

Humain, trop humain, inhumain?

Avatars et robots à l'épreuve des dispositifs thérapeutiques

**Catherine Weismann-Arcache, Steve Bellevergue,
Lisa Richard-Lefevre et Jean-Michel Coq**

La société contemporaine et ses modifications perpétuelles influencent considérablement notre expérience de la réalité car il n'existe pas de « fait brut » : « Tout fait est constitué, en tant qu'objet de sciences, à l'intersection de démarches d'observation et de démarches de pensée » (Perron, 2010, p. 21). Notre approche est celle de la psychologie et de la psychopathologie clinique, qui suppose que les objets de connaissance ne sont pas extérieurs au sujet connaissant. Freud, à partir de son étude du système Perception-Conscient-Préconscient-Inconscient (Freud, 1923/1981, 1932/1998), a révélé combien notre perception est assujettie à notre champ psychique qui la soumet aux deux jugements fondateurs de notre Moi : le jugement d'attribution qui décide du caractère bon ou mauvais de l'objet perçu et le jugement d'existence qui décide de la réalité de cette perception (Freud, 1911/1989). Cette construction élaborée à partir de la première topique, puis complétée par la seconde topique, insiste sur une nécessaire construction psychique de la réalité qui peut être soumise à des distorsions, des aléas, des conflits. Cette conflictualité, qui peut infléchir la perception de l'objet jusqu'à son déni perceptif, est de deux ordres : d'une part, le principe de plaisir peut s'opposer à la perception, laissant plus de champ au fantasme et à la projection, d'autre part, la distinction entre le réel et le représenté est tributaire de l'investissement pulsionnel, le risque extrême étant que « l'investissement pulsionnel de la perception menace la psyché de confusion avec le processus hallucinatoire, dedans et dehors potentiellement mêlés » (Roussillon, 2004, p. 10). L'objet « trouvé-créé » winnicottien (Winnicott, 1951/1996, p. 124) relève de la même dynamique qui mêle réalité interne et réalité externe pour mieux les différencier ensuite. Georges Devereux a d'ailleurs montré combien l'observateur ou le chercheur font partie du dispositif qu'ils ont mis en place et prôné la subjectivité comme outil d'observation.

Aujourd'hui, cette immersion dans des environnements numériques fait partie de notre quotidien à travers la réalité virtuelle, voire augmentée. Ces nouvelles données interrogent notre rapport subjectif aux réalités interne et externe, au corps et au fantasme. Si notre environnement est toujours en

évolution, nous vivons en ce XXI^e siècle une révolution numérique inédite car elle s'apparente, pour certains auteurs, à une véritable rupture anthropologique (Benasayag, 2016). Le développement des outils numériques et « du monde Internet » (Kaës, 2012, p. 190) est en train de donner naissance à des mondes virtuels et à une réalité, dite augmentée, qui peut intégrer des éléments virtuels au monde réel. Cette greffe virtuel-réel fait écho à l'hybridation homme-machine et la création des robots participe à la représentation d'un humain augmenté qui serait pour certains un humain simplifié (Besnier, 2012) ou diminué (Benasayag, 2016). Ces problématiques questionnent aussi les limites et il est important de définir ces termes ainsi que les liens qu'ils entretiennent.

Le virtuel tisse des liens étroits avec le domaine de l'imaginaire et de l'illusion, il est un espace-temps différent de ce que nous connaissons. Pour Serge Tisseron (2012, p. 32), le virtuel est un potentiel, un possible, il représente ce qui peut advenir et il nous attribue un « virtuel psychique » qui s'actualisera – ou pas – au contact d'un environnement favorable. Ce virtuel psychique qui nous habite nous conduit à une anticipation de nous-même, sous forme de représentations plus ou moins idéales, que nous essaierons de faire éclore. L'image virtuelle peut aussi être assimilée à une représentation d'objet puisqu'elle est « une figuration possible mais immatérielle de l'objet regardé » (Allard, 2014, p. 78). Xanthie Vlachopoulou et Sylvain Missonnier (2015, p. 4) définissent la réalité virtuelle comme « un simulacre, non pas de la réalité, mais de la perception du corps mobilisé, certes avec ses cinq sens (l'odorat résiste encore un peu...) mais aussi et surtout ses "représentations d'action" » au sens freudien. Ils introduisent là l'expérience de l'immersion qui est une des caractéristiques de l'univers virtuel, avec l'interactivité. Enfin, nous soulignons que la perception visuelle joue un rôle très important car le monde virtuel est avant tout un monde de l'image et du « voir ». Le virtuel s'inscrit dans la dialectique présence-absence, il permet l'évocation d'objets absents, tout comme nos outils numériques et autres objets connectés sont destinés à maintenir un lien avec nos proches ou nos centaines d'« amis » sur les réseaux sociaux. Sans préjuger de la qualité du lien, qui reste à interroger, la réalité virtuelle pourrait être un des nouveaux modes de traitement de l'absence et de la perte.

Problématique

Dans cette perspective, nous proposons d'examiner deux situations cliniques dans le domaine du soin, situations qui mettent à l'épreuve les outils numériques et interrogent leur impact potentiellement désorganisant ou structurant : l'utilisation des jeux vidéo dans le cadre d'une psychothérapie d'adolescents, dans un dispositif groupal, et l'utilisation de robots en

chirurgie cardiothoracique, permettant une opération mini-invasive, réalisée par le robot, sous coelioscopie. Par l'immersion et l'interactivité qu'ils favorisent, ces deux dispositifs de soins ont en commun la mise à l'épreuve des limites intérieur-extérieur. À travers l'avatar pour les jeux vidéo, le robot pour la chirurgie, ils peuvent favoriser la confusion entre l'animé et l'inanimé ainsi que le rapport au corps et à son image virtuelle ou augmentée. Enfin, le rapport aux idéaux et à la toute-puissance est sollicité, dans un registre archaïque ou symbolisé : la situation chirurgicale comporte un robot qui n'est pas « humanoïde » (Tisseron, 2018, p. 39), qui ne ressemble pas à un être humain, mais plutôt à un prolongement de la main du chirurgien. Nous verrons que cet objet non humain peut cependant être idéalisé et craint comme un rival, dans un registre fantasmatique. Les avatars des jeux vidéo constituent davantage des supports identificatoires, ils ont une dimension ludique et transitionnelle qui n'existe pas dans la micro-chirurgie. La comparaison entre les deux situations trouve ses limites dans le fait que, à la différence du jeu vidéo, l'acte chirurgical comporte un risque vital réel. Les deux situations cliniques comportent également des différences radicales du point de vue des patients et du point de vue des soignants :

- le dispositif de soins par le jeu vidéo comprend une dynamique groupale, tandis que le dispositif chirurgical prévoit l'intervention effective d'un second chirurgien en cas de difficulté : cette suppléance humaine apparaît paradoxale dans la mesure où elle renverse la situation et la relation homme-machine ;
- dans le contexte chirurgical, le corps réel du patient est entièrement soumis à la technique, tout comme le chirurgien qui dépend aussi du robot : l'un engage sa vie, l'autre engage sa responsabilité quant à cette vie ; les angoisses de mort sont donc plus actives – car davantage liées à un risque réel – chez le soignant et le patient que dans la situation de psychothérapie avec le jeu vidéo.

Le rapport à la mort, au manque et à l'absence est néanmoins l'une des clés de voûte de la plupart des jeux vidéo, souvent fondés sur des fantasmes de toute-puissance, d'immortalité et d'auto-engendrement (Weismann-Arcache, 2017). Le jeu *Minecraft* – évoqué plus loin – propose de jouer en mode « survie » ou en mode « créatif » qui permettent de créer un environnement suffisamment bon pour échapper aux mauvais objets représentés par les zombies qui sortent la nuit. Ces dangers représentent aussi les dangers pulsionnels fortement éprouvés par les adolescents aux prises avec l'intensité des désirs et l'excitabilité qui caractérisent cette période. D'autres jeux vidéo moins créatifs ont pour unique objectif la survie de l'avatar qui passe par la destruction des concurrents virtuels. Ces représentations en lien avec la dominance du principe de plaisir et de l'immédiateté semblent nourries par une idéologie actuelle qui peut rejoindre en partie celle du transhumanisme inscrit au cœur de la révolution numérique et qui vise à reculer toujours plus les limites de la condition humaine, en imaginant

même une cybervie après la mort du corps, celui-ci étant simplement déconnecté (Weismann-Arcache, 2017). Dans cette perspective, exosquelettes pour les militaires, objets connectés, puces greffées sur le corps humain et robots peuvent être considérés comme des prothèses. Ces prothèses, destinées au départ à pallier les handicaps et les déficits créés par des maladies neurologiques évolutives, sont aujourd'hui revendiquées par les sujets dits « normaux », afin d'augmenter leurs performances et d'éviter toute forme de manque inhérent à l'être humain.

Humain, trop humain, inhumain

S. Tisseron (2015, p. 7) précise que, contrairement à ce que l'on pense, plus le robot ressemble physiquement à l'être humain, plus il peut être angoissant ; le robot trop humain ressemblerait à « un zombie ou à un revenant ». Il cite les travaux d'un chercheur en robotique, Masahiro Mory, qui nomme ce phénomène « *uncanny valley* », ce qui peut se traduire par « vallée dérangeante » ou « vallée de l'étrange » ou encore « vallée de l'angoissante étrangeté ». Trop d'anthropomorphisme, trop d'humain tue l'humain. Cette étrangeté inquiétante, qui évoque le célèbre texte de Freud, « l'inquiétante étrangeté » (1919/1997), serait due, selon S. Tisseron (2015, p. 7) à la discordance entre l'apparence humaine et les conduites robotisées, non humaines, du robot, du zombie, du revenant ou du schizophrène, car la folie crée aussi cette discordance entre l'expression, la mimique et le discours. La non-cohérence, en dépit de l'apparence humaine, peut désorganiser l'être humain, à cause du hiatus entre sa réalité interne, qui « sait » que c'est une machine qui lui parle ou qui agit, et la réalité externe qui donne une place et une fonction humaine à cette machine. Ainsi certains robots qui n'ont pas une apparence humaine mais possèdent cette cohérence dans leurs réponses, leurs mouvements et leur adaptation à l'être humain, pourront être investis par des êtres humains qui, en parlant d'eux, peuvent passer de « il a l'air content » à « il est content » (*Id.*, p.26). Un robot investi sans être perçu comme un être humain évoque la mère investie avant d'être perçue, à l'époque où dominent les affects chez le bébé ou lorsque le jugement d'attribution prime sur la réalité. Dans ce cas, la dimension symbolique, le « faire semblant », les qualités de l'objet, sont obliés et la réalité psychique prend le dessus, oubliant le compromis de la symbolisation qui consiste à faire « comme si » c'était un être humain.

L'article de Freud, *L'inquiétante étrangeté* (1919/1997), offre des perspectives quasi prémonitoires pour éclairer ce phénomène contemporain. La problématique de l'animé-inanimé y est repérée comme étant un facteur d'angoisse, surtout quand les deux dimensions se confondent dans un jeu de cache-cache qui brouille les repères habituels : dans le conte d'Hoffman, *L'homme au sable*, l'avocat Coppélius est-il l'homme au sable qui prend les

yeux des enfants qui ne veulent pas dormir ? L'automate et la poupée ont-ils une âme et quelle mécanique cachée de l'épilepsie ou de la folie transforme un être familier en créature effrayante et incompréhensible ? Freud explore les différents sens du terme *Heimlich* (familier, engageant, intime) et ses traductions dans différentes langues, ce qui lui permet de le rapprocher de son antonyme *Unheimlich* (étranger, inquiétant, inconnu) jusqu'à faire coïncider ces deux termes en brouillant les limites : l'étranger est au cœur du familier, l'engageant cache l'inquiétant et l'inconnu peut surgir de l'intime. Le meneur de ce jeu de cache-cache est le refoulement qui parfois soulève son voile. Cette inquiétante étrangeté se manifeste dans l'animisme, processus archaïque qui se fonde sur la toute-puissance des pensées, et dans le narcissisme illimité qui se projette sur ces figures anthropomorphes. La toute-puissance a souvent dans son cortège la figure de la castration, représentée dans le conte d'Hoffmann par la perte d'un organe de la perception, les yeux. L'angoisse oculaire, selon Freud, est un équivalent de l'angoisse de castration, comme l'illustre l'aveuglement réel d'Œdipe. En témoigne aussi la rage narcissique qui peut saisir le joueur en ligne si son écran défectueux s'éteint, et tout un chacun aux prises avec l'écran noir de son téléphone, de sa tablette ou de son ordinateur, en panne d'images. Nous verrons que la « perte de vue » (Pontalis, 1999, p. 275) peut aussi susciter des angoisses de mort chez le chirurgien qui opère au moyen d'un écran et d'un robot, à la fois prolongement et substitut de ses yeux pour l'un et de ses mains pour l'autre.

Ces deux situations, thérapie par le jeu vidéo et chirurgie assistée par robot, relèvent d'une clinique du *pharmakon* : il s'agit d'une thérapeutique, d'un soin, visant à sauver une vie, pour l'un, à favoriser le réinvestissement de la vie psychique, pour l'autre, mais qui peut aussi se révéler être un poison, une illusion dangereuse, un simulacre qui fait vaciller la réalité. Nous interrogerons la valeur potentiellement désorganisante, voire traumatique, de ces dispositifs numériques : le virtuel et la réalité augmentée viennent-ils impacter notre perception, notre sensorialité et la représentation de la réalité qui nous entoure et modifient-ils le fantasme qu'on lui oppose, comme voile sur le réel ? Ainsi, pourraient-ils avoir un potentiel traumatogène et venir déborder notre appareil psychique par le flot d'excitations qu'ils génèrent ? L'observation clinique de ces deux situations montre que les cadres institutionnels et métasociaux joueraient un rôle important pour endiguer en partie ce risque. Nous tenterons d'en saisir les contours. Nous nous interrogerons aussi sur la place du corps et l'investissement sensoriel qui semblent absents dans la situation de jeu et au premier plan en chirurgie. Enfin nous tenterons de saisir comment le fantasme et la symbolisation peuvent se frayer un chemin dans ces univers virtuels.

Première situation : le psychothérapeute, l'adolescent et le jeu vidéo

Des problématiques adolescentes aux objets culturels comme lieu de partage

La clinique auprès d'adolescents impose aux soignants des talents de créativité afin d'offrir des espaces contenant et élaboratifs divers. Le cadre classique d'entretiens individuels ne répond pas toujours à la polysémie des symptômes traduisant les voies tortueuses de la subjectivation adolescente. Des troubles marquant le corps – scarifications, troubles alimentaires, comportements oppositionnels, conduites à risques et dans certains cas extrêmes les tentatives de suicide – aux symptômes internalisés – troubles anxieux, phobies sociales et/ou scolaires, épisodes dépressifs, inhibition verbale –, l'adolescent exprime un mal-être, tant avec lui-même qu'avec l'autre. Cette forte source de désenchantement (Guillaumin, 2001) s'intrique à une métamorphose imposée par le corps et son corollaire psychique, le pubertaire (Gutton, 2013). Les promesses d'un devenir adulte ne peuvent se figurer en dehors des regards des parents, des adultes – enseignants et entourage –, du groupe de pairs et également du regard de l'adolescent lui-même sur ce que sera son identité. Dans cette période de développement identitaire, l'analyse de la dynamique psychique et des différents espaces de l'adolescent appelle à comprendre les relations aux objets culturels de son groupe de pairs afin de reconnaître les potentialités de ces objets et, par leur utilisation médiatrice, de relancer et soutenir les processus de subjectivation dans un lieu de partage : la culture. Nous empruntons la conception du « malêtre » à René Kaës afin de comprendre celui de l'adolescent et d'envisager les possibilités créatives face à sa problématique de subjectivation :

« Nous savons mieux reconnaître les formes de subjectivité qu'il [le malêtre] produit, les conflits qu'il engendre par lui-même autant qu'en raison des exigences que lui imposent son double ombilic biologique et intersubjectif, mais encore son inscription conflictuelle dans l'espace social et culturel. Nous sommes aussi devenus plus attentifs aux ressources qu'il fomenté si, comme le dit Winnicott, nous disposons d'un lieu où mettre ce que nous trouvons et créons. Ce lieu est précisément celui de la culture » (Kaës, 2012, p. 1-2).

Telle est notre perspective concernant les jeux vidéo comme espace de liens favorisant un potentiel travail d'élaboration psychique.

La culture numérique, médiation au centre d'un dispositif thérapeutique groupal

Dans cette partie, nous évoquerons les objets *jeux vidéo* comme médiation dans un dispositif thérapeutique groupal au sein d'une Maison de

l'Adolescent. Les deux psychothérapeutes sont les garants du cadre temporel et spatial. Ils interviennent seulement afin de favoriser les échanges et assurer aux adolescents un espace sécurisant. Ils ne jouent pas avec eux. L'ensemble des analyses présentées a fait l'objet d'un travail d'observation et de prise de notes après chaque séance. Les adolescents et leurs responsables légaux ont accepté de participer à cette recherche en ayant signé un consentement éclairé.

Le cadre temporel de cette psychothérapie groupale à médiation repose sur douze séances d'une heure trente interrompues par les vacances scolaires. Chaque rencontre se fait dans le même lieu. Deux jeux vidéo composent la médiation matérielle et sollicitent une dynamique temporelle spécifique déjà étudiée par les théories groupales psychanalytiques (Brun, Chouvier et Roussillon, 2013, p. 45-48) : *Minecraft* et des *Sims 4* sont utilisés successivement dans des sessions de plusieurs séances par jeu. Les illustrations cliniques reposent sur des sessions menées avec six adolescents âgés de 15 à 17 ans, présentant des troubles anxio-phobiques en lien à une souffrance narcissique.

Au cours des premières séances, l'utilisation du jeu *Minecraft* favorise l'illusion groupale. Ce jeu dit « bac à sable » se présente sous la forme d'un environnement naturel aléatoire que les joueurs aménagent et modèlent selon leur volonté. Ainsi, le groupe de joueurs se plonge dans un paysage naturel constitué de formes cubiques qu'il peut détruire et/ou utiliser pour construire. Les joueurs se trouvent alors seuls maîtres de ce monde. Ils peuvent avoir une illusion de toute-puissance qui s'exprime par les actes de détruire, reconstruire, casser, créer, combiner les cubes pour donner forme à un monde créé par et pour le groupe.

Illustration clinique

Avant de commencer à jouer, le groupe doit donner un nom à sa partie. Il décide de nommer leur monde « Arbre » en référence à des dessins réalisés lors de la première séance pour le début de l'histoire du groupe. Très rapidement, la création d'une maison s'impose aux différents joueurs. Divertis par la présence d'animaux – un loup et un cochon –, ils oscillent entre l'agressivité face au loup qu'ils tentent de tuer et la tendresse envers le cochon qu'ils adoptent comme un animal domestique. L'investissement de cet animal devient une première étape de rassemblement groupal. Le cochon est nommé Roger, nom utilisé pour qualifier plus subjectivement la partie de jeu qu'il mène. Les adolescents ne définissent plus l'espace de jeu par les propositions faites par les psychothérapeutes, mais par ce qui se passe au sein du groupe de pairs, leur propre lieu et leur objet. L'excitation du groupe s'exprime fortement et la situation amuse copieusement les adolescents. L'un d'entre eux modifie les paramètres du jeu pour que la musique ainsi que les déplacements des personnages s'accélèrent. En miroir à la stimulation visuelle excitante du jeu, le groupe adolescent s'agite

corporellement dans la salle. Ce temps d'excitation permet à chacun de s'exprimer avec humour et tendresse sur cet animal, porteur symbolique de l'illusion groupale. L'excitation groupale se trouve déplacée lorsqu'ils croisent un autre cochon. Dans un mouvement d'indifférenciation des deux animaux, ils expriment une inquiétude d'avoir perdu ce qui constituait l'objet groupal, à savoir Roger. Le groupe s'attelle alors à construire un bâtiment qui remplit les fonctions indifférenciées de maison du groupe et de lieu à la gloire de leur animal totem, Roger. La création d'un contenant figuré par une maison permet d'apaiser le groupe face au risque de la perte de cette nouvelle illusion groupale et contient le groupe par un investissement des limites figurées par les murs à la fois d'une maison et du lieu de culte à l'effigie de Roger. L'investissement prédominant de l'animal se manifeste également par le choix de décorer les murs de tableaux que les projections du groupe considèrent unanimement comme étant des représentations de Roger. À travers ce cochon, le groupe d'adolescents se familiarise et recherche un objet commun. Dans un jeu d'alternance des mouvements d'excitation et de contrôle par la construction du contenant de la bâtisse, le groupe expérimente les limites entre le dedans et le dehors de la maison. Ces temps d'excitation et de contrôle renvoient à des dynamiques sous-tendues par une « désorganisation spontanée du groupe » (Chapelier, 2009, p. 149), un travail de déliaison. La totémisation de Roger et la création d'un lieu de culte surviennent après une séquence sensorielle intense. Le jeu vidéo permet ce travail de liaison de l'affect à la mise en représentation de la sensorialité du jeu. Nous supposons que ce travail de symbolisation primaire repose sur les possibilités de transformation offertes par le caractère malléable du médium, le jeu vidéo (Brun, Chouvier et Roussillon, 2013).

Les Sims 4, identités complexes et identifications multiples

L'utilisation du jeu vidéo *les Sims 4* repose sur la création d'avatars, de personnages. Parmi un riche éventail de possibilités, chaque joueur donne à son avatar la forme physique et la personnalité qu'il souhaite. Différentes consignes sont proposées comme « créez le personnage que vous souhaiteriez être » ou « surtout ne pas être... ». Ce jeu favorise préférentiellement un travail intrapsychique. Pour restreindre une exposition trop forte de l'intimité de l'adolescent, il est demandé de créer les personnages en binôme, afin de favoriser les identifications croisées.

Illustration clinique

À la consigne de créer un personnage qu'ils n'aimeraient pas être – en lien avec la problématique évoquée à la séance précédente –, le groupe interprète différemment la consigne. Certains adolescents ont créé un avatar de ce qu'ils n'aimeraient pas être, comportant les traits qu'ils jugent physiquement disgracieux et surtout les traits de personnalité négatifs. Les autres membres du groupe ont créé directement des personnages renvoyant

à des personnes qu'ils n'apprécient pas. Le traitement de la consigne renvoie alors à deux registres de réalité : une réalité liée à des expériences de harcèlement scolaire et de camarades perçus comme responsables de leur mal-être ; une réalité liée à un système de valeurs concernant les relations humaines. Bien que le groupe échange sur les significations singulières pour chacun des traits de personnalité jugés négatifs, les créations différentes sollicitées par l'ambiguïté de la consigne ont favorisé une chaîne associative verbale groupale. La prise de conscience par le groupe de la distinction entre ce qu'ils n'aimeraient pas être et ce qu'ils n'aimaient pas dans la relation à un autre a occupé un temps d'échange et d'élaboration. Les avatars ont permis un travail intersubjectif, un dégagement de l'illusion groupale prédominante jusque-là. Ils évoquent alors la question de la différence dans la relation à l'autre, spécifiquement celle des sexes, et la nécessaire reconnaissance de ce qui permet d'apprécier l'autre comme même tout en étant différent de soi. La dynamique relationnelle et le dispositif par la médiation numérique des *Sims* ont constitué un réceptacle des problématiques individuelles et groupales dans une figuration pixélisée. Ce travail de figurabilité a servi l'associativité groupale, rendant possible des élaborations secondarisées et assimilables par tous (Mitsopoulou-Sonta, 2016).

La fonction thérapeutique de la médiation par les jeux vidéo

Les jeux vidéo et leur utilisation au sein d'un dispositif groupal, par un processus de résonance avec les éléments figurés, permettent de renvoyer l'adolescent à son monde interne. Dans la situation groupale, une double résonance repose sur la dynamique des interactions sensorimotrices et émotionnelles narratives (Tisseron et Khayat, 2013) dans les jeux vidéo et celles au sein du groupe. Cette double résonance constitue un élément extérieur, mis dans l'espace groupal. L'adolescent peut se réapproprier les éléments jusque là non élaborés afin de mettre en lien ses ressentis internes avec ce qui est représenté par l'objet médiateur. Le dispositif thérapeutique groupal à médiation par les jeux vidéo favorise la « virtualescence [...] processus par lequel l'adolescent trouve au sein de l'espace virtuel un espace de transformation de ses conflits pubertaires » (Gozlan, 2016, p. 20). La culture a toujours eu une place importante dans les services de psychiatrie, souvent sous la forme de création artistique. La considération portée à la culture numérique, qui est également une culture adolescente, favorise une ouverture à des pratiques thérapeutiques innovantes et créatives.

Deuxième situation : le chirurgien, le patient et le robot

Les propos qui suivent s'appuient sur des données recueillies lors de six heures d'observation au bloc opératoire de chirurgie cardio-thoracique et de

deux entretiens semi-directifs réalisés par le chercheur auprès du personnel médical et paramédical au cours de séances de simulation d'un incident grave. Elles sont constituées des notes manuelles prises au cours des échanges verbaux et non verbaux du personnel de bloc opératoire et des deux entretiens.

Longtemps le chirurgien est resté au contact du corps de son patient, corps inerte réduit à sa dimension biologique, dépourvu de son aspect relationnel et de sa dimension érotique. Jusqu'au XVIII^e siècle, le chirurgien est un personnage exceptionnel – tel que l'incarne Ambroise Paré – dont l'art relève souvent de l'exploit, la survie du patient étant assez aléatoire. Dans la seconde moitié du XIX^e siècle, le développement de l'anesthésie et de l'antisepsie vont permettre la mise en place de méthodes opératoires et de savoir-faire permettant au chirurgien d'intervenir à l'intérieur du corps de son patient d'une façon qui va se révéler de plus en plus efficace. Au fur et à mesure, les chirurgiens ont disposé d'un matériel de plus en plus performant et ont fait preuve d'une technicisation grandissante. Philippe Hubinois (2006) considère qu'il se produit une rupture dans l'évolution des techniques chirurgicales, avec l'arrivée de la coelioscopie qui permet une chirurgie « à ventre fermé » et aboutit à la mise en place de la robotique et de la télé-chirurgie. Amandine Klipfel (2017) propose de penser l'histoire de la chirurgie en trois ères : celle des hommes illustres, suivie d'une ère scientifique et enfin, aujourd'hui, l'ère technicienne. La chirurgie robotique amène le chirurgien à ne plus opérer son malade sur sa chair, à travers un contact direct des mains, en ouvrant le ventre, mais à créer un nouvel espace de travail par la visualisation de l'image du champ opératoire transmise par une caméra. L'image devient ainsi, par la technique robotique, la réalité opératoire, elle permet même au chirurgien, placé sur la console du système robotique, dont il actionne les bras, de tourner le dos à son patient. Il obtient ainsi une image en trois dimensions de l'intérieur du corps de son patient, tandis que les autres membres de l'équipe voient à travers des écrans une image en deux dimensions du champ opératoire. Cette technique dite de chirurgie mini-invasive présente de nombreux avantages pour les patients : la durée de récupération post-opératoire est plus courte que celle d'une intervention classique et les patients ont un niveau de stress moins élevé avant l'intervention. Cette chirurgie robotique, plébiscitée tant par les patients que par certains chirurgiens, paraît avoir un avenir florissant : « les séductions du virtuel pourraient bien achever de désenchanter la chirurgie classique » (Pouchelle, 2007, p. 196). Cette technique, qui a progressivement concerné toutes les parties du corps, a cependant entraîné de nouveaux risques opératoires à même d'augmenter le stress du chirurgien et d'avoir sur lui des effets traumatogènes. En effet, la chirurgie cardio-thoracique mini-invasive assistée par robot présente des risques de section des gros vaisseaux de l'arbre trachéo-bronchique entraînant des hémorragies incontrôlées. Une telle hémorragie, qui conduit

au décès du patient si elle n'est pas maîtrisée, peut créer chez le chirurgien et, par contamination émotionnelle, chez toute l'équipe du bloc opératoire, un état de sidération.

Si la pratique de la chirurgie est relativement banale, sa dimension transgressive reste présente parce qu'elle met en jeu des fantasmes d'exploration de l'intérieur du corps, le désir infantile de découvrir les secrets logés à l'intérieur du corps. Un chirurgien confronté à un tel événement nous a rapporté qu'il s'était alors remémoré le visage et les paroles de sa patiente lors de la consultation qui avait précédé l'intervention chirurgicale. La crainte et à l'angoisse de « perdre » cette patiente ont rendu impossible la mise à distance nécessaire des émotions (Molinier, 2012). Des expériences de ce type ont amené les chirurgiens qui utilisent un robot à mettre en place un dispositif de prévention des accidents opératoires comprenant plusieurs volets : la mise en place d'une check-list avant le début de l'intervention, des séances de simulation destinées à gérer de telles situations de crise et améliorer la communication entre les différents professionnels du bloc opératoire et enfin, le déclenchement d'un code d'alerte qui aboutit à l'intervention d'un autre chirurgien qui va ouvrir le thorax du patient pour stopper l'hémorragie. Cette pratique de « faire appel à un ami » est codifiée au niveau de l'équipe chirurgicale, elle vient reconnaître l'état psychique d'un chirurgien présentant les signes d'un traumatisme psychique devant le risque de mort imminente du patient et qui reprend brutalement son statut de sujet humain.

La chirurgie robotique mini-invasive crée un rapport particulier entre le chirurgien et le robot : tout en étant sous son commandement manuel, ce dernier se substitue à lui ; il représente aussi pour lui un concurrent imaginaire qui l'éloigne physiquement de la personne opérée. Ce rapport est marqué par l'ambivalence : objet très sophistiqué, parfois convoité par ceux qui n'en disposent pas, le robot vient « disqualifier » le chirurgien en cas d'hémorragie, en lui faisant abandonner – certes provisoirement – le leadership du bloc opératoire pour le confier à un-e autre chirurgien-ne dans une situation d'extrême urgence vitale. En effet, en cas d'hémorragie incontrôlée, l'image renvoyée par la caméra disparaît, le chirurgien ne voit plus rien du champ opératoire qui est envahi par le sang, il faut alors « ouvrir le patient » en urgence selon une technique chirurgicale classique. À ce moment-là, le chirurgien à la console n'étant plus à même de procéder à cette intervention, le robot perd brusquement son statut fantasmatique de machine toute puissante, d'assistant indéfectible du chirurgien, il vient littéralement lâcher ce dernier, le plongeant brutalement dans un état de sidération.

Le concept d'inquiétante étrangeté – qui « serait toujours quelque chose dans quoi, pour ainsi dire, on ne s'y retrouve pas » (Freud, 1919/1997, p. 153) – peut sans doute nous aider à mieux appréhender la difficulté, voire l'impossibilité qu'éprouve le chirurgien de quitter le robot pour

intervenir directement sur le corps du patient. L'utilisation du robot met davantage le corps à distance pour le chirurgien, non seulement spatialement mais aussi psychiquement dans la mesure où il n'intervient plus à partir de ce qu'il voit directement du corps, mais à partir d'une image reconstituée en trois dimensions. La pratique de la chirurgie robotique ne vient-elle pas remettre en question la nécessité pour l'opérateur d'une mise à distance de ses affects, pour intervenir dans l'intérieur du corps de ses patients ? Cette pratique chirurgicale ne vient-elle pas d'ailleurs redonner de la sacralité au corps du malade, puisqu'elle procède par fines incisions pour introduire à l'intérieur du corps les outils opératoires et que le corps n'est plus ouvert, muscles et viscères écartés, à la vue de tous ceux qui sont présents dans le bloc opératoire ? Le chirurgien ne rencontre-t-il pas cette inquiétante étrangeté d'un corps qu'il a opéré à distance, qui a perdu sa réalité charnelle, pour s'y confronter violemment lorsque, tout à coup, la vie de son patient se joue sur quelques minutes ? Cette situation peut favoriser une confusion entre intérieur et extérieur du corps, entre réalité du corps et image virtuelle de celui-ci. Cette dimension hautement traumatogène pour le chirurgien explique peut-être ce « recours à un ami » qui passe outre les enjeux narcissiques pourtant importants dans cette profession.

Conclusion

Dans ces deux situations, l'usage groupal de la réalité virtuelle par les jeux vidéo à des fins thérapeutiques et la pratique de la chirurgie à l'aide de robots reconstituant une image en trois dimensions de l'intérieur du corps, des soignants utilisent des « machines ». Pour le soignant, celles-ci font figure d'un Moi-idéal tout puissant, il trouve en elles une prothèse qui permettrait enfin d'exercer un soin idéal, tant du côté du psychique que du côté somatique. Dans ces deux domaines, ils peuvent offrir de larges ouvertures et extensions au bénéfice des patients. Cependant, dans les deux situations, c'est le recours à l'investissement relationnel entre humains qui permet d'endiguer le risque d'effondrement ou de collusion lié à la toute-puissance fantasmée des objets numériques : dans le cadre du jeu des *Sim's*, les binômes de patients permettent de limiter l'effraction et les identifications projectives mises à l'épreuve dans la création des avatars ; dans la situation chirurgicale, la nécessité d'un binôme humain est garant de la vie du patient. Dans les deux contextes, les soignants sont confrontés à un niveau élevé d'excitations psychiques, que ce soit face à un groupe d'adolescents en souffrance psychique ou face à un patient dont la vie est en jeu. Dans le cas du chirurgien, le virtuel peut à la fois recouvrir la réalité et apparaître comme un recours à une réalité difficile, mais il peut également lever le voile de manière brutale sur le réel, provoquer une confrontation avec le réel, dans certains cas celui de la mort.

Dans ces deux situations, qui se déroulent dans des contextes très différents, la console de jeu comme le robot risquent, à chaque instant au cours de leur utilisation, de produire chez les soignants un débordement d'excitations. Le jeu vidéo possède un pouvoir de « séduction narcissique » sur les jeunes, cet objet somme toute familier pour eux joue un rôle médiateur. Le robot chirurgical représente probablement pour le patient un objet infaillible : grâce à cette technologie de pointe, son corps est à peine entrouvert, contrairement à ce qui se passe lors d'une intervention classique, et son temps d'hospitalisation est réduit. Le psychologue clinicien et le chirurgien ont entre leurs mains des objets idéalisés qui les renvoient à des fantasmes de toute-puissance soignante, qui viendraient combler toutes les failles narcissiques auxquelles l'exercice du soin confronte. Dans les deux cas, ces objets, qui semblent offrir à leurs patients des avantages incontestables, viendraient conforter leurs capacités de soignants, leurs « pouvoirs » thérapeutiques. Ils continuent cependant de pratiquer aussi psychothérapies et chirurgies dites classiques dont ils ne sauraient abandonner la pratique.

Contrairement à ce qu'on pourrait penser, l'excitation corporelle et la sensorialité sont très présentes dans les situations évoquées. Dans les thérapies par le jeu vidéo, au cours de la séquence de jeu, le processus de symbolisation des éprouvés qui deviennent des affects, apparaît clairement. En microchirurgie également, la secondarisation de la pensée permet au chirurgien d'opérer à distance du corps de son patient, en maintenant un système de représentations qui tient les affects suffisamment à distance. De ce point de vue, ces deux situations illustrent parfaitement le propos de Green (1970, p. 288) selon lequel quand l'affect parle, le discours se tait, à savoir, dans ce cas, les compétences professionnelles.

Enfin, l'investissement de ces objets techno-numériques, qui sont soutendus par une fantasmagorie, nécessitent une aire d'illusion, au sens winnicottien, pour pouvoir être utilisés. Rappelons que « cette aire intermédiaire d'expérience » (Winnicott, 1951/1996, p. 25) ne préjuge pas du caractère interne ou externe de l'expérience et qu'elle caractérise – selon Winnicott – nos relations intériorisées à l'art, à la religion, à la vie imaginaire et au processus scientifique et créatif. Ces deux situations font l'objet d'un traitement psychique. Dans cette perspective, robots et univers virtuels doivent demeurer des assistants, des médiateurs, plutôt que de devenir les prothèses d'un humain augmenté qui y perdrait son identité.

L'introduction de la technologie dans le soin tant somatique que psychique n'est pas nouvelle, elle implique cependant pour les soignants, comme pour les patients, de se déprendre de la fascination qu'elle peut exercer sur eux. L'utilisation de ces objets peut rencontrer des aléas et être source de désorganisation psychique pour le psychologue comme pour le chirurgien, la contenance et la créativité qu'elle mobilise chez le premier, la maîtrise de l'intervention pour le second, peuvent être mis à mal. Face à un groupe

d'adolescents ayant des difficultés à contenir leur monde pulsionnel et leurs affects, le psychologue peut être confronté au traumatique par ce que le jeu vidéo a pu lui-même susciter d'excitations groupales. Le chirurgien peut éprouver de la sidération et de l'angoisse devant une situation qu'il ne peut plus gérer et qui le place dans l'impuissance, voire la détresse.

Dans les deux cas, la dimension relationnelle groupale est essentielle pour appréhender ces « machines » comme des figures autour desquelles peuvent se tisser de nouvelles modalités relationnelles. Au cours de la construction groupale du monde virtuel et de l'animal qui y prend place, les relations entre les adolescents et avec le psychologue qui se mettent en place sont essentielles pour relancer les processus secondaires et assouplir des défenses psychiques souvent trop rigides. Au bloc opératoire, à cause d'une nouvelle occupation spatiale, se produit une véritable refondation des modes de communication entre professionnels.

Concluons en soulignant combien la créativité humaine peut être un antidote au risque d'effraction des limites et ne peut en aucun cas être remplacée par un outil numérique : c'est l'humain qui médiatise la situation virtuelle et non l'inverse.

Références bibliographiques

- Allard, C. (2014). Communiquer avec les mondes numériques, une nouvelle forme d'altérité pour les enfants et les adolescents. Dans D. Texier (dir.), *L'enfant connecté* (p. 77-94). Toulouse : Érès.
- Benasayag, M. (2016). *Cerveau augmenté, homme diminué*. Paris : La Découverte.
- Besnier, J.-M. (2012). *L'homme simplifié*. Paris : Fayard.
- Brun, A., Chouvier, B. et Roussillon, R. (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris : Dunod.
- Chapelier, J. B. (2009). Les processus de sublimation dans les groupes. Dans R. Kaës et al (dir.), *Le processus thérapeutique dans les groupes* (p. 143-162). Toulouse : Érès.
- Freud, S. (1981). Le Moi et le Ça. Dans *Essais de psychanalyse* (p. 221-275). Paris : Payot. (Texte original publié en 1923).
- Freud, S. (1989). Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques. Dans *Résultats, idées, problèmes I* (p. 135-143). Paris : PUF. (Texte original publié en 1911).
- Freud, S. (1997). L'inquiétante étrangeté. Dans *L'inquiétante étrangeté et autres essais* (p. 31-50). Paris : Gallimard. (Texte original publié en 1919).
- Freud, S. (1998). Nouvelles Conférences d'introduction à la psychanalyse. Paris : PUF. (Texte original publié en 1932).
- Gozlan, A. (2016). *L'adolescent face à Facebook, enjeux de la virtualité*. Paris : In Press.
- Green, A. (1970). L'affect. *Revue française de psychanalyse*, 34/1970, 885-1169. (Repris dans *Le discours vivant : la conception psychanalytique de l'affect* (p. 219-278). Paris : PUF, 1973.)
- Guillaumin, J. (2001). *Adolescence et Désenchantement. Essais psychanalytiques*. Bordeaux : L'esprit du temps.

- Gutton, P. (2013). *Le pubertaire*. Paris : PUF.
- Hubinois, P. (2006). *Petite philosophie de la chirurgie*. Paris : Michalon.
- Kaës, R. (2012). *Le mal-être*. Paris : Dunod.
- Klipfel, A. (2017). La technicisation de la chirurgie représente-elle un danger ? Entre regret et perspectives d'avenir. *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, 28, 131-143.
- Mitsopoulou-Sonta, A. (2016). La méthode à médiation Photolangage et les processus de figurabilité. *Cliniques*, 11, 1.
- Molinier, P. (2012). Chirurgie : une mise à distance nécessaire des émotions ? *Sciences sociales et santé*, 30, 99-104.
- Perron, R. (2010). *La Raison psychanalytique. Pour une science du devenir psychique*. Paris : Dunod.
- Pontalis, J.-B. (1999). *Perdre de vue*. Paris : Folio Essais.
- Pouchelle, M.-C. (2007). La robotique en chirurgie cardiaque. *Communications*, 81, 183-200.
- Roussillon, R. (2004). « La réalité externe », sa construction et sa composition psychique. Dans B. Chouvier et R. Roussillon (dir.), *La réalité psychique. Psychanalyse, réel et trauma* (p. 7-25). Paris : Dunod.
- Tisseron, S. (2012). *Rêver, fantasmer, virtualiser. Du virtuel psychique au virtuel numérique*. Paris : Dunod.
- Tisseron, S. (2015). *Le jour où mon robot m'aimera*. Paris : Albin Michel.
- Tisseron, S. (2018). *Petit traité de cyberpsychologie*. Paris : Éditions Le Pommier.
- Tisseron, S. et Khayat, D. (2013). Étude préliminaire de validation d'un questionnaire évaluant le type d'interaction dans les jeux vidéo (QTIJV). *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 61, 81-92.
- Vlachopoulou, X. et Missonnier, S. (2015). *Psychologie des écrans*. Paris : PUF.
- Weismann-Arcache, C. (2017). Que racontent les jeux vidéo ? Dans M. Bergès-Bounes (dir.), *L'enfant et les écrans* (p. 69-82). Paris : Érès.
- Winnicott, D.W. (1996). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris : Gallimard. (Texte original publié en 1951).

**Catherine Weismann-Arcache, Steve Bellevergue,
Lisa Richard-Lefevre et Jean-Michel Coq**
E.A. 7475, Université de Rouen

Pour citer ce texte :

Weismann-Arcache, C., Bellevergue, S, Richard-Lefevre, L. et Coq, J.-M. (2019). Humain, trop humain, inhumain ? Avatars et robots à l'épreuve des dispositifs thérapeutiques. *Cliopsy*, 22, 41-55.