capacité de saisir la balle au bond, ni trop tôt, ni trop tard, mais en fait c'est la même chose, parce que si on agit trop tôt, il sera trop tard. L'homme sage, le praticien expérimenté, agit sans même s'en rendre compte, il s'ajuste dans le moment à la situation telle qu'elle se développe, il est dans une sorte de congruence avec le monde comme l'expert qui, selon le phénoménologue américain Hubert Dreyfus, se fonde sur une « saisie intuitive fondée sur une compréhension profonde et tacite ».

Voilà donc mes deux bémols. D'une part, un temps, une temporalité qui vient structurer l'existence et l'expérience humaines et que le sujet subit, dans une large mesure, comme un donné qui certes lui ouvre le monde mais sur lequel il n'a pas de prise. D'autre part, une rencontre clinique qui se joue dans l'instant, dans le surgissement, sur des bases intuitives, et qui est décrite comme produisant des effets majeurs d'ouverture et de transformation. Aussi pertinentes que puissent être ces propositions, elles posent deux problèmes. D'abord, elles paraissent partielles, comme l'illustrent les propos du chirurgien sur sa pratique qui invitent à envisager la temporalité dans ses aspects pratiques. D'autre part, elles risquent d'apparaître, à ceux qui se forment à la clinique, franchement intimidantes. Par exemple, le travail que fait Brigitte Leroy Viémon, de mise en lien entre psychanalyse, phénoménologie, et pratique psychothérapeutique, est très intéressant – mais il n'est pas sûr que ses étudiants y auront trouvé une réponse à leur inquiétude quant à « ce qui fait qu'il y a ou non rencontre clinique ». Et il y a même quelque chose d'un peu paradoxal, après avoir insisté sur le rôle fondamental des « dynamiques pré-psychiques », ou de tout ce qui relève de « l'antéprédicatif », à leur assigner, à ces étudiants, la tâche de « construire la méta-rencontre ».

Une réponse peut-être moins ambitieuse, mais plus libératrice, aurait été de leur dire que la rencontre clinique, ce n'est pas quelque chose « qu'il y a », ou « qu'il n'y a pas ». Qu'il n'y a pas le « bon moment », le « bon geste » qu'il ne faut surtout pas manquer, parce qu'après c'est trop tard, mais plutôt l'idée qu'il n'est jamais trop tard. Que les choses se travaillent toujours dans le « trop tard », dans l'après-coup.

Pour le dire autrement, ces deux commentaires critiques visent à défendre l'idée qu'en clinique, on fait ce qu'on peut. Ce registre d'un ajustement gracieux à une temporalité fluide, l'idée d'une pratique « seamless », comme on dit en anglais, sans couture, sans l'inélégance d'une couture toujours imparfaite, il a un aspect terrifiant, en fait, et aliénant pour le clinicien – et peut-être pour le patient aussi. C'est peut-être ce que suggère Winnicott lorsqu'il invoque la figure d'une mère suffisamment bonne, et pas parfaitement bonne, imparfaite, pour que ses insuffisances permettent l'ouverture d'un espace de liberté, un espace de jeu entre l'enfant et elle, mais suffisamment bonne pour que ses insuffisances soient supportables.

On peut alors penser que la pratique clinique, c'est du bricolage, que sa matière est l'erreur, la maladresse, l'ajustement imparfait, qui permettent et exigent constamment un travail de rattrapage – comme la marche est une sorte de déséquilibre vers l'avant que l'on rattrape – presque – toujours avant de chuter. On peut préférer penser, d'ailleurs, et même si on se trompe, que les facilités un peu bouleversantes de Nadia Comaneci sur sa poutre, ou de Roger Federer derrière sa raquette, ne sont pas la manifestation d'un état de grâce parfaite, sans erreur, mais plutôt le résultat d'un travail de rattrapage permanent que nous sommes incapables de percevoir de l'extérieur, mais dont ils sont au moins partiellement conscients. Et la matière de ces rattrapages, on peut envisager que, pour une part, c'est la temporalisation elle-même. Toujours en retard, le praticien est celui qui ruse en permanence avec la temporalisation en pariant qu'il n'est pas trop tard, qu'on peut encore se rattraper, qu'il n'est jamais trop tard – même si bien sûr, le trop tard existe.

Peut-être même peut-on aller jusqu'à proposer que c'est dans l'erreur, dans les écarts, dans les maladresses, et aussi dans ce que Freud appelait les actes « manqués », que se niche la liberté dont nous pouvons disposer, comme cliniciens et comme patients. A un patient que je comprends parfaitement, je n'ai rien à offrir – c'est là où on ne se comprend pas que s'ouvre la possibilité d'un travail. A trop insister sur la dimension ineffable de la temporalité et de la rencontre, la phénoménologie prend le risque de paralyser le clinicien débutant, plutôt que de l'inviter à se

mettre au travail, un travail patient d'ajustement maladroit. A cette patiente que je connais depuis 10 ans, j'ai apparue la semaine passée comme moqueur. Souvent, en fait, elle me trouve moqueur. Je me moque d'elle. Que se passe-t-il ici ? Est-ce que peut-être il y a du vrai, je me moque ? Pourquoi ? De quoi ? Qu'est-ce qu'elle en pense ? Qu'est-ce que j'en pense ? Aucune intuition fulgurante ici, mais plutôt un chantier ouvert dans l'après-coup, un travail de reprise, toujours en cours plusieurs années après qu'elle se soit ainsi exprimée.

En conclusion, je cite un extrait, issu d'un travail sur le malentendu. Les auteurs, Christine et Véronique Servais, de l'Université de Liège, y rapportent les résultats d'une enquête ethnographique sur les rencontres entre humains et dauphins sauvages, ce qu'elles appellent des « rencontres enchantées » :

Il s'agissait de récits ou de témoignages d'expériences quasi mystiques, ou surnaturelles, de rencontres avec des dauphins sauvages. Au contact de l'animal, ils avaient expérimenté une communication directe et intime, immédiate et bouleversante, qui s'apparentait à une forme de révélation. Les dauphins leur avaient parlé ; ils avaient compris et appris sur eux-mêmes de choses qu'ils ne savaient pas auparavant, et nombreux étaient ceux qui, cherchant à expliquer ce qui leur était arrivé, ne trouvaient pas de mots assez forts. Parfois, la rencontre avait formé le point de départ d'un processus thérapeutique, fin de citation.

C'est parfois la perspective que nous offrons à nos jeunes collègues : une invitation à devenir des dauphins sauvages proposant à leurs patients des rencontres enchantées. C'est peut-être là un cadeau un peu empoisonné.

## Bibliographie

Aristote. (2004). *Ethique à Nicomaque*. Paris: Garnier Flammarion.

Binswanger, L. (1953). *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*. Zürich : Niehans.

Dreyfus, H. L. and Dreyfus, S. E. (1986). *Mind over Machine: the power of human intuition and expertise in the age of the computer*. New York: Free Press.

Leroy-Viémon, B. (2008). Les enjeux phénoménologiques de la rencontre clinique. *Cliniques méditerranéennes*, 2 (78), 205-23.

Maldiney, H. (1991). *Penser l'homme et la folie. À la lumière de l'analyse existentielle et de l'analyse du destin*. Grenoble: Jérôme Million.

Minkowski, E. (2013). *Le temps vécu. Études phénoménologiques et psychopathologiques*. Paris: Presses Universitaires de France.

Servais C. & Servais V. (2009). Le malentendu comme structure de la communication. *Questions de communication*, 1(15), 21-49.

Winnicott, D.W. (1975). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris: Gallimard

Michael Saraga est psychiatre et psychothérapeute à Lausanne, dans le Service de Psychiatrie de Liaison du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. Il s'intéresse à la nature du travail clinique et aux apports des sciences humaines et sociales en médecine.

Saraga, M., Boudreau, J.D., Fuks, A. Engagement and practical wisdom in clinical practice: a phenomenological study. *Medicine, Health Care and Philosophy*, in press.

Saraga, M., Fuks, A., Boudreau, J.D. (2014). George Engel's epistemology of clinical practice. *Perspectives in biology and medicine*, 57(4), 482-94.

---

'En anglais:

I: So, how is that mode three?

---

R: Yeah, so mode three, that mode of really life or death, I would say, the one word I could use for it, honestly, is ‘terrifying’ – that’s the best way to describe it. It really is terrifying because, you know, you almost are staring death in the face, and it’s like a fight for life, so some of your movement come from a gut feeling that is the right thing to do; some of your movement do come from experience that ‘I’ve done this before – I’ve had a patient bleeding from the spleen or bleeding from a large blood vessel before’

I: Do you have an example, in that case, of a ‘gut feeling’ movement? during that sequence?

R: Yeah, I can tell you exactly, actually, with that girl. So, normally, what we do is we open the belly, we pack everything, you know, **and we just hold pressure, okay, and then let the anaesthesiologist sort of catch up, and then we start to look for the bleeder.** In this case, she was also a little bit overweight, so there was a lot of fatty tissues inside her, on the hilum of the spleen -- it wasn’t like nice blood vessels, you know. So, there, we started like that ‘cause there was so much blood, you’re not gonna be able to do anything so we have to try to suction and pack the blood away but, **at that point, it was a very short lived manoeuvre.** In other words, normally we pack; **we could leave the packs even for ten, fifteen minutes,** and actually that’s what the fellows wanted to do – kinda treat it like a trauma – but I realized that, in this case, her large splenic artery was wide open – it wasn’t just a laceration of the artery – had come wide open – and no pressure...

I: Because your suture had given way?

R: Just given way, exactly, and no amount of pressure we put...we have to clamp that vessel. So, I did what my experience tells me to do, which is pack that pack, **but then within five minutes, remove the packs and find the blood vessel, and that was the gut feeling part of it** – that, yes, this is the way we do it, but in this particular case, we need to do this, and that actually worked. We packed just enough to be able to let the sponges absorb the blood and be able to get as much of the blood out, took that out and found the vessel.

I: I’m thinking – it’s just me, ah.....if I understand the situation, there’s an issue here about that packing won’t really be able....

R To do the job, right.

I: ...to hold that bleeding, but then there’s also the issue of finding the bleeder once you take off everything.

---

R: Exactly.

I: So, I wonder whether...the gut feeling was also that you would find it.

R: That's right because ...no, that's exactly right because the risk is that you'll take everything and you won't find it, and the patient will bleed to death.

I: So, this is why you pack, right, it's to increase the chance that you will see it.

R: Exactly.

I: But perhaps your gut feeling was that you would find it. Perhaps also because you knew that spleen – you know, you had been working on it.

R: Right, right, the general area where I'm gonna look for it, that's exactly right, yeah.

I: And the larger the cut, probably the easier...the faster it will be to find it, right?

R: That's right, that's right, yeah, find it and clamp it, yeah. (1:08:50)