

LE SYNDROME DU SOIGNANT SOLIPSISTE (SS-SYNDROME)

Gérard Salem

Texte paru dans *La Lettre* no 19, Fondation Ling, Lausanne, avril 1999.

En langage philosophique, le mot *solipsisme* désigne une «théorie d'après laquelle il n'y aurait d'autre réalité pour le sujet pensant que lui-même». [Ce vocable succède à deux entrées près - aux mots *soliloque* et *soliloquer* du Petit Robert, tout en précédant les mots *soliste*, *solitaire*, *solitairement*, *solitude* - voisinage lexicographique aux résonances sémantiques non dénuées d'intérêt dans le propos qui va suivre]. Cette définition du solipsisme permettra de se faire quelque idée de son application à un syndrome pathologique récemment circonscrit, non encore répertorié dans les registres de la psychiatrie (DSM-IV, classification américaine des troubles mentaux, CID-10, classification internationale de l'OMS): le *syndrome du soignant solipsiste* (SS-syndrome), encore appelé par certains auteurs *syndrome miscellanéophobique* (de *miscellanea*, lat., 1570, «choses mêlées»)(voir par exemple Brodynski A., 1998).*

A quoi reconnaît-on un tel syndrome? La plupart des auteurs (cf. en particulier Anpass J. & Demey-Jöhr, 1997), s'accordent à mettre au premier plan le profil autosuffisant (pour ne pas dire autarcique) du soignant affligé d'un tel trouble, en particulier pour ce qui concerne sa conception de la maladie et du soin. Le sujet reste en effet inébranlablement convaincu que le modèle thérapeutique auquel il s'est formé correspond à une vérité en soi, et non pas à une méthode fondée sur une série d'hypothèses plus ou moins vérifiables. De ce fait, il ne remet jamais en cause ses connaissances et son savoir. Son comportement se caractérise donc, en premier lieu, par une assurance spectaculaire, reflétée dans ses propos verbaux (haute fréquence d'adverbes au TTR - *type talk ratio* - de la catégorie «jamais, toujours, absolument», etc.), comme dans ses attitudes non-verbales et kinésiques (moues agacées, sourires ironiques, haussements d'épaules, autres variantes de maniérismes, notamment à l'épreuve du stimulus consistant à évoquer en sa présence d'autres modèles que le sien). Selon certains chercheurs, ce comportement serait hautement corrélatif avec ce qu'ils ont défini comme le *prurit idéologique* du sujet (cf. Kiri J. & Kiplör J., 1999).

Cette forme d'autosatisfaction affichée permet au sujet de conserver, du point de vue de son organisation défensive, un équilibre egosyntonique, qui présente à moyen et long terme le risque d'évolution vers la chronification. Le comportement de certitude semble lié à d'autres bénéfices secondaires, sur le plan physiologique: effet favorable sur la fonction digestive ou sur l'appareil locomoteur (parcours de golf), après les heures de labeur harassant (une bonne majorité des sujets ayant en effet une forte propension à la surenchère ergomaniaque, avec pour complication fréquente un syndrome de *burn-out* ayant pour conséquence une exacerbation des idées prévalentes habituelles du sujet).

Aucune étude épidémiologique à large échelle ne permet pour l'instant de se prononcer sur l'incidence du syndrome au sein de la population soignante. Les études finlandaises (Hurlu & al., 1998) confirment simplement celles d'un groupe d'épidémiologistes belges (Berlu & coll., 1997) pour dénoter que la répartition du SS-syndrome est assez large, sans épargner aucune des spécialités médicales. Les travaux plus récents d'une équipe du Minnesota Center for SS-syndrome tendent à montrer une sur-représentation du trouble au sein de la profession psychiatrique (cf. Ayron, Ayron, Pity, Patt, Tapon, 1999). Une telle donnée était prévisible, la spécialité psychiatrique se comportant de façon moins homogène que les autres (notamment la dermatologie, l'oto-rhyno-laryngologie, l'ophtalmologie). En outre, il semble hautement significatif de dénoter une égale répartition du syndrome au sens des professions dites complémentaires, en particulier en acupuncture, phytothérapie,

neuralthérapie (avec une plus faible incidence en anthroposophie et homéopathie, et un pic chez les naturopathes) (cf. Yuk, Aïdi, Aïda, 1999).

Les études sont pour l'instant centrées sur les *case studies*. Aussi allons-nous nous contenter de proposer à notre tour ici quelques vignettes cliniques, à titre de contribution.

Obs. no 1: pédiatre (sexe masc., 37 ans), versus homéopathe (44 ans): une mère hésite à suivre les recommandations de l'homéopathe, qui tente de la dissuader de faire vacciner son enfant. De son côté, le pédiatre insiste pour mettre en oeuvre une telle vaccination. L'homéopathe se contente de sourire d'un air supérieur chaque fois que la mère de l'enfant exprime de l'inquiétude face au risque de ne pas vacciner l'enfant; le pédiatre, lui, va jusqu'à hausser les épaules.

Obs. no 2: chirurgien (sexe masc., 47 ans): confronté aux douleurs abdominales de son patient, il se contente de répéter de façon compulsive qu'il «faut ouvrir» pour en avoir le coeur net, et par là, améliorer ou guérir «une fois pour toutes» le météorisme du patient. Le médecin interniste (sexe masculin, 32 ans) confronté au même patient, préfère «attendre avant d'intervenir», le temps de compléter sa batterie de tests hématologiques et biochimiques avant de prescrire un médicament utile.

Obs. no 3: dermatologue (sexe fém., 33 ans) ricane à chaque fois que sa patiente se demande si elle pourrait essayer l'acupuncture pour son zona. Elle préfère que sa patiente s'en tienne à la cortisone, même médiocrement efficace, sans s'intéresser aux résultats (pourtant avérés) de l'acupuncture dans le zona.

Obs. no 4: médecin généraliste (sexe masc., 52 ans) du groupe des «méthadoniens» s'indigne à chaque fois que quelqu'un lui propose de confier son patient à un centre de réadaptation anthroposophique, et déclare qu'un «shoot propre» vaut mieux que «deux tu l'auras».

Obs. no 5: psychanalyste (40 ans, sexe masc) attribue les hallucinations de son patient (crocodilopsie nocturne infralectuaire) à des pulsions agressives contre le père, alors que le psychanalyste jungien (68 ans, sexe masc.) y voit un surgissement archétypique et que le systémicien (53 ans, sexe masc) propose de façon itérative une réunion de famille dans la chambre à coucher du patient.

* La revue *Nature* propose d'ouvrir un débat dans son prochain numéro quant au classement de ce syndrome sous la rubrique F34 de l'ICD-10.

Bibliographie (crédit particulier à Georges Pérec, *Cantatrix sopranica L.* Ed. du Seuil, Paris, 1991).

Brodynski A. Steps to a lexicographic extension of solipsistic healer syndrom. *Amer. Journal Psychiatry*, 13:22-33.1998.

Anpass J. & Demey-Jöhr. SS-syndrome ego-profile. *Brit. J. Psychiatr.* 11:45-56, 1997.

Kiri J. & Kiplör J. Ideology and pruritus. *Acta Dermatologica Scandinav.* 2:12-18, 1999.

Hurlu & al. SS-syndrome and population. *Finland Quarterly*, vol.2, 1-15, 1998.

Berlu & coll. Variétés solipsistes chez les catégories de soignants. *Revue Royale d'Epidém., Bruxelles*, mars 1999.

Ayron, Ayron, Pity, Patt, Tapon: Solipsistic catastroph among psychiatrists. *Amer Journ. Orthopsych.* 12:1-45, 1999.

Yuk, Aïdi, Aïda. Verdi variations of SS-syndrome in the field of complementary approaches. *Acta. Anthropol.*22:10-39, 1999.