

Le psychologue en service de médecine

Les mots du corps

Sous la direction de
Caroline Doucet

Préface de D. Sicard
Postface de F. Ansermet

M MASSON

Le psychologue en service de médecine

Les mots du corps

Chez le même éditeur

Dans la même collection

Les professionnels face à l'enfance en danger. Lorsque la méconnaissance fait mal, par P. G. Coslin et B. Tison. 2010, 232 pages.

Échelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent. Volume 1, par M. Bouvard. 2008, 192 pages.

Échelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent. Volume 2, par M. Bouvard. 2008, 200 pages.

Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale, par R. Roussillon. 2007, 720 pages.

Traumatismes psychiques, par L. Crocq et coll. 2007, 328 pages.

Troubles de l'attention chez l'enfant. Prise en charge psychologique, par J. Thomas, C. Vaz-Cerniglia, G. Willems. 2007, 264 pages.

Dans la collection Pratiques en psychothérapie

Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie, 5^e édition, par M. Bouvard et J. Cottraux. 2010, 368 pages.

L'approche thérapeutique de la famille, par G. Salem. 2009, 304 pages.

Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité, 3^e édition, par M. Bouvard. 2009, 352 pages.

Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation, 2^e édition, par J. C. Perry, J.-D. Guefí, J.-N. Despland, B. Hanin, 2009, 184 pages.

Thérapies brèves : situations cliniques, par Y. Doutrelugne et O. Cottencin, 2009, 224 pages.

Thérapies brèves : principes et outils pratiques, 2^e édition, par Y. Doutrelugne et O. Cottencin, 2008, 224 pages.

Applications en thérapie familiale systémique, par K. Albernhe et T. Albernhe. 2008, 288 pages.

Les troubles obsessionnels compulsifs. Principes, thérapies, applications, 2^e édition, par M. Bouvard. 2006, 272 pages.

Dans la collection Les Âges de la vie :

L'attachement : approche clinique, par N. Guédeney et A. Guédeney. 2010, 256 pages.

L'attachement : approche théorique. Du bébé à la personne âgée, 3^e édition, par N. Guédeney et A. Guédeney. 2010, 256 pages.

Enfance et psychopathologie, 8^e édition, par D. Marcelli et D. Cohen. 2009, 736 pages.

Adolescence et psychopathologie, 7^e édition, par D. Marcelli et A. Braconnier. 2008, 720 pages.

Psychopathologie du sujet âgé, 6^e édition, par G. Ferrey et G. Le Gouès. 2008, 384 pages.

La schizophrénie de l'adulte. Des causes aux traitements, par M. Saoud et T. D'Amato. 2006, 248 pages.

Le psychologue en service de médecine

Les mots du corps

Sous la direction de
Caroline Doucet

Alain Abelhauser

Rodolphe Adam

Nicolas Bendrihen

Jacques Borie

Véronique Comparin-Ainard

Philippe Fouchet

Dominique Jammet

Catherine Lacaze-Paule

Agnès Lévy

Nicole Porée

Marie-Laure Tourenq

Claudine Valette

Préface de Didier Sicard

Postface de Françoise Ansermet



ELSEVIER
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2011, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
ISBN : 978-2-294-71074-2

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

PRÉFACE

Pour une clinique du réel

Étrangement, plus la médecine refoule la subjectivité aux marches du soin scientifiquement évalué, plus le recours au « psy » tend à inscrire sa profonde nécessité. Comme si à force d'évacuer l'être sur ce qu'en disent les instruments, la médecine percevait sans vouloir nécessairement le clamer, la difficulté de « border le trou ». Lorsque l'impasse relationnelle surgit, que ce soit à l'occasion d'une souffrance jugée insupportable par le soignant ou le malade, ou de la perte d'une communication possible par démence, ou surtout lors d'une angoisse qui s'épuise soudainement à lutter contre ce qui a de la peine à être nommé, le psychologue est convoqué. Mais il y a deux convocations. L'une est celle d'un appel au spécialiste scientifique de l'organe mental après le cardiologue ou le cancérologue. Il lui faut répondre dans ses limites à une demande précise formulée par le soignant. « Aidez-moi pour que mon traitement ou mon arrêt de traitement ne pose pas de problème excessif... ». Il y en a une autre présentée dans cet ouvrage : « répondre à quelque chose qui s'appelle la demande », c'est-à-dire s'immiscer, s'immerger dans une relation sans préavis, sans bouée de sauvetage, sans *guideline*, sans savoir préexistant : en un mot, entendre plus qu'écouter une parole qui fasse place à une singularité.

La maladie, quelle qu'elle soit, constitue toujours une rupture de l'unité inconsciente de l'être, ou plutôt fait place à ce surgissement plus ou moins brutal de l'inconscient davantage habitué à jouer les silencieux, les complices maladroits ou les auteurs de lapsus. Laisser toute sa place à cette fondation d'un soi aussi intime qu'étranger ne peut venir du spécialiste psychiatre attentif au délire ou du psychothérapeute formé aux seules thérapies cognitives et comportementales, prompt à recanaliser les pulsions et à redresser le sillage sinusoïdal de l'être. Ils ont évidemment leur place mais ce n'est pas celle dont la médecine a tenté de faire le deuil depuis 50 ans. Il est facile de comprendre pourquoi la place du psychologue clinicien reste aussi ambivalente : ici jugée indispensable parce que présente, là jugée inutile parce qu'absente. Un psychologue nourri de psychanalyse freudienne et lacanienne change toujours la relation, bien au-delà de celle qui l'unit au malade, de l'ensemble de l'équipe soignante. Les soignants découvrent alors souvent que la réponse vient du changement de la question et ce changement ne peut venir que du « pas de côté ». Ce « pas de côté » exclut les recettes, les expériences fondatrices d'une mémoire pédagogique. Il n'y

a pas de « dire » d'un sujet qui vaille pour les autres, sinon de dresser des balises qui donnent sens à cette activité de psychologue clinicien.

Il n'y avait pas, à ma connaissance, d'ouvrage qui tente de situer cette place d'activité si essentielle dans une médecine devenue aussi efficace qu'excluante. Au moment où la psychanalyse subit des assauts répétés au nom de son refus d'être jugée ou évaluée avec les *a priori* d'efficacité rapide des thérapies scientifiquement éprouvées, il est essentiel de revenir à des concepts simples. Une médecine de plus en plus prédictive, culpabilisante, ne faisant plus place à la parole finit par ne plus être une médecine du réel. Il est même paradoxal qu'un recours facilité aux psychologues cliniciens ne soit pas considéré comme un enjeu majeur de santé publique, lorsque la médecine s'interroge sur sa confiscation d'une parole oubliée et redonne à la seule « loi des droits des malades » la possibilité peut-être illusoire justement de les faire valoir. Et l'éthique dans tout cela ? Simplement dans le respect de la dignité que confère cette part d'inconnu de chacun au moment de toute atteinte à l'être, une part d'inconnu qui permet justement à cet être d'affronter l'adversité avec autant de munitions que de médicaments. Le psychologue clinicien fait retour au réel pour permettre la survie mentale.

Cet ouvrage passionnant resitue la médecine dans sa vocation éternelle qui est celle d'aider tout être avant de le guérir.

Didier Sicard
*Professeur de médecine interne,
président d'honneur du Comité consultatif
national d'éthique.*

LISTE DES AUTEURS

Alain Abelhauser : psychanalyste, professeur des universités (psychopathologie fondamentale et clinique – Laboratoire de psychopathologie et de clinique psychanalytique, EA n° 4050), vice-président (CEVU) de l’université de Rennes II, ancien attaché aux services d’hématologie et de médecine interne des CHU Antoine-Béclère et Bicêtre (AP-HP), Paris.

Rodolphe Adam : docteur en psychopathologie, psychologue dans l’unité de psychiatrie de liaison du Centre hospitalier général Saint-Esprit, Agen.

Nicolas Bendrihen : psychologue clinicien, unité de psycho-oncologie, Institut Gustave Roussy, Villejuif.

Jacques Borie : psychologue clinicien, psychanalyste, service de pédopsychiatrie de liaison, Centre hospitalier universitaire, Lausanne, Suisse.

Véronique Comparin-Ainard : psychologue clinicienne, unité de soins palliatifs Joseph Ducuing, Toulouse.

Caroline Doucet : maître de conférences de psychopathologie à l’université de Rennes II. Membre de l’Équipe d’Accueil EA 4050 : recherches en psychopathologie, nouveaux symptômes et lien social. Psychologue clinicienne, Service d’accueil et d’orientation, Centre hospitalier psychiatrique G. Régnier, Rennes. Elle a exercé pendant de nombreuses années dans le service de Lutte contre la douleur et soins palliatifs du Centre hospitalier général d’Auch dans lequel elle a été également responsable de la formation des soignants.

Philippe Fouchet : professeur de psychologie clinique et de psychopathologie à l’université Libre de Bruxelles et à l’université de Mons.

Dominique Jammet : psychologue clinicienne, services de médecine interne et maladies infectieuses et tropicales, Centre hospitalier universitaire Pellegrin, Bordeaux.

Catherine Lacaze-Paule : psychologue, psychanalyste, Centre de rééducation fonctionnelle de la Tour de Gassies, Bordeaux.

Agnès Lévy : docteur en psychologie, ingénieur d’études à l’université Paris IX, attachée au service de médecine interne et immunologie clinique, et coordinatrice du Centre de dépistage anonyme et gratuit des virus du SIDA et de l’hépatite C, Centre Hospitalier Universitaire Antoine-Béclère (AP-HP), Clamart.

Nicole Porée : psychologue clinicienne, Service de cancérologie pédiatrique, Centre hospitalier universitaire, Rennes.

Marie-Laure Tourenq : psychologue clinicienne, service d'hospitalisation à domicile, Réseau Psychologue clinicienne, Service de cancérologie pédiatrique, Centre Hospitalier Universitaire, Rennes Reliance, Toulouse.

Claudine Valette : psychiatre et formatrice dans des services pour personnes âgées dépendantes, Clermont-Ferrand.

INTRODUCTION

C. Doucet

Qu'en est-il de la place et du rôle des psychologues cliniciens à l'hôpital général ?

La multiplication des spécialisations en psychologie, la diversité des orientations théoriques et le polymorphisme des pratiques de terrain rendent difficilement perceptible ce que l'on est en droit d'attendre d'un psychologue hospitalier. Pour les usagers et les soignants, un flou, voire une totale méconnaissance persiste quant à l'activité du psychologue en général, et à celle du psychologue clinicien en particulier. Il est souvent perçu comme un auxiliaire thérapeutique du médecin ou comme un spécialiste de l'écoute palliant celle défaillante du corps soignant occupé à d'autres tâches, ou bien encore comme un acteur du soin en mesure d'aider le patient à recouvrer la santé. Le psychologue est donc bien un professionnel sans que l'on sache vraiment de quoi.

Pourtant, les psychologues n'ont jamais été aussi présents à l'hôpital. Leur intervention vise à répondre à des exigences nouvelles de la part des usagers de plus en plus sensibles à la dimension psychologique ; elle est aussi la conséquence de l'essor de la médecine scientifique confrontée à des questions éthiques nouvelles pour lesquelles les médecins ont sollicité l'aide des psychologues. L'inflexion notable des relations médecin-malade a aussi favorisé leur immersion afin d'améliorer une communication devenue conflictuelle. Enfin, les nouvelles lois réglementant la prise en compte de la souffrance psychique dans les établissements de soins (circulaire DGS/3D du 26 août 1986 ou encore loi du 31 juillet 1991 n° 91-748) ont également servi la cause des psychologues. Un contexte sociétal, politique et institutionnel a favorisé l'appel qui leur a été fait. La place du psychologue à l'hôpital n'est donc pas un pur effet de contingence, ni une opportunité rendue pressante par la simple nécessité d'introduire un supplément d'âme dans une médecine devenue biotechnologique. Elle n'est pas non plus réductible au contexte externe à la discipline précédemment citée. Cette place est justifiée par l'apport de cette profession et de ses compétences spécifiques au service de la personne, tout particulièrement dans les lieux de soins somatiques.

Dans ce contexte, l'objectif de cet ouvrage est de rendre compte de la démarche clinique propre aux psychologues cliniciens d'orientation psychanalytique. Il s'agit plus particulièrement de mettre en évidence les fondements éthiques de leur pratique (**chapitre 1**).

L'ouvrage est composé de chapitres rédigés par des cliniciens qui ont accepté de présenter à partir de cas cliniques les aspects pratiques de leur métier. Tous les chapitres débutent par une partie introductive qui situe la problématique médicale et le réel de la maladie spécifiques au service dans lequel exerce le psychologue. Il est question de montrer la confrontation consentie du psychologue aux questions scientifiques de son époque et sa considération du contexte dans lequel il intervient. Ainsi, l'intervention du psychologue en psychiatrie de liaison (**chapitre 2**) repose sur une considération de la causalité et du symptôme irréductible à la conception à l'œuvre dans la clinique médicale. La prise en compte de la causalité psychique et du statut du symptôme comme signe du sujet apportant une satisfaction substitutive permet un abord, inédit en ce lieu, des phénomènes de corps et de l'urgence subjective. Dans une médecine prédictive et hypertéchnicisée d'un service de néonatalogie (**chapitre 3**), se présente de façon aiguë la nécessité de soutenir la dimension de la contingence. Une définition du trauma différenciée de celle de la traumatologie ouvre des perspectives en matière de prise en charge. Les questions de la maladie, de la construction de l'identité, de la guérison sont au cœur de la pratique en cancérologie pédiatrique. Dans ce cadre, le psychologue fait une offre à l'enfant et à sa famille, que chacun est libre de saisir ou pas (**chapitre 4**). La question de la sexualité et de la mort est au centre de la clinique auprès des patients séropositifs (**chapitre 5**). Elle montre que ces questions embarrassent chaque sujet et qu'il n'y a pas lieu de tenter de normaliser ces comportements. En service de rééducation fonctionnelle (**chapitre 6**), la clinique montre les effets psychiques toujours imprévisibles et singuliers induits par la survenue d'un accident dans la vie d'un sujet. La diversité des phénomènes cliniques répertoriés en neurologie semble difficilement assimilable à des maladies, au sens médical du terme. L'articulation fructueuse entre pratique clinique et recherche permet d'établir des repères opératoires pour l'accompagnement clinique (**chapitre 7**). L'acte clinique nécessite la mise en jeu de la dimension éthique qui implique un jugement du clinicien sur son action (**chapitre 8**). Au modèle du vieillissement issu de la psychologie gérontologique s'oppose celui de la psychologie clinique dans lequel le sujet ne se réduit pas à des éléments descriptifs tels que l'âge, des compétences motrices et intellectuelles. L'abord des patients déments (**chapitre 9**) éclaire la dimension de l'acte clinique auprès de ceux qui ne demandent rien. Devenue priorité de santé publique, la prise en charge du cancer a vu naître une nouvelle dénomination : la psycho-oncologie, à l'origine de bien des malentendus (**chapitre 10**). Enfin, le développement des soins palliatifs témoigne du traitement contemporain de la mort dont il est possible de mesurer les effets sur la subjectivité des sujets concernés (**chapitre 11**).

Dans chaque chapitre sont également abordés des éléments relatifs aux missions du psychologue, aux demandes qui lui sont adressées, aux dispositifs dans lesquels il intervient, aux objectifs fixés à ses interventions, ainsi qu'aux enjeux de la collaboration entre le psychologue clinicien et les divers professionnels.

Au fil de la lecture et au-delà de la diversité des services auxquels sont rattachés les différents auteurs et du savoir-faire propre à chacun de ces cliniciens, c'est un style clinique qui se dessine. Celui de psychologues cliniciens qui tiennent compte de la dimension inconsciente propre à l'humain et qui prennent au sérieux le lieu de leur exercice particulièrement soumis à diverses contraintes temporelles. Ils font le pari du sujet au point de s'en faire l'auxiliaire et condensent leur acte de façon à réveiller la dimension subjective.

CHAPITRE 1

Orientation clinique

C. Doucet

Le lecteur soucieux des traitements accordés par la société contemporaine à la maladie constatera tout au long de cet ouvrage les malentendus à l'origine de la présence des psychologues en médecine. Convoqué dans un lieu où prévaut l'hypothèse de l'organicité – dont il ne s'agit pas de nier l'existence –, le psychologue invoque une causalité d'une tout autre nature qui introduit un écart entre l'organisme et ce qu'en fait le sujet ; sommé de contribuer au retour à la santé, il soutient la dimension de vérité du symptôme, s'éloignant en cela d'une conception déficitaire ; à l'invitation qui lui est faite d'encourager le patient à « verbaliser » ses émotions, il répond en faisant valoir les limites de la parole, la dimension d'un impossible à dire, et dénonce l'idéal de maîtrise inhérent à cette demande. Pourtant, dans ce secteur d'intervention initialement réservé à la médecine, qui lui a fait place « de surcroît », il y a place pour le psychologue.

Les cliniciens qui ont contribué à cet ouvrage répondent aux problématiques rencontrées à partir d'une référence à la psychanalyse. Leur choix théorique ne consiste ni en un dogmatisme ni en un idéal thérapeutique. La référence à la psychanalyse apparaît comme une nécessité clinique qui se repère avant tout dans le fait que la maladie génère une souffrance qui demande à se dire.

Observation

Le téléphone du psychologue retentit. Une infirmière du service de cancérologie l'informe qu'un patient souhaite lui parler. Il a relevé son nom dans le livret d'accueil de l'hôpital. Le psychologue propose de venir s'entretenir avec le patient le jour même, répondant ainsi à ce qui se présente comme ►

- urgence subjective d'un sujet confronté au réel de la maladie. L'entretien se révèle laborieux, se réduisant à quelques mots que le psychologue obtient après des sollicitations soutenues. Le psychologue s'en étonne. « *J'ai perdu l'usage de la parole, répond le patient, quand enfant j'ai compris que ce que je disais n'intéressait personne.* » Cet énoncé traduit les incidences de la relation primordiale dans ce que sera le rapport au corps et au langage d'un sujet. Le patient n'est pas muet. Il n'est pas non plus mutique. Il indique précisément comment enfant il a répondu – acte du sujet – à l'énigme que constitue le désir de l'Autre. Devenu adulte, son mode langagier en porte la trace : il ne parle que lorsque cela devient indispensable, ce qui lui fait dire qu'il a perdu l'usage de la parole. La présence du clinicien qui répond à son appel et garantit au patient d'être entendu quoi qu'il dise va, au fil des entretiens, conduire ce sujet à réordonner, au crépuscule de sa vie, les signifiants majeurs de son existence.

Le psychologue clinicien est spécialement qualifié pour accueillir la parole de celui qui souffre. L'entretien clinique du psychologue se démarque des autres pratiques d'écoute en tant qu'il ne se limite pas à faire parler le patient, ni à recueillir ses dires. Il ne se contente pas de satisfaire le désir de reconnaissance obtenu par le simple fait de parler à quelqu'un. Par la coupure interprétative qu'opère l'acte du clinicien, il ouvre le champ des possibles, permettant une rectification subjective. En cela, il se distingue de la relation d'aide pratiquée par les professionnels de santé. Le patient fait appel au psychologue parce qu'il le suppose capable de donner un sens à sa souffrance, il le suppose en mesure de déchiffrer ce qui se présente pour lui comme une énigme. Il s'agit donc d'une clinique sous transfert parce que le symptôme est adressé au clinicien susceptible de le recevoir. Le transfert se met en œuvre d'autant plus aisément que le médecin consent à se faire le passeur du transfert, initialement adressé à la médecine, vers le psychologue.

Face aux événements qu'il rencontre tels la maladie ou un accident, le sujet est susceptible d'adopter différentes positions – toutes imprévisibles. Il donne un sens qui lui est propre à ce qui lui arrive et ne subit pas passivement ses déterminations. C'est pourquoi il est nécessaire de tenir compte d'un schéma de causalité distinct de celui des sciences de la nature. Il n'est pas possible de considérer la causalité selon un strict déterminisme (cause–effet) ; il s'agit plutôt d'introduire un hiatus entre la cause et l'effet. La causalité psychique place en son sein un point d'indétermination, l'inconscient freudien.

La pratique du psychologue dans les services hospitaliers remet au centre des interrogations la question ancienne dans le champ des sciences humaines de l'interaction psyché–soma. Celle-ci a bénéficié du déplacement établi dans l'ordre de la causalité faisant valoir l'étiologie psychique de certaines pathologies d'allure somatique. Une distinction des

manifestations de corps – symptômes fonctionnels, pathologies rebelles aux traitements, hypocondrie, plaintes réitérées, etc. – est possible à partir d'une lecture qui opère une partition entre les maladies qui se traitent par la parole et celles qui ne relèvent pas de déterminations inconscientes. De plus, l'organicité avérée de certaines maladies produit des modifications subjectives, une redistribution de la libido, que le clinicien ne peut ignorer. Il ne peut non plus se contenter de les constater. De la praxis qui est la sienne, un soulagement peut être attendu, une rectification subjective peut advenir. L'importance reconnue de la prise en charge psychologique dans l'amélioration du pronostic de certaines maladies justifie d'autant plus sa présence dans les lieux de soins somatiques. Ainsi, contrairement à l'idée reçue, le psychologue clinicien s'intéresse au corps mais uniquement à partir de ce qu'en dit le sujet. L'humain se caractérise d'avoir un corps et d'en faire un usage – y compris symptomatique, pathologique. Seul, en ce lieu, le psychologue clinicien ne s'inquiète pas de ce paradoxe qui consiste à se plaindre d'un symptôme tout en y étant attaché, ni ne s'émeut de ces comportements de non-observance thérapeutique chez tel patient qui demande pourtant à guérir.

La distinction entre la demande et le désir est fondamentale dans l'abord clinique de nombre de situations. Quel autre professionnel que ce psychologue clinicien est-il habilité à mettre en place un dispositif de parole dans lequel le sujet peut formuler sa demande et se confronter aux aléas de son désir ? À travers la parole se manifeste le désir inconscient, elle donne à entendre la vérité du désir inconscient. S'indique notamment la façon dont un sujet, à partir des éléments langagiers parentaux, s'est arrangé pour construire son corps. C'est un statut du corps inédit dans les sciences médicales que soutient la psychologie clinique. Comme construction singulière, il se distingue de l'organisme donné, lui, à la naissance et soumis aux caractéristiques de l'espèce. L'humain naît avec un organisme qui l'encombre, dont il ne peut rien faire sans l'adulte, et c'est à partir des échanges langagiers qu'il va se doter d'un corps, c'est-à-dire d'une représentation de son organisme. Si bien que, si l'appareil anatomique est le même chez tous les individus de l'espèce humaine, la représentation du corps et l'usage qui en est fait sont différents d'un sujet à l'autre. Mais le corps est également le lieu de la pulsion, cet éprouvé corporel qui perturbe l'autorégulation du corps à l'origine des « embrouilles du corps ». Refus du corps, complaisance somatique, symptôme de conversion, phénomène psychosomatique, pathomimies, etc. sont un échantillonnage des tribulations du corps malade fréquemment rencontrées à l'hôpital. Le psychologue clinicien est à même de recevoir les énoncés du sujet de façon à ce que s'éclaire pour lui le rapport singulier qu'il entretient avec son corps, la fonction subjective des phénomènes de corps qui sont les siens, afin qu'il en tire les conséquences.

La référence à la psychanalyse vient également répondre aux sollicitations faites par les équipes soignantes elles-mêmes. L'intervention du psychologue porte ses effets sur la souffrance des soignants au travail – le terme *burn-out* qualifie l'état d'épuisement des soignants confrontés quotidiennement dans certains services à la souffrance et à la mort – par la mise en place de groupes de parole ou d'analyse des pratiques ou encore par le biais de la formation continue. Quels objectifs assigner à ces dispositifs ? L'enjeu pour le clinicien est ici de maintenir nette la distinction entre dispositif formatif et dispositif thérapeutique. Dans un temps où règne le rêve de transversalité des tâches et des compétences, le psychologue se doit d'être particulièrement attentif au contenu de savoir qu'il transmet. Ce savoir ne peut se réduire aux recettes attendues ni conforter les soignants dans une illusion de toute-puissance. Là encore, le psychologue clinicien a à opérer des choix. Il se doit d'être au clair avec les fondements de son acte, soit la conception de l'humain, du sujet, du symptôme et de la causalité qui guide sa pratique, au regard des spécificités des professionnels en présence. Auprès des équipes, la pratique du psychologue clinicien ne s'impose pas, elle ne s'oppose pas, ne concurrence pas le discours médical, pas plus qu'elle ne se met à son service. Elle vise plutôt à mettre en œuvre les conditions favorables à un abord du patient à partir de l'énigme qu'il constitue pour ceux qui prennent soin de lui ; moyennant quoi, chaque professionnel doit accorder une attention toute particulière au patient pour construire le cas. Cela est rendu possible par la mise en place d'interventions adaptées aux interlocuteurs qui favorisent la reconnaissance de sa fonction, la concertation et le dialogue nécessaire avec l'équipe soignante.

Enfin, la variété des formes de la souffrance humaine rencontrées en ce lieu, le caractère fluctuant du cadre d'intervention, ainsi que la diversité des demandes conduisent le clinicien à se faire *élève de la clinique*. Il a à se déprendre de toute compréhension trop hâtive du cas. La clinique du cas par cas s'impose lorsque l'on veut saisir la singularité du sujet. Lorsqu'il se rend au chevet du patient, le psychologue n'a pas de théorie a priori sur ce qui préoccupe ce dernier, ni sur ce que le patient aurait de mieux à faire, pas plus qu'il ne sait jusqu'à quel point il devra soutenir la demande. À l'occasion de la rencontre clinique, il se défait de son savoir qui lesterait son acte. L'acte du clinicien trouve là toute sa portée : présence de côté, clinique de l'instant, clinique du réel, dimension de surprise et inventivité, éthique du sujet – soit une *présence en acte*, y compris lorsqu'il s'agit d'une abstention d'intervention psychologique.

Le psychologue clinicien a pour cause la clinique du sujet ; telle est la démonstration des chapitres à venir.

CHAPITRE 2

En unité de psychiatrie de liaison d'un hôpital général : l'urgence subjective

R. Adam

Il est 8 h 45, l'équipe arrive lentement, une infirmière s'attarde sur des prises de sang, l'interne consulte le *Vidal*, classe des radios. Les transmissions débutent. Les demandes se forment. Le chef de service désire-rait que le psychologue s'entretienne avec une jeune femme qui vient de découvrir, choquée, son diabète. Avec telle autre aussi dont l'obésité morbide lui semble révélatrice de difficultés personnelles qu'elle a laissées entendre. Elle a accepté la proposition du médecin. Une infirmière fait part au psychologue de la terreur des piqûres d'un patient et se demande si le fait d'en parler pourrait l'aider. Plus tard en neurologie, le médecin, « entre deux patients », invite le psychologue à prendre le café. Il est préoccupé par le diagnostic probable d'une sclérose en plaques chez un patient déjà dépressif et demande au psychologue si ce n'est pas un psychiatre qu'il lui faut. La matinée défile. En pneumologie, l'interne informe de la détresse de l'épouse d'un patient sous chimiothérapie. Elle ne sait plus comment être avec son époux, écrasée par sa peine, s'obligeant à n'en rien montrer. Dernière consultation en rhumatologie où un jeune homme se remet d'une fracture tibiale. Son humeur joyeuse et sa banalisation se modulent lorsque le psychologue lui renvoie son étonnement inquiet face à cet accident de moto qui apparaît être le quatrième en 2 ans. Il refusera d'en dire plus. L'après-midi est consacrée aux consultations externes. En plus des suivis psychothérapeutiques en cours, deux nouveaux rendez-vous orientés par la psychiatre chef du service sont l'objet d'une longue discussion.

Une journée de travail s'achève. Le trajet du retour est l'occasion méditative de faire revenir les moments marquants du jour, ceux qui reviennent tout seul, la blouse pourtant ôtée.

Ces « morceaux choisis », fragments quotidiens de l'activité d'un psychologue hospitalier, permettent immédiatement d'en faire sentir la caractéristique essentielle : l'extraordinaire diversité des situations cliniques. Telle est la psychiatrie de liaison au sein d'un hôpital général dont la totalité des services est susceptible de solliciter un des membres, psychiatre, infirmier psychiatrique, psychologue, assistante sociale. Cet univers constitue ainsi un champ professionnel qui expose à de multiples rencontres où la nouveauté, l'urgence, la complexité, la gravité parfois sont omniprésentes. De la pédiatrie à la pneumologie, de la neurologie à la chirurgie, de l'endocrinologie à la maternité, la pluralité des problématiques oblige à répondre aux interrogations de nombreux intervenants, à la douleur d'un grand nombre de patients. Le désir du psychologue se joue donc entre soin et soma, dans l'empan d'une expérience très diverse qui touche un sujet dans son corps de vivant. Là se tient ce qui doit le concerner, susciter son intérêt de travail.

Deux tendances dans l'évolution de la médecine contemporaine ont creusé une place pour l'action de la psychiatrie de liaison. L'une est constituée de la reconnaissance de la dimension psychique dans l'approche du malade. Les médecins fondent leur appel au « psy » sur une considération pour la causalité psychique, la prise en compte du contexte familial et social, un souci de la relation soignant-soigné, les questions qui s'y posent, le non-dit qui s'y loge. L'autre facteur vient comme en contrepoint de cette tendance « humanisante ». La médecine se veut scientifique, toujours plus. Déjà Claude Bernard avait annoncé au XIX^e siècle dans une formule programmatique cette mutation de ce qui était considéré depuis Galien comme « *un art de guérir en une science* ». L'effet de cette rationalisation fait sentir un conflit, celui qui oppose une logique de l'universel où se vérifie le syndrome, le protocole de soins, le traitement, à une logique du particulier où s'éprouve l'existence de ce malade, de son symptôme, de son angoisse. Comme le faisait remarquer le psychanalyste Jean Clavreul (1978), « *la médecine est stupéfaite de son pouvoir sur l'objet qu'elle constitue, la maladie, mais aveugle et sourde à ce qu'elle destitue, le sujet du désir* ». C'est dans cette opération de forclusion du sujet propre à la science que la médecine génère un certain nombre de situations qui obligent le clinicien à prendre parti au niveau de son acte et de son éthique. Si le psychologue se trouve « appelé » par le médecin, il a donc aussi à « faire appel » là où la question du sujet a été oubliée. Nous allons voir comment ces deux dimensions structurent son champ d'exercice au sein de l'hôpital.

1. Diversité des demandes

1.1. Un psychologue à l'hôpital : craintes, attentes, surprises

L'entrée d'un psychologue au royaume des médecins et des infirmières n'est pas sans susciter quelques interrogations. Chacun a bien une idée sur cette étrange profession, mais le flou reste de mise pour savoir comment s'en servir. Cet espace vide appelle alors diverses suppositions que le psychologue doit accueillir puis rectifier. Une crainte est possible devant ce diplômé de niveau supérieur, non médecin, qui ne fait pas beaucoup plus qu'écouter ce qu'on lui dit. Quel effet cela pourrait-il bien avoir sur des patients au demeurant fragiles ? La question se pose en effet et montre l'envers de cette résistance, à savoir la croyance en un certain « pouvoir » lié à la parole. Plus fréquemment, on attend beaucoup de celui qui va savoir y faire avec la souffrance, la peur, l'angoisse. Un tel postulat de toute-puissance peut par exemple prendre la forme d'une certitude dans ses capacités à faire arrêter un sujet de fumer, de manger, de boire. L'idéal d'un être qui sauve et répare est un fantasme solide qui sous-tend toute démarche d'aide et de soin. Il y a donc pour le clinicien qui inaugure une pratique en ce lieu à interroger autant l'absence de demande que la nature des demandes immédiates.

Mais ce qu'un psychologue peut apporter, il a en revanche à le faire savoir. Il peut venir s'entretenir avec le malade qui l'accepte. Il est soumis au secret professionnel mais se doit de transmettre certains éléments nécessaires à l'hospitalisation. Le savoir sur lequel il s'appuie pour penser sa pratique clinique est rationnellement fondé (il s'oriente à partir de certains savoirs : psychiatrique, psycho pathologique, psychanalytique, de la psychologie clinique et non pas de la graphologie, de la kinésiologie ou de la thérapie par la couleur !) et transmissible. L'objet du psychologue est la parole qu'un patient lui adresse, ce qu'il lui donne à entendre, à voir également. Ses méthodes sont diverses et vont de l'entretien clinique, de la passation de certains tests, à la psychothérapie quand il s'y est formé. Il vise à l'autonomie de la personne hospitalisée, au respect de sa particularité.

Une question délicate se pose concernant ce que le psychologue doit écrire dans le dossier patient anciennement nommé dossier médical. Les enjeux sont multiples, contradictoires : le secret professionnel, le souci d'expliquer, la volonté de savoir des équipes, la nécessaire information des médecins, la consignation statistique de tous les actes hospitaliers, la reconstitution d'un parcours de soins, de l'histoire d'une maladie, le projet de création d'un dossier médical personnalisé. Or, si le proverbe enseigne que les écrits restent alors que les paroles s'envolent, on notera à l'inverse que si nous savons à qui nous parlons, nous ignorons qui

nous lit. Le psychologue a ainsi à être très vigilant sur le destin de ses écrits dans la mesure où la signification lue dans les termes qu'il aura transcrits ne sera peut-être pas celle qu'il aura voulu donner. « Hystérie », « névrose », « psychose » sont par excellence des termes que le langage courant a galvaudés ; les diagnostics sont source de tous les contresens et autres stigmatisations. À l'écrit, le psychologue fera donc mention de son passage, de la problématique évoquée, de réponses très concrètes quant aux interrogations médicales motivant sa venue – le sujet est effectivement déprimé ou pas, la nature du symptôme –, de la poursuite ou non des entretiens (jour et heure du prochain rendez-vous doivent être notés dans le dossier d'hospitalisation ; ces informations sont généralement notées dans les transmissions infirmières) ainsi que, en cas de sortie du patient, des orientations proposées après l'hospitalisation. À l'oral, il est davantage possible, tout en étant le gardien des confidences du patient, de transmettre aux équipes, aux médecins, ce qu'il apprend au psychologue de son expérience singulière.

Porter ou ne pas porter la blouse ? Derrière ce drame vestimentaire se drape la question identitaire de savoir s'il est un soignant comme un autre. Or, il ne l'est pas à proprement parler, au sens où sa visée première n'est pas de soulagement, de mieux-être, même si les effets thérapeutiques préoccupent ce clinicien, s'il a le souci de l'efficacité de son acte. Sa finalité première est une recherche de vérité en tant qu'il amène le sujet à pouvoir dire ce qui cause sa souffrance. Il arrive que les équipes infirmières sollicitent le psychologue pour une patiente affectée et en pleurs. La rencontre peut se justifier, bien que la tristesse ne soit pas encore une maladie. Or, le clinicien ne « veut » pas gommer cet affect par quelques réconforts altruistes. Il cherche tout autre chose en invitant à en dire les raisons. Et de ce dire nouveau touchant à la cause seulement peut venir un soulagement véritable. C'est parce que la parole a rapport avec la vérité intime d'un sujet, douloureuse, refoulée, qu'elle est si difficile et porteuse. En conséquence de quoi, elle ne se « prescrit » pas arbitrairement.

Le psychologue opère donc en étant à cette place décalée de celui qui ne demande pas au sujet de faire ce qu'on aimerait qu'il fasse, de réagir comme il devrait réagir, qu'il doive se réjouir de sa chimiothérapie parce qu'elle répond bien, de ses cheveux qui repousseront, de ce diabète qui n'empêche pas de vivre. Sa méfiance envers les évidences, envers « les mirages de la compréhension », représente tout un pan de son travail dans l'entreprise médicale.

1.2. Une position extime

Se déplacer parmi sept ou huit services sans appartenir à aucun engage une tactique pour s'y faire identifier. L'ouverture à la rencontre,

une certaine propension à « aller au-devant de » est inévitable et donne à ce profil de poste un côté « relationnel » que le professionnel doit apprécier. Les équipes sont nombreuses, se renouvellent souvent et impliquent de venir régulièrement y prendre le pouls, sonder l'actualité du jour. Attendre classiquement la demande est voué à l'échec. En clair, on pensera moins à faire venir le psychologue parce qu'un patient va mal que l'on pensera au patient qui va mal parce que le psychologue vient dans le service. Cette dialectique est fondamentale dans un lieu comme l'hôpital.

Cette modalité de fonctionnement intégrée, les sollicitations affluents. De la part du corps médical, les motifs peuvent se décliner comme suit. Un trouble a été « bilanté », les examens ne révèlent pas d'étiologie organique. Proposition est alors faite au patient de rencontrer un psychologue. Dans ce passage très délicat pour un patient comme pour le médecin, on remarquera qu'il y a des manières de dire qui sont décisives. L'affirmation d'une causalité psychique toujours porteuse de suspicion convoque surtout chez un patient sa résistance, légitime au demeurant, et lui laisse donc peu de place pour s'interroger sur la non-réponse de la médecine à son symptôme. L'expérience montre que le médecin qui maintient sa prise en charge médicale tout en proposant au patient d'aller parler au psychologue de ce qui lui arrive favorise le cheminement dans la transformation d'un symptôme médical en un symptôme analytique, c'est-à-dire analysable. Faire exister un trou dans le savoir médical aide davantage à une subjectivation du sens du symptôme. « Le médecin m'a dit de venir vous voir et je ne sais pas pourquoi » : propos classique qui trahit bien la difficulté de ce moment de passe complexe.

Les demandes d'avis diagnostique, de suivi psychologique post-hospitalisation quand le psychologue a des consultations externes, sont fréquentes. Il peut aussi être demandé de rencontrer un patient qui « va mal », est « déprimé », « choqué par sa maladie ». Ses propos sont inquiétants, il n'envisage plus de se soigner ou, à l'inverse, il n'est en rien affecté par son grave état de santé. Les infirmières, aides-soignantes, au plus près de la souffrance des patients, sont de précieux relais de ses problématiques (quand le chef de service leur laisse l'initiative de prévenir le psychologue). Face à ces demandes, il y a un savoir précis à mobiliser, des hypothèses, des propositions à faire, avec le souci de leur compréhension par les différents interlocuteurs.

La question est de savoir aussi interroger les cas de figure où ces demandes d'intervention du psychologue auprès d'un patient semblent contenir un désir autre, celui du soignant lui-même. Au-delà de la fameuse CAT (conduite à tenir), qu'entendre derrière la demande explicitement formulée au psychologue à propos de ce patient qu'on aimerait aider à parler parce qu'il est sous le choc de la récurrence de

son cancer ? Ne voudrait-on pas au fond faire taire sa révolte, chasser l'impuissance qu'il renvoie ? Il s'agit de repérer les enjeux de la demande, ses aspects implicites, afin d'opérer, avec tact et rigueur, un déplacement de la problématique de savoir qui, en fin de compte, ne supporte pas la souffrance.

Le psychologue est également au cœur du travail avec les équipes soignantes quand celles-ci sollicitent la mise en place d'une supervision. Le psychologue n'y intervient pas en position d'expert, de « savant » sachant la bonne manière de faire avec la mort, par exemple. Il se fait tout au contraire le porte-voix du savoir de chacun et fait entendre ce qui ne s'entend pas dans ce qui se dit, dans ce qui se vit. On ne chasse pas l'angoisse avec un guide de bonnes pratiques mais en pouvant nommer ce qui la génère. Le psychologue fait reconnaissance de chacun dans sa fonction, inquiète à l'occasion, déculpabilise bien souvent. « J'avais le droit de lui dire ça ? », se demandent souvent les aides-soignantes confrontées aux questions des patients. La médecine moderne, par sa protocolisation, a d'une certaine façon glacé le lien social dans la relation de soin. Le psychologue tente d'en décadencer les effets. Tel est ce qui fait sa juste place, sa place *extime*. Ce néologisme emprunté à Jacques Lacan sert à désigner ce qui, tout en étant à l'intérieur, reste autre, extérieur à soi, l'inconscient par excellence.

Un point constant que le psychologue retourne aux soignants est cet écart inévitable mais toujours oublié entre l'aspect d'habitude, d'évidence qui fait la pratique des soignants et la dimension d'expérience nouvelle, traumatique que constituent un séjour à l'hôpital, un examen, une maladie. Ce qui fait routine pour les uns est pratiquement toujours un événement historique et personnel pour les autres. Il peut arriver qu'un service ait trois décès en peu de temps. Prévient-on la troisième famille comme on informe la première ? Faire métier de telles expériences oblige à se rappeler la formule d'Eugène Ionesco dans *Le Roi se meurt* : « chaque homme est le premier à mourir » (1963, p. 60). L'obsession du psychologue se joue là : faire rappel à chaque fois au cas par cas pour qu'on ne puisse pas dire « le » malade, mais « ce » malade.

1.3. Une équipe mobile, un travail d'équipe

Fort heureusement, le psychologue n'est pas seul dans cette tâche. Son articulation avec psychiatre, infirmiers psychiatriques, assistante sociale est cruciale. Statutairement autonome de la tutelle médicale quand il a la chance d'être titulaire de la fonction publique, sa marge de manœuvre est pourtant tributaire de son niveau de collaboration avec le psychiatre chef de l'unité. Cette collaboration dépend d'une reconnaissance mutuelle, c'est-à-dire de la reconnaissance de l'utilité et de la spécificité de chacun. Si le psychiatre reconnaît le pouvoir de la parole sur le

symptôme, refuse la toute-puissance de la réponse pharmacologique, alors le psychologue peut prendre sa place. Le psychologue se doit en retour de reconnaître la nécessité de l'introduction d'un traitement, repérer son inadaptation, se former à la sémiologie psychiatrique, afin de pouvoir faire appel à ce spécialiste, aux effets de sa position d'autorité, à son pouvoir de contrainte parfois nécessaire, à ses connaissances médicales pour éclairer les tableaux cliniques.

Les infirmiers psychiatriques se confrontent à ce qui souvent rebute le psychologue : l'urgence. Présents à l'arrivée aux urgences d'une personne en état d'agitation violente, en état confusionnel aigu, d'un accidenté, d'une personne ayant tenté de se suicider, recevant les proches désemparés, ils ont pour quotidien les situations de crises. Accueillir, interroger, écouter, soigner, contenir, entraver constitue l'amont de la prise en charge. Ce premier recueil d'information, cette première évaluation clinique, ces paroles entendues dans le feu de l'action, ces premiers mots dits à des arrivants sont ainsi indispensables pour celui qui est en aval. Les infirmiers psychiatriques ont aussi cette possibilité d'accompagner et de suivre les malades inquiétants, très anxieux dont le soutien doit être intensif, la nuit, les week-ends. Bref, une réelle coopération riche d'une dynamique collective passe par le fait de préserver, dans le tumulte d'une équipe mobile, l'espace de retrouvailles nécessaire – temps d'échange – à la survie d'une équipe où la réflexion sur les situations se forge et s'impose.

1.4. L'entretien clinique à l'hôpital

L'économie, maîtresse du monde moderne, joue aussi sa partie de plus en plus oppressante sur le soin ; la vitesse y devient essentielle. Le psychologue en est influencé dans la logique de son intervention : la brièveté des suivis, le peu de rencontres offertes pendant l'hospitalisation obligent à travailler sur la mise en place des conditions d'émergence de la demande. Une certaine logique, qui se réfère à la notion de temporalité mise en évidence par Lacan (1966a), structure la façon de mener les entretiens qu'il faut penser comme préliminaires à une suite éventuelle. Partant de la probabilité de deux voire trois entretiens au cours de l'hospitalisation, le clinicien accueille la première rencontre comme l'instant où s'exposent le problème du patient, l'histoire du symptôme, le contexte de sa souffrance. Or, ce n'est pas l'anamnèse classique qui est visée, l'histoire de la maladie, mais l'histoire du sujet malade lui-même aux prises avec un point de butée de son existence.

Ce Temps Un est bien sûr l'occasion d'un premier repérage diagnostique de la problématique en jeu – névrotique, psychotique –, mais surtout de cerner ce qui fait au-delà des apparences la question du sujet. On mesure ainsi si un sujet peut dire autre chose de son problème

somatique que ce qu'il en dit au médecin. Il faut également l'y aider par des questions. Idéalement, il y a alors à clore cet entretien sur la surprise que produit ce passage possible du problème de départ aux raisons latentes révélées ensuite. Le clinicien opère une « coupure interprétative » qui laisse le sujet sur une question soulevée. Par exemple, une femme de 35 ans atteinte d'un syndrome d'asthénie chronique invalidant fut amenée à dire : « De toute façon, avec les parents que j'ai eus, j'ai jamais eu le droit de me reposer ! » Le psychologue l'arrêta là pour lui signifier qu'il y avait ici quelque chose à reprendre. Sans prétendre faire de cette raison « la » cause du symptôme, cela permit l'amorce d'un autre discours. L'entretien deux permet alors de vérifier si un « temps pour comprendre » vient donner au sujet l'occasion de se laisser déranger par l'inédit du premier. De ce moment de conclure, les suites à donner dépendent : fermeture de l'inconscient, répétition ou soutien d'une demande et invitation à poursuivre ailleurs. La connaissance du réseau extérieur des confrères et institutions se révèle par conséquent indispensable.

1.5. Un danger : la paramédicalisation

Deux anecdotes font paradigme pour rendre palpable une difficulté relative à la logique médicale. Un psychologue se vit reprocher de ne pas faire maigrir assez vite les patients adressés pour surcharge pondérale. De même, il se vit proposer un jour de faire passer un questionnaire pour dépister chez les cas d'obésité morbide les antécédents de traumatisme sexuel. En plus de l'instrumentalisation qu'il doit refuser dans cette volonté de savoir, le clinicien a surtout à montrer fortement le danger véritable que constitue cette approche pour le patient lui-même. Demander hors transfert à quelqu'un s'il n'aurait pas été abusé dans son enfance est une question qui peut faire des ravages après-coup, que la personne ait été abusée ou pas. Le souci médical d'aider plus vite ces personnes en devançant les confidences d'un trauma qui ne viendront peut-être jamais s'appuyait sur la méconnaissance flagrante de ce que doivent être les conditions psychologiques d'une parole de révélation.

C'est en ce point fondamental que le psychologue doit enseigner à la médecine la « fonction » du symptôme. Si un sujet se gave pour combler quelques sensations de vide, et jouir de quelques « douceurs » (*dixit* une patiente qui réalisait qu'elle mangeait ce dont elle avait toujours manqué), c'est précisément pour se défendre de ce que cela recouvre ; par exemple, et c'est fréquent dans la boulimie, du regard désirant des hommes. Le symptôme est une défense du sujet, dont il souffre mais qui inconsciemment le protège. C'est pourquoi, paradoxalement, il y tient tant. Le psychologue doit donc rappeler à la médecine, quand elle veut faire de la psychologie, ce vieux principe de la médecine même :

primum non nocere. En effet, il y a des équilibres psychiques, symptomatiques, certes douloureux, mais dont il vaut mieux ne pas bousculer sans précaution l'économie pulsionnelle. Qu'un symptôme ne soit pas une nuisance à gommer mais une réponse subjective peut être transmis à l'équipe médicale. Le fait d'aider une personne à trouver une autre solution à son conflit ne peut pas se faire par le truchement de la *furor curandis* mais avec le temps du transfert, de la confiance. Ces tentatives d'arrondissement de la fonction du psychologue à des fins de savoirs et de maîtrise vont bon train. Il appartient à la profession d'y résister.

2. Clinique du corps

2.1. Le corps en médecine et en psychanalyse

L'objet clinique premier du psychologue hospitalier est le corps. Mais, nuance fondamentale, le psychologue ne touche pas ce corps malade ni ne l'appréhende par son regard. Ce corps lui est parlé, raconté. Il est celui qu'un sujet a. Cette relation de propriété révèle alors toute une gamme de relations particulières. Une anecdote relatée par un médecin très surpris en donne l'indice. Il constate devant son patient qu'il revoit après quelque temps que sa santé pulmonaire va mieux. Réponse presque agressive : « C'est pas ma santé, docteur, c'est moi qui vais mieux ! » Si l'animal *est* son corps, l'être humain est malade d'avoir un corps. Ce corps reste pour lui une altérité qu'il peut adorer, cultiver, mais aussi ignorer, négliger, léser, trouer, marquer, vider, détruire. Il peut en jouir au-delà de son propre bien, jusqu'à la mort même. La médecine examine un organisme, le psychologue entend un sujet aux prises avec un corps jouissant. Cette duplicité crée un écart qui fait toute la difficulté et la fécondité des rapports entre médecins et psychologues.

L'appel au psychologue part d'un point de butée de la rationalité médicale pour rendre raison d'un phénomène somatique et de l'idée que le sujet malade est concerné par cet échec. Ce sujet peut aussi venir à se manifester pendant que la médecine s'occupe de lui ; autrement dit, lorsqu'un *effet-sujet* entre en scène, brouillant énigmatiquement une fonction organique, compliquant le déroulement d'une thérapeutique. Évidemment, l'inconscient est de la partie, en tant qu'il est ce lieu où le malade loge les signifiants de ses désirs, de ses fantasmes, de ses complexes. Or, si le corps peut en être l'objet, il en est aussi le lieu d'inscription. Le plaisir de la bouche, jouissance autoérotique que chaque nourrisson inaugure, est cette mutation spécifiquement humaine de l'oralité qui fait à elle seule un « ennemi » considérable de la médecine contemporaine. Bref, une série de symptômes, d'affections, de souffrances subjectives très particulières s'en déduisent. Même si le réel que la clinique impose ne parle pas tout seul et que sa compréhension reste

tributaire de l'élaboration du clinicien. C'est en cela que le psychologue, toujours ouvert à se laisser surprendre – qualité de l'homme de science et unique moyen d'accueillir un fait dans sa singularité –, se doit aussi de polir le plus possible la sensibilité de ses lunettes théoriques. D'où la nécessaire formation continue à laquelle doit s'astreindre ce professionnel, en se tenant informé des avancées de la recherche en lien avec son champ d'intervention, voire en mettant en place ses propres recherches.

2.2. Une intruse à l'hôpital : la pulsion

Le concept révélat par essence en quoi un corps est plus que ce que l'anatomie et la physiologie peuvent en dire est celui de pulsion. Cette notion freudienne permet de penser un certain nombre de phénomènes où le corps humain apparaît comme sujet au manque et à la jouissance. D'autant plus que l'hôpital se trouve concerné par la prise en charge de nouveaux symptômes issus de la société d'hyperconsommation : trop manger, trop fumer, trop boire. On pourrait montrer qu'en fin de compte presque tous les services médicaux sont concernés par l'existence d'un désordre possible d'un organe précisément parce qu'il peut se faire objet d'un investissement pulsionnel qui en dédouble la fonction. En effet, on appelle en psychanalyse « étayage » le fait que la satisfaction d'un besoin organique est toujours couplée à une autre opération : la jouissance qui s'en dégage. La pulsion d'autoconservation fait donc le lit d'une pulsion sexuelle qui implique par exemple que manger puisse s'affranchir du sentiment de la faim. Les personnes diabétiques font d'ailleurs l'expérience parfois déprimante d'une alimentation amputée de la jouissance régressive du sucré et toute rivée à une stricte rigueur diététique.

La pulsion est cette poussée interne au corps qui part de zones précises, les trous corporels. Leurs bords (yeux, fente palpébrale, lèvres, cornet de l'oreille, sexe, anus, etc.) situent le foyer d'un manque où vient se coller l'objet de la pulsion. Ces fentes orificielles sont ces espaces où l'organisme s'appareille au langage, à l'Autre (par la parole, le cri, la bouche, la voix, la vue, etc.) ; ils fixent des foyers de jouissance et prennent des significations langagières propres à une famille, à une culture, à un sujet. Les pulsions sont bien représentées par les mots. C'est ainsi que peut faire l'objet de nombreux examens cardiologiques sans résultat probant le cœur douloureux d'une dame de 76 ans qui confiera en un unique entretien que son cœur saigne car elle garde tout au fond de son cœur son mari récemment décédé d'une maladie du cœur, pendant que les enfants manifestent, depuis, leur cœur de pierre¹. Le signifiant

1. Le déplacement purement signifiant des représentants de l'énergie pulsionnelle n'est pas une généralité. Le psychologue n'adhère nullement à l'idée d'une dimension symbolique de tous les troubles somatiques. Cette particularité du phénomène conversif est montrée au chapitre 3, En néonatalogie, une présence de côté.

transporte ainsi la pulsion, la stimule, la déplace, tout comme il peut l'inhiber. Une autre satisfaction déborde la fonction vitale et d'autoconservation dans laquelle sont engagés les organes et vient combler ce que le sujet rencontre dans son existence, castration, frustration, privation. On comprend alors ce qu'il y a de spécifique dans la clinique de l'anorexie, la boulimie, la potomanie, des colopathies fonctionnelles, de la logorrhée, du tabagisme, de l'alcoolisme. Tel le cas de la cécité psychogène, grand classique des services d'ophtalmologie ; Freud (1910) a mis en évidence le rôle de la pulsion scopique dans cette « *exagération du rôle érogène de l'organe* ».

Ainsi, au-delà de la valeur symbolique du symptôme, il y a une pure activité de jouissance autarcique, hors sens, qui ne demande rien et qui est, elle, très difficile à déplacer. Toutes les stratégies en addictologie y sont confrontées, qu'elles se veuillent rapides et « centrées sur la solution » ou pas. Ces éléments démontrent combien le psychologue ne se réduit pas à incarner en médecine un « supplément d'âme », et combien sa pratique soutient l'effectivité de l'inconscient dans la chair même.

2.3. Hystérie, psychosomatique, phénomène de corps

Une clinique des plus passionnantes à l'hôpital est celle des symptômes hystériques. Défi aux lois de l'anatomie, perplexité constante du médecin, le phénomène de la conversion suscite bien des demandes. Freud y puisa le tranchant de sa découverte en distinguant les paralysies hystériques des paralysies motrices organiques. Avec ces symptômes « fonctionnels », le corps est ce livre où vient s'écrire un texte interdit, refoulé de la conscience. Ce bras qui ne bouge plus a touché ce qu'il ne fallait pas, cet œil qui semble ne plus voir est la mémoire d'un désir invisible, cette dystonie des doigts vient d'une main qui ne « peut » plus écrire. La fonction de métaphore y fonctionne pleinement et se démontre d'une façon éclatante quand le trouble corporel chute lorsque le sujet retrouve les représentations inconscientes pathogènes. Ici, cette main qui arrête de se tordre quand la jeune fille entend parler des circonstances de l'abandon de son père à sa naissance. Le symptôme est donc interprétable puisqu'il est une substitution signifiante. La conversion hystérique est par conséquent ce processus de défense contre un excédent sexuel incompatible que Freud théorise dès 1896. La nosographie psychiatrique et la psychanalyse ont beau avoir depuis longtemps départagé hystérie et simulation, il reste une habitude en médecine de penser qu'un sujet hystérique fait « semblant » d'avoir une paralysie des membres inférieurs, ou qu'il « imite » le tableau de la migraine ou de l'épilepsie. Savoir répondre à ce qui se présente comme négation de l'inconscient est une tâche ardue qui incombe au psychologue.

Le champ psychosomatique, lui, se caractérise par l'objectivité de lésions déterminées histologiquement attestables. Pourtant, elles font énigmes car elles sont sensibles également aux effets de la parole et à la suggestion. Le mécanisme en jeu est tout autre. Lacan parlait du « phénomène » psychosomatique (PPS) pour pointer précisément qu'il n'a pas la structure métaphorique du symptôme hystérique et qu'il est, par ses cycles d'apparition et de disparition, simple monstration. Il a éminemment à voir avec le regard incarné sur la peau. Il n'est pas l'indice d'un défaut de mentalisation, une incapacité à transformer le corporel en fantasmes et en pensées, mais plutôt l'inertie d'une fixation pulsionnelle équivalent à une marque, une écriture sans sens. L'eczéma, le psoriasis ne s'interprètent pas mais traduisent une réponse d'un sujet hors du registre signifiant face à une rencontre insymbolisable avec le caprice de l'Autre, l'énigme de l'Autre ou encore la révélation d'un secret (Merlet et Dewambrechies-La Sagna, 1995). Il ne fait évidemment pas l'objet d'une « belle indifférence » de la part du malade comme dans l'hystérie. Cette distinction hystérie/psychosomatique est centrale pour tenter d'appréhender la fonction et la logique du symptôme somatique au regard de l'inconscient. Elle aide à penser l'émergence de maux nouveaux qui foisonnent en médecine : fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, syndrome polyalgique diffus, etc.

2.4. Le trauma et le réel

Le corps a aussi ses atteintes sans que l'inconscient du sujet y soit impliqué. Le registre du réel est alors convoqué et se manifeste sous une forme très précise, celle du trauma. Un centre hospitalier est en effet ce lieu où un sujet vient faire l'expérience de l'accident. D'une manière contingente, brutale, hors sens, sans maîtrise aucune, le corps y est blessé, fracturé, amputé, détruit dans sa forme et son image. La clinique de la névrose post-traumatique est en jeu. À l'inverse des symptômes précédents, le traumatisé mesure toute l'impuissance des mots à changer ce qui est arrivé. Le refoulement y est mis en échec, la scène insupportable revient automatiquement à l'insu du sujet, le harcelant dans ses rêves, causant angoisse, effroi au-delà du principe de plaisir même. Une compulsion de répétition attache l'accidenté aux images de son choc, qui reste figé au trou noir de l'insondable point de bascule.

Le psychologue, qui mesure aussi à ces instants toutes les limites de son action, a pourtant à stimuler cet effort de symbolisation d'un réel, à aider ce travail de « liaison », comme disait Freud, du hors-sens. C'est que l'atteinte de l'intégrité du corps à travers une modification de sa forme ou une amputation touche à l'effroi ultime de l'être humain. « La crainte de la mort [...] est psychologiquement subordonnée à la crainte narcissique de la lésion du corps propre » (Lacan, 1966b). La blessure

psychique est telle que le refus par le sujet d'une vie amputée de son corps d'avant est un risque qu'il faut prendre au sérieux. Mais quand il en a le temps, le psychologue a aussi à saisir comment cet événement vient s'inscrire dans l'histoire du sujet, dans la mesure où cette perte, en plus d'être réelle, vient également en réactiver d'autres possibles ou passées : du conjoint, de l'autonomie, de la brillance phallique, du goût de soi, etc. Ce travail de déchiffrage inconscient est crucial. Les rêves en sont un indice. Ainsi cet homme de 37 ans, amputé d'une jambe à 20 ans, qui vint consulter pour des angoisses paroxystiques que l'alcool et l'agressivité ne contenaient plus. Presque toutes ses nuits depuis 17 ans étaient l'objet de deux rêves : la pure répétition de l'accident de travail, et sa jambe toujours présente, jamais amputée, le plongeant répétitivement dans l'horreur de cette absence à chaque réveil. Après 6 mois d'entretiens, un rêve le bouleversa et vint conclure une pacification nouvelle : sa jambe avait été greffée. Le désir inconscient de vouloir sa jambe faisait désormais compromis avec le fait qu'elle avait bien été perdue. Cela modifia totalement son rapport à la prothèse et aux douleurs qu'elle lui causait. Cela nous montre aussi que le temps psychique ne suit pas forcément l'évolution physique. Le retour à domicile, même avec une humeur satisfaisante, peut être très délicat et déclencheur d'un effondrement insoupçonné durant la rééducation. La notion freudienne d'*après-coup* selon laquelle ce n'est que dans le temps second que le temps premier prend un sens est ici cardinale pour tenter d'y parer.

3. Les paradoxes de l'être-malade

3.1. L'étrange syndrome de Munchhausen

Très curieusement, une amputation n'est pas toujours une catastrophe subjective. Il en est ainsi de ce syndrome de Munchhausen qui ne se rencontre que dans l'univers hospitalier. La raison en est que ces sujets refusent catégoriquement de déchiffrer l'étrange jouissance clandestine de cette envie de se faire ouvrir, de se faire amputer. La plupart du temps, les médecins ne commencent à faire l'hypothèse de ce diagnostic qu'après la répétition des hospitalisations, l'insuccès à définir l'étiologie pathogène.

En 1951, Asher, médecin américain, redonne avec son syndrome une actualité à ce que Charcot nommait les « chirurgicomanes ». Des traits nouveaux sont effectivement très évocateurs du fameux baron : les voyages nombreux des patients, les histoires dramatiques, plausibles (donc pas délirantes) objet de récits truculents et évasifs, des mensonges dont l'aspect flamboyant est la marque, une façon brutale de quitter l'hôpital, les cicatrices suite à d'innombrables interventions chirurgicales.

L'approche psychanalytique (Abelhauser, 1999) se centre sur la position subjective de ces patients, notamment la duplicité fondamentale entre une conduite secrète, conductrice d'une grande jouissance sûrement indicible et une plainte qui s'adresse à l'Autre médical pour intervenir réellement sur ce corps (laparotomie, amputation). Et le Munchhausen use du discours pour authentifier sa douleur et sa demande. Ces sujets se font un blason glorieux de leur histoire extraordinaire et sollicitent donc ce recours imaginaire pour obtenir une stabilisation d'une identité obtenue sur fond de duperie.

Au-delà d'une logique de tableau statistiquement fondée, le clinicien, lui, est confronté au cas par cas, où la question diagnostique est complexe, plus floue. Un cas remarquable permet de mettre en avant la complexité de cette problématique et son affinité avec la structure psychotique hors déclenchement. Alors que tout se passe bien, pour cet homme de 50 ans, sans domicile consigné dans le dossier, hospitalisé pour un mal perforant plantaire dû à son diabète, une étonnante dimension conflictuelle fait irruption. Il accepte de rencontrer le psychologue et l'accueille chaleureusement dans sa chambre où des livres de médecine et des revues de vulgarisation scientifique sont posés sur sa table. Il pose d'emblée avec aplomb le signifiant-maître qui le représente : « *Je suis directeur de recherche à l'Inra.* » Le psychologue prend acte de cette identité déclinée comme un blason, où l'on comprend très vite qui est censé être le sujet-supposé-savoir. Il raconte alors spontanément sa vie et ce qui l'a amené à l'hôpital. Les trous de cette histoire ne font pas question pour cet homme qui n'a pas d'hésitation à exposer son savoir sans faille, mais dont les invraisemblances franchement assumées frappent immédiatement.

Or, tout cela est présenté sous le signe de la perte. Il n'est plus à l'Inra (Institut national de la recherche agronomique) depuis le décès de son fils 7 ans auparavant. Ce fils devenu interne en médecine pour soigner son père s'est tué à moto à l'âge de 25 ans. L'examen des dates et des âges ne révèle pas de contradiction. Le deuil de ce fils idéal est dévastateur : alcoolisations, comportements maniaques, etc. Il passe à l'acte en effectuant un voyage pathologique en Afrique. Il connaissait déjà le continent noir pour y avoir travaillé avec l'Inra en contribuant à la création d'une vache génétiquement modifiée pour le Burkina Faso afin qu'elle puisse produire non pas 5 mais 15 litres de lait par jour ! La consultation aux archives du dossier médical de notre « chercheur agronome » révèle un parcours édifiant : il passe cinq fois en 8 ans dans divers services de l'hôpital, habite dans diverses régions, a des problèmes d'artériopathie diabétique qui évolue avec ostéite, surinfection, début de septicémie. L'âge du patient varie d'une façon très anarchique. Le décès du fils est mentionné mais daté d'une manière variable comme si cet événement semblait avancer dans le temps avec lui, comme si,

en vieillissant, il ne pouvait s'en séparer. L'ombre de l'objet perdu suit indéfectiblement cet homme. Ces nombreux séjours en chirurgie avaient pour objet une amputation de certains orteils. Le patient continuait à négliger ce pied, il ouvrait lui-même les plaies, réitérant par là même sa demande de soin. On peut comprendre ce recours répété à une mutilation comme une modalité très particulière de suppléance de la psychose où s'illustre un effet de « pousse à l'amputation » qui n'est pas un laisser-tomber du corps mais un appel à la castration dans le réel.

La question des examens médicaux invasifs oblige à une parenthèse. Lacan (1955-1956) fit remarquer à propos d'un cas de déclenchement de névrose le rôle décisif d'une série d'examens radiographiques qui avait mis le sujet passivement sous le feu d'instruments mystérieux. Cette remarque est d'actualité puisque les pratiques liées à l'endoscopie révèlent souvent deux positions subjectives chez les sujets masculins notamment : soit une angoisse liée à la traversée traumatique du fantasme, soit une expérience de jouissance liée à la position passive.

3.2. Crise et urgence subjective : la tentative de suicide

En France, chaque année, 160 000 personnes environ tentent de se suicider ; 12 000 en meurent. Ce phénomène incompressible dont l'ampleur est nouvelle et propre aux sociétés modernes est un problème de santé publique dont le point d'impact se situe à l'hôpital. La quasi-totalité de ces personnes y est conduite. L'état de crise et d'urgence est optimal dans ces situations : instabilité clinique, diagnostic difficile, hospitalisation non préparée, panique du contexte familial, nécessité d'un apaisement, résistance du patient et promptitude de la décision d'orientation. Bref, la gestion de la crise suicidaire incarne le paradigme même du travail de psychiatrie de liaison.

Passé la prise en charge médicale aux urgences, en réanimation, les enjeux sont pluriels. Un service de neurologie peut parfaitement voir un de ses lits occupés par une jeune fille qui a fait une intoxication médicamenteuse volontaire (IMV), ou un psychotique qui a avalé un verre de Destop®. La diplomatie est de rigueur pour s'occuper dans la hâte de ce malade qui n'en est pas tout à fait un. Dès les urgences, il y a une collecte de données à effectuer sur l'histoire, le contexte du suicidant. Il y a une famille à écouter, à interroger, parfois à réveiller, voire alarmer. L'articulation entre infirmières, psychologue et psychiatre est décisive pour la décision d'orientation qui est définie par la rigueur avec laquelle le risque de récurrence est pris en compte. La carte à jouer du psychologue dans cette urgence subjective tient au fait de considérer un certain nombre de questions cruciales. C'est là également que l'orientation de sa pratique par la psychanalyse l'aide particulièrement

à affiner le problème psychopathologique, et en premier lieu la question de la structure clinique du sujet suicidant. Depuis longtemps a été abandonnée l'idée classique en psychiatrie selon laquelle le passage à l'acte suicidaire était l'apanage de la maladie mentale. Malgré son énigme tragique, le suicide n'est en rien pathognomonique de la psychose. Il est une virtualité de tout être parlant, une liberté même, pensait Nietzsche. Le clinicien a donc à redoubler de précision dans son repérage des particularités subjectives en jeu dans l'acte, et surtout à saisir à quelle impasse il tente de répondre. Cette prise en compte de la structure, bien que difficile, est incontournable pour juger des possibilités d'un sujet à traiter juste par la parole une impasse avec son désir, sa culpabilité, son rapport avec le désir de l'Autre, un contexte conflictuel, ou si au contraire le passage à l'acte relève d'un effet de « pousse-à-la-mort » (Deffeux, 2004, p. 53) propre à la psychose. Dans ce second cas, le défaut de la signification phallique et la pente à se faire l'objet déchétié de la jouissance de l'Autre conduisent le sujet, quand il ne parvient pas à y suppléer par l'invention d'une raison d'exister, à s'en séparer par sa disparition même. Le risque suicidaire est donc une potentialité intrinsèque à la psychose, qui oblige à beaucoup de vigilance. L'absence d'intentionnalité ne doit en aucun cas faire croire à un moindre risque puisqu'elle est propre au passage à l'acte chez le schizophrène. À l'inverse, si le névrosé obsessionnel pense beaucoup à sa mort, il franchit rarement le cap de sa pure pensée. En revanche, l'hystérique en est moins immunisé.

Deuxièmement, le psychologue doit considérer la question du *modus operandi* de la tentative de suicide. La nature du geste produit est cruciale pour éclairer le diagnostic. Or, la gravité du mode opératoire est très souvent indicatrice de la structure psychotique – l'inverse n'étant pas vrai. L'IMV n'est en rien comparable à la déféstration, l'absorption d'antalgiques à celle d'eau de Javel. La distinction est essentielle en ceci que le rapport du sujet à son corps n'y est pas le même, tout comme la présence maintenue ou pas d'un Autre à qui on adresse son geste ultime. Le diagnostic différentiel s'en trouve grandement aidé et les modalités d'accompagnement diffèrent. L'examen de cette question du *modus operandi* n'est pas à négliger, alors que précisément on voit cet élément clinique disparaître du dernier rapport de l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) sur « l'autopsie psychologique » du suicide. Sophie Bialek-Sidon (2006), psychiatre et psychanalyste, rappelle que les IMV sont cotées aux urgences sans référence à la nature du produit ingéré alors que 90 % des tentatives de suicide sont médicamenteuses.

Troisièmement, une considération conceptuelle propre à l'enseignement de Lacan (1963-1964) permet d'éclairer les motifs inconscients du geste suicidaire selon qu'il relève d'un *acting-out* ou d'un passage

à l'acte. L' *acting-out* est ce mode d'agir du sujet qui garde une valeur symbolique. Il y a intention de s'adresser à l'Autre mais sur le plan d'une monstration, pas d'une parole. Le sujet montre quelque chose qu'il ne peut dire. Le lien à l'Autre n'est pas brisé. C'est l'exemple de l'adolescent qui avale les médicaments d'un de ses parents à un moment où ils vont pouvoir s'en apercevoir. Le suicide est bien souvent manqué dans ce cas-là. Cela ne veut pas dire qu'il est banal malgré l'inquiétante généralisation de la tentative de suicide médicamenteuse chez les adolescents. Démonstration de détresse, appel à l'Autre mais pas forcément demande d'aide ou appel au secours, l'*acting out* peut s'interpréter et le sujet peut retrouver le désir qui s'y loge... si l'Autre, bien sûr, sait s'en faire témoin. À l'inverse, le passage à l'acte constitue une sortie de scène, un franchissement irréversible où il n'y a plus rien à dire, à montrer, donc à attendre. La séparation d'avec l'Autre y est consommée, les modalités de traitement plus contraignantes.

Enfin, la clinique du sujet suicidant est temporellement précaire. Passé le réveil d'un corps meurtri, les raisons de l'acte ont tendance à se voir rapidement recouvrir par quelques défenses. Untel se rappellera avoir juste voulu dormir, un autre évoquera une simple sortie de route. Si l'intention suicidaire n'est pas niée, elle se dilue vite sous le confort d'un ras-le-bol confus. C'est là que l'on constate que cet acte « procède du parti pris de ne rien savoir » (Lacan, 1974). Le suicide est certes un choix subjectif ; il est aussi un refus de savoir en quoi son désir est touché dans ce qui pousse à vouloir disparaître. Le clinicien, par son écoute, son intérêt, a donc à maintenir ouverte une tentative de subjectivation d'un problème que le sujet ne résoudra pas avec le retour de la bonne humeur. L'entretien a ainsi pour enjeu de générer une demande d'user de la parole pour atteindre d'une autre façon cette « autre vie » qui est parfois espérée à travers le geste suicidaire (La Sagna, 2006, p. 65).

4. En guise de conclusion

Le sujet des sociétés modernes croise nécessairement l'hôpital au cours de son existence. Entre le fait d'y prendre vie et de venir s'y éteindre, il y rencontre la maladie, la douleur, l'idée de sa mort mais aussi de la guérison, de l'espoir. Il y vérifie alors son goût ou pas pour la vie, les liens qu'il a au monde, la famille qu'il a vraiment. Il peut y découvrir les oublis, les excès dont son corps paye le prix. Les soignants doivent se rappeler que la maladie touche l'être dans sa tenue imaginaire, son habillage phallique, ses habitudes existentielles. Elle fait parfois violemment tomber les masques des identifications, forçant à s'en remettre à l'Autre, tel un enfant. Et pourtant, ce lieu que l'on veut toujours quitter est aussi le temps d'une régression, d'un abri où le sujet puise parfois les bénéfices d'une reconnaissance, un réconfort d'une vie trop dure.

Il y a bien un besoin d'être malade où l'homme engage son rapport à la souffrance, à la culpabilité, tout comme la maladie peut aussi, comme l'avait remarqué Freud, guérir le sujet de son goût pour la pulsion de mort, et redonner souffle à un nouveau rapport à la vie. En fin de compte, l'hôpital est devenu ce lieu de vérité de la condition de l'homme moderne. De s'en faire le témoin agissant, le psychologue y tire toute la richesse de son action.

Bibliographie

- Abelhauser, A. (1999), « Pathologies factices et vérité subjective », *L'Évolution Psychiatrique*, n° 164, p. 43–63.
- Bialek-sidon, S. (2006), « Psychiatres et psychanalystes : quelles politiques de santé publique ? », *Mental*, n° 17, p. 66–81.
- Clavreul, J. (1978), *L'Ordre médical*, Paris, Le Seuil.
- Deffieux, J.-P. (2004), « Le Risque suicidaire », *La Cause Freudienne*, n° 58, p. 49–55.
- Freud S. (1910), « Le Trouble psychogène de la vision dans la conception psychanalytique », in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973, p. 167–173.
- Ionesco E. (1963), *Le Roi se meurt*, Paris, Gallimard, coll. « Folio ».
- La Sagna, P. (2006), « Le Suicidaire n'existe pas », *Mental*, n° 17, p. 63–65.
- Lacan J. (1955-1956), *Séminaire, Livre III, Les psychoses*, Paris, Le Seuil, 1981.
- Lacan J. (1963-1964), *Le Séminaire, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil.
- Lacan J. (1966a), « L'Aggressivité en psychanalyse », in *Écrits*, Paris, Le Seuil.
- Lacan J. (1966b), « Le Temps logique et l'assertion de certitude anticipée », in *Écrits*, Paris, Le Seuil.
- Merlet A. et Dewambrechies-La Sagna C. (1995), « Cas en dermatologie », *L'Âne*, n° 60, p. 40–41.

CHAPITRE 3

En néonatalogie : une présence de côté

J. Borie

On ne peut rendre compte d'une pratique de clinicien du champ psy dans un lieu aussi spécifique qu'un service de néonatalogie sans en décrire les conditions très liées à notre modernité, soit à l'extension sans limite du champ de la science. Le « néo » en question indique certes l'intérêt pour les problèmes autour de la naissance : les diverses modalités de procréation médicalement assistée (qui ne cessent de se multiplier), la médecine *in utero* et toutes les prédictions possibles à ce niveau, les malformations, les grands prématurés, etc. Mais ce « néo » indique tout aussi bien que c'est l'appareillage scientifique le plus pointu qui prend désormais en charge ce qui pendant des siècles était vécu comme un événement accompagné surtout par des traditions et des usages symboliques avec un minimum de recours à l'homme de science. Il ne s'agit pour nous nullement de regretter ce temps ne serait-ce que parce qu'il est indéniable que de nombreuses vies sont sauvées grâce aux apports de la science, mais aussi parce que notre travail ne peut trouver son efficace qu'à suivre au plus près les conditions de son époque. Celles-ci déterminent des styles de symptôme vis-à-vis desquels nous nous devons d'être très attentifs. Ainsi, le couple femme-médecin est certes une figure dominante de l'imaginaire occidental depuis Charcot, mais ce n'est pas la même chose d'avoir comme référence l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou une norme sociale.

Dans un service de CHU de pointe comme celui où nous intervenons, les possibilités techniques sont aujourd'hui si avancées qu'elles amènent à poser des questions non seulement impensables il y a seulement quelques années, mais aussi sans issue dans le couple de pensée binaire

problème-solution ; nous sommes aujourd'hui bien souvent devant des choix impossibles. Il nous faut plus que jamais accepter qu'il y a des questions sans réponse et que cela ne nous réduit pas pour autant à l'impuissance – bien au contraire !

L'extension, en particulier, des biotechnologies dans le champ de la procréation – celui qu'on croyait le plus tenir de la nature – met à nu le caractère pas naturel du tout de la filiation et de sa condition supposée, la relation sexuée. Ce « sans-limite » de l'empire de la science moderne sur les corps fait ressortir la nécessité non de s'accrocher aux traditions et formes anciennes de la naissance et de la filiation, mais d'inventer des modalités subjectives nouvelles susceptibles d'accueillir l'enfant avec toutes les bizarreries contemporaines de ses conditions de venue dans notre monde. C'est en effet au bouleversement du sens commun que nous invite la clinique en néonatalogie. Telle mère qui ne voulait pas d'enfant ne peut plus s'en séparer dès qu'elle a accouché ; telle autre qui croyait résoudre sa prétendue stérilité par l'adoption se retrouve soudain enceinte ; ce nouveau-né que la médecine prédictive annonçait handicapé apparaît tout à fait sain ; ce grand prématuré est viable mais on ne sait pas si c'est un garçon ou une fille (aux parents de choisir, la chirurgie fera le reste !) ; ce fœtus mort est-il un humain – à nommer et enterrer – ou un déchet médical destiné à la poubelle ?, etc. La liste est infinie des problèmes impensables auxquels le praticien de la parole se trouve confronté, lorsqu'on fait appel à lui. La première difficulté est liée au statut particulier de la pédopsychiatrie dite de liaison, cadre de nos interventions.

1. Une pratique de « liaison »

Le terme de liaison indique d'abord notre absence de présence permanente qui suppose qu'on (l'équipe médicale en premier chef) nous demande. Et l'expérience montre que c'est le plus souvent à l'occasion d'une crise qu'on nous appelle. Plus de la moitié de nos interventions se font en urgence (à entendre au maximum dans les 48 heures). Ce qui pourrait paraître une condition négative peut se transformer en chance ; c'est du moins le pari que nous faisons. L'idée (qui est un peu un préjugé) souvent véhiculée du travail d'accompagnement psychothérapique à plus ou moins long terme que peut faire classiquement le psychologue est ici mise à mal. Nous sommes ici invités par la particularité de la clinique en néonatalogie à faire preuve de beaucoup de vivacité et d'esprit d'à propos si nous voulons donner une chance au patient de ne pas se fixer devant les situations traumatiques le plus souvent à l'origine de nos interventions.

De ce qui peut paraître un obstacle (le peu de temps pour comprendre), nous nous efforçons de faire un atout. Cette modalité d'intervention

très particulière marquée par une certaine urgence nous invite en effet à nous défaire de tout *a priori* sur ce qui convient de dire ou de faire. Ainsi, toutes les définitions standard de la pratique en termes de conduite à tenir, procédure à appliquer, cadre à respecter, règles déontologiques comme garde-fous se révèlent tout à fait inadéquates ; ou plutôt, elles révèlent leur vraie fonction : protéger le clinicien de la rencontre, avec ce qu'elle peut avoir d'angoissant. Cette dimension précaire de notre pratique est encore renforcée par la variété des lieux de rencontre des patients : nous les rencontrons là où ils sont, parfois dans un bureau, souvent au pied du lit, mais aussi dans les couloirs, entre deux portes, devant la couveuse en réanimation, etc.

C'est dire si notre pratique se fonde sur un certain consentement au mode réel sous lequel elle se rencontre, c'est-à-dire l'imprévisible, le contingent. Ce point est essentiel à saisir car il ne concerne pas seulement les conditions matérielles de la pratique (qui ont toutes leur valeur cependant), mais aussi et surtout le réel en jeu dans ces moments cruciaux de l'existence que sont les alentours de la naissance d'un nouveau petit d'homme.

2. Quel réel est en jeu dans la naissance ?

Il nous faut ici préciser la nature du réel en jeu, car il convient fondamentalement de le distinguer de celui de la médecine, de plus en plus dépendante du discours de la science. Celui-ci est apparu au XVII^e siècle avec Galilée lorsqu'il proclame que « la nature est écrite en terme géométrique » et se caractérise de la nécessité : si x donc y – pour simplifier – ; dès lors, quand un événement surgit dans le registre de l'imprévu, un trou dans l'ordre du nécessaire advient et la question est de savoir comment le remplir. Soit vous êtes féroce­ment scientifique et vous dites : « nous ne savons pas mais ce n'est qu'une question de temps, de progrès de la science » et vous rebouchez la question avec le savoir à venir qui suturerait enfin toute interrogation ; soit vous supposez un effet-sujet à la place de cette non-réponse et il s'agit alors de l'interroger de la bonne façon. Or nous faisons le pari (c'est une supposition nécessaire mais vérifiée par l'expérience) que c'est le registre de l'imprévisibilité qui domine l'émergence de la subjectivité. La bonne façon est justement celle qui sait qu'il n'y en a pas de déjà là et que celle qui conviendra est à inventer par le sujet lui-même. Le risque serait de croire que le psy intervient comme un spécialiste en plus, comme un expert du psychisme venant après les experts du somatique, et qu'avec ce savoir en plus, il pourrait colmater toutes les brèches et occulter la division fondamentale de l'être parlant.

Or le savoir que nous avons (car nous n'en sommes pas dépourvus) est que le sujet parlant est toujours symptomatique ; il n'y a pas de

solution idéale à la difficulté de vivre et chacun porte la trace de cet impossible ; il s'agit donc non pas de vouloir l'annuler – cela produirait encore plus d'impuissance –, mais d'en faire un usage non destructeur voire inventif dans le meilleur des cas. On le voit très souvent avec la naissance d'un enfant malformé, où l'insupportable d'un tel événement pousse à chercher à tout prix une cause ou un coupable ; alors c'est la cohorte des figures de l'Autre mauvais ou du destin implacable qui vient figer le sujet dans une position de victime.

2.1. L'individu, le sujet, le traumatisme

Notre expérience montre que la formation du clinicien doit aussi lui permettre de distinguer plusieurs registres dans sa rencontre avec les sujets hospitalisés (parents ou enfants d'ailleurs).

– L'individu n'est pas le sujet. Là où l'individu se pense comme complet (littéralement, pas divisé), le sujet est assujéti à ce qui le dépasse, c'est-à-dire l'inconscient, déduit du fait qu'avant de naître nous sommes parlés par l'Autre (nos parents, les générations, etc.) sous la forme d'un bafouillage marqué du malentendu dont nous héritons. Les problèmes autour de la naissance mettent spécialement en valeur cette dimension unique de l'expérience humaine en ce qu'ils donnent une consistance extrême au désir et au fantasme de l'autre qui nous accueille (ou nous rejette). Là où l'individu cherchera à se compléter de l'Autre de la science ou du droit pour réparer la faute apparue, le sujet, si nous savons l'accompagner, a une chance de donner à ce qui l'affecte une dimension subjective permettant une issue singulière et non une identification à la figure si moderne de la victime.

– La cause n'est pas la détermination. Dès que nous parlons, nous sommes poussés à trouver du sens à tout par le seul fait de l'enchaînement des signifiants qui fait tenir ensemble des événements qui n'ont pourtant aucun lien nécessaire. Ainsi, devant l'insensé des types d'accident rencontrés en néonatalogie, nous pourrions avoir la tentation de manier la parole dans le registre du sens et nous en trouverions à coup sûr. Mais il y a toute chance que ce type de sens soit celui déjà là qui trouve une consistance soudaine dans l'accident du moment. Certes, nous sommes déterminés par le type de parents et plus largement d'histoire que nous avons, mais la question de la cause ne s'arrête pas à la recherche de cette détermination ; elle excède toute explication et porte toujours la marque d'un insondable avec lequel il faut compter.

Il est nécessaire ici de dire quelques mots sur la notion même de traumatisme, tellement présente à notre époque dès lors qu'un événement imprévu advient. C'est là aussi une conséquence du discours dominant de la science qui, voulant tout inscrire dans le registre de la nécessité, laisse peu de place à l'accident ; tout imprévu fait trou voire trauma.

Une conception naïve et sauvage de la psychanalyse pourrait également faire croire que l'événement traumatique est non effet du hasard mais du vœu inconscient ; pour le dire brutalement, un enfant mort-né serait la conséquence du désir de mort inconscient de la mère ! Non, nous croyons tout à fait au hasard, et la responsabilité par rapport au traumatisme ne doit pas s'envisager par rapport à la cause mais du côté de la conséquence. C'est là la vraie place de l'assomption subjective. La psychanalyse, avec Freud, nous a pourtant appris à voir cette question sous un autre angle qui ne supprime nullement la question de ce qui est traumatique, mais lui restitue une dimension plus dialectique et moins mécaniste.

Il faut d'abord distinguer l'effroi de l'angoisse ; alors que cette dernière suppose déjà une anticipation du danger et fonctionne comme défense contre celui-ci, l'effroi indique la surprise du sujet inductrice du traumatisme ; pas de préparation, pas d'historisation, pas de représentation, le sujet est confronté au sans nom de ce réel qu'incarne le corps de l'enfant, d'autant plus qu'il ne parle pas et qu'on n'a aucune idée de ce qu'il vit. L'effet de sidération l'emporte sur les manifestations de l'affect qui peuvent même être absentes.

Pour Freud, ce premier temps (temps logique plus que chronologique de l'instant de voir) du traumatisme est suivi d'un deuxième (temps pour comprendre) où le travail psychique vient boucher le trou du trauma par ce qui était déjà là auparavant. Le trauma est interprété par ce que le sujet avait déjà à sa disposition, son fantasme, qui donne consistance au trauma et fixe alors la libido ; la cause est donc antérieure à l'événement. Contrairement à la notion biologisante de stress qui réduit le sujet à l'organisme dans un schéma action-réaction, l'hypothèse psychanalytique du sujet comme réponse permet de rendre compte de l'extrême variété des effets d'un événement qui peut paraître similaire sur des sujets différents.

On voit cependant les paradoxes et les risques de notre intervention ; nous pouvons inviter le sujet à parler autour de ce qui lui est arrivé, à le resituer dans une histoire, à chercher un sens avec tout ce que véhicule inévitablement la parole ; mais le risque est que cette nomination provoque un effet de fixation par l'identification du sujet à cette pseudo-cause. C'est à ce point que la valeur de répétition du trauma est en jeu. C'est pourquoi notre travail se situe dans cette équivoque du langage qui, sachant que la cause n'est pas nommable en tant que telle, intervient toujours un peu à côté, dans une certaine dimension du semblant et de la fiction. L'impossible à dire révélé par le trauma ne doit pas réduire le sujet à une fausse nomination de son être de victime, mais lui donner les chances de sortir du traumatisme en ouvrant le champ des possibles.

2.2. Un cas surprenant

Un exemple clinique va nous permettre de saisir cette orientation de notre pratique.

Observation

Il s'agit du cas d'une jeune femme enceinte de 8 mois attendant des triplées suite à une fécondation *in vitro* (FIV). Elle a déjà un garçon de 2 ans, né aussi par FIV. Elle doit rester couchée à l'hôpital pour permettre la viabilité des enfants à venir, mais elle inquiète les médecins qui font la demande d'entretien avec un psy en évoquant un risque de suicide, et elle réclame à haut cri qu'on la laisse partir. Elle se dit enfermée, forcée, obligée, comme dans une prison. Avoir des triplées est vécu comme une tare. Elle menace même de se jeter par le balcon si on ne la laisse pas sortir : « *Ça fera quatre morts d'un coup.* » Elle propose même aux infirmières de leur donner un des bébés à venir et se sent traitée par les médecins comme un vrai pantin ou un objet que personne n'écoute.

Ce discours de plainte est écouté par la clinicienne mais avec une oreille un peu distraite ; elle n'y prête pas trop d'importance. Elle insiste, à l'envers de la position de victime passive sous laquelle se présente ce sujet, sur la dimension de choix qui subsiste dans sa présence ou non à l'hôpital. Ce premier temps de l'intervention permet au sujet de décider d'y rester à la condition d'avoir une échographie par semaine. Dans un deuxième temps, alors que cette femme reprend sa plainte sur la venue de triplées vécue comme une tare, elle se trouve complètement surprise par l'intervention enjouée et à contresens de son interlocutrice : « *Avoir quatre enfants, c'est l'abondance !* » La patiente se dit très étonnée : « *On ne m'a jamais dit ça!* » Elle sera soulagée de sa plainte par cette façon inédite d'entrevoir sa situation ; les triplées naîtront sans trop de difficulté et trouveront leur place comme il convient.

Ce mode d'intervention opère donc parce qu'il prend de biais les deux demandes sous-jacentes à cette situation :

- celle des médecins supportant mal qu'on leur renvoie un rejet de ce à quoi ils pensaient répondre : « *Vous êtes stérile, nous vous permettons d'être enceinte et vous vous plaignez !* » Leur demande réintègre le sens commun : une mère est heureuse de mettre au monde de nouveaux enfants et est prête à tout pour leur survie ;
- celle de la patiente attendant sans doute qu'on entérine sa plainte, faisant ainsi consister son fantasme d'être l'objet de la jouissance de l'Autre.

En instaurant un écart par rapport au sens préformé, entre identification sous le bien commun et dénonciation de l'Autre, l'intervention

traite le trop de réel en évitant de le recouvrir aussitôt par des significations toujours déjà là, celles du fantasme et du sens inconscient liés à la répétition. Elle fait ensuite surgir l'énonciation du sujet comme position subjective, toujours susceptible de remaniement. Enfin, par son style inventif et léger, ce mode d'intervention ouvre à l'inattendu là où tout concourt au contraire à densifier la figure d'un destin implacable. Muni de ce signifiant « abondance », signifiant imprévisible, le sujet peut inventer une nouvelle figure de son rapport à l'Autre plus compatible avec la présence du vivant, qu'incarne la naissance des enfants dont elle ne sait que faire.

Quel enseignement retirer de cet exemple ? Comment procéder ? Nous retournons tout d'abord les choses. Nous subvertissons la demande qui nous est faite et qui justifie notre action. Il s'agit de mettre à mal le sens déjà là qui fige le traumatisme. Nous répondons donc à côté, en une sorte de conversation décalée. Nous acceptons la demande qui nous est faite, sur la base du savoir qu'on nous suppose, pour faire un trou dans le trop-plein de savoir qui vient avec le traumatisme, pour sortir du piège de causalité qu'implique le traumatisme, opposant une causalité non programmée à l'implacable détermination par le traumatisme. Si le destin du sujet peut se figer dans le traumatisme, il lui reste aussi la possibilité d'inventer autre chose – à condition qu'il se déprenne de la causalité traumatique. Si l'on adopte une telle perspective, la clinique révèle qu'un traumatisme peut même parfois relancer les choses. Il peut y avoir un effet paradoxalement subjectivant du traumatisme –, du moins si on peut aller au-delà de l'horreur qu'il produit ; ce qui n'est pas si facile. Le traitement par la parole, par le sens ne suffit pas. Il faut encore en passer par un acte dont seul le sujet peut décider. C'est ainsi que la notion de choix, comme l'énonce Wittgenstein, s'oppose à l'idée de prédiction.

3. Formation et pratique clinique

3.1. Formation ou « dé-formation » du praticien

Du côté du praticien, qu'est-ce qui peut être attendu pour soutenir cette orientation ? Il s'agit d'abord de se déprendre de la fascination-répulsion que peuvent exercer sur tout sujet les moments de crise. Devant les situations souvent dramatiques rencontrées dans notre champ d'intervention, il convient en premier lieu de ne pas se laisser prendre au titre de l'identification ou de la compassion ; de ce que vivent les sujets, parents ou bébés, nous ne savons que ce qu'ils peuvent en dire. C'est là aussi que la formation analytique du psychologue peut être utile, à la fois parce qu'elle permet de ne pas confondre sa question et celle de ses patients, et parce que Freud a bien montré que l'acte attendu de nous

suppose la distance nécessaire (d'où sa fameuse métaphore du chirurgien), à l'envers de toute identification. Il importe ensuite de mettre à sa place – c'est-à-dire suspendre – tout savoir préalable sur les supposés effets des traumatismes ; c'est donc plutôt d'une antiformation qu'il s'agirait. Là où toute formation a pour fonction de vous préparer à, de remplir par des savoirs préalables le vide de la question à venir, l'antiformation laisse la place à la contingence où du nouveau peut advenir dans la réponse de chaque sujet confronté à l'impossible. Ainsi du père à qui on apprend la naissance très prématurée de son enfant avec les risques que cela implique, là où on attendrait une réaction d'inquiétude voire d'angoisse, on accepte d'être surpris de son dire : « *J'ai beaucoup de chance d'avoir ma fille 3 mois avant !* »

Cette position nous permet aussi de comprendre pourquoi l'idée habituelle de la prévention est à mettre en question ; elle se fonde typiquement sur la croyance au savoir préalable impliquant la logique de la nécessité héritée de la science et déjà décrite plus haut. Elle croit au déterminisme et risque donc de fixer les sujets dans une identification à la causalité traumatique. Ainsi, le sujet né par FIV ou avec un handicap sera toujours représenté par cette particularité et ses symptômes ramenés de façon univoque à cette pseudo-causalité. Nous avons au contraire rencontré l'exemple d'une jeune fille née avec une absence de main et qui a su refuser toutes les déterminations prévisibles de ce handicap jusqu'à se constituer à l'adolescence un symptôme mettant en valeur un usage de la main non comme simple instrument fonctionnel mais comme lié au désir et à la sexualité. Elle a alors accepté l'appareillage qu'elle refusait auparavant ; il n'est pas simple suppléance fonctionnelle mais participe du semblant propre à l'assomption subjective de la féminité.

Une autre situation rencontrée dans notre pratique privée fournit des renseignements sur les risques des bonnes intentions de la prévention. Une analysante se retrouve enceinte et apprend quelques jours avant le terme prévu de sa grossesse que le bébé qu'elle porte est atteint d'une malformation non détectée auparavant ; elle est alors reçue par le psychiatre de l'hôpital où elle doit accoucher qui lui explique longuement pourquoi elle ne doit pas se sentir coupable de mettre au monde un enfant ainsi atteint ! Elle qui ne se sentait pas vraiment coupable en vient donc aussitôt à se sentir coupable de ne pas l'être !

3.2. Le travail d'équipe

L'orientation clinique de notre pratique implique d'aborder les questions au niveau du plus singulier, puis de partir du symptôme présenté par le sujet et non sur des universaux a priori. C'est aussi ce qui nous guide dans la collaboration avec les personnels non psy des équipes

médicales. Rappelons que, puisque nous intervenons à leur demande (c'est le propre de la psychiatrie de liaison), il est essentiel de maintenir avec eux un échange permettant de les ouvrir à la question de la souffrance psychique ; c'est d'autant plus important qu'il n'y a pas si longtemps on pensait encore que les bébés ne souffraient pas... Là aussi, notre mode de rencontre n'est pas fondé sur la volonté de prévenir, mais plutôt sur celle de l'attention à porter aux modalités de la souffrance psychique et à ses multiples possibilités d'expression. Nous avons donc un rôle de consultant mais aussi de supervision auprès des équipes. Cela se fait régulièrement à travers divers types de colloque avec le personnel infirmier ou les médecins (mais la plupart du temps à partir de discussions de situations de bébés hospitalisés). Nous nous efforçons d'éviter les systématisations des pratiques et de maintenir toujours la dimension de la singularité dans l'abord des cas. Avec les soignants, il y a aussi à travailler sur les attitudes de rejet ou d'agressivité envers les parents (surtout les mères) ayant souvent des demandes imprévues en situation de crise. Sortir de la dimension de rivalité imaginaire entre mères et infirmières et pointer la réponse de chacun devant un réel insupportable permet de ne pas se fixer dans des positions peu symbolisables.

Notre expérience à l'égard des médecins pratiquant bien souvent des techniques de pointe autour de la reproduction est aussi instructive : l'hypertechnicité de leur méthode pourrait pousser à tout attendre de la science et à se remparder de toute dimension subjective ; or, le dialogue avec eux montre qu'il est très possible de maintenir cette question ouverte pour eux aussi. Cette question est essentielle car, le jour où les scientifiques pratiquant sur le corps humain n'auront plus la moindre angoisse à l'occasion de leur prouesse, on pourra craindre un recul de l'accueil civilisé des petits d'hommes. De plus, la capacité actuelle de la science médicale autour des questions liées à la naissance et la reproduction est telle que sa dimension prédictive est très grande ; cela peut avoir des effets très ennuyeux comme de prédire la possibilité de maladies qui n'apparaîtront jamais (sans parler des tentations eugénistes) ; là aussi, notre position est d'aller contre la pente prédictive et de préserver la place de l'imprévisible. Un certain droit à l'ignorance devrait paradoxalement être promulgué !

Enfin, la dimension collective de notre travail est d'autant plus présente que, bien souvent, chacun est seul devant des situations où la réponse ne peut attendre. Le risque de dérapage est grand et nulle réponse toute prête, du type protocole ou autre conduite à tenir, ne peut l'éviter ; la bonne réponse est dans l'élaboration que chacun peut faire en supervision individuelle, mais aussi dans l'élaboration clinique collective. C'est ce que nous traitons entre autres dans le séminaire clinique mensuel au CHU du canton de Vaud qui s'efforce d'éclairer les cas de

notre pratique avec la boussole de l'orientation analytique. Plus nous insistons sur une pratique de la rencontre sans préjugé et suspendant tout savoir universalisant, plus nous devons travailler pour recueillir les savoirs qui se déposent de l'expérience dans l'après-coup. Le savoir est suspendu non pour faire l'éloge d'une pensée courte, mais pour le situer à la bonne place : comme mise en ordre des effets de l'expérience pouvant faire série et donc sérieux.

Ajoutons que l'activité de recherche et de publication fait partie intégrante de notre travail, spécialement dans un service universitaire.

3.3. Une conversation décalée

Nous pouvons résumer l'esprit de notre pratique en la définissant comme une conversation décalée. Nous sommes à côté au sens d'une présence de compagnonnage, celui qui est là sans intention particulière autre que permettre une part de subjectivation du trop de réel rencontré par les sujets en souffrance. On peut aussi entendre cet à-côté comme de côté, en biais, au sens où nous ne visons pas à dire la vérité sur le réel (c'est impossible !), mais à décaler le sujet de ce qui pourrait le figer dans la causalité traumatique et donner consistance au fantasme. D'une certaine façon, nous opérons à partir de l'impossible à dire le vrai sur le réel et, loin d'en faire un obstacle, nous le retournons pour en faire un usage qui puisse permettre au sujet d'inventer du nouveau à partir de sa rencontre avec l'insensé.

Du praticien de la parole, il est attendu d'ouvrir le champ du dire là où le sujet est souvent submergé par l'effroi ou la sidération qui le rendent muet ; mais il s'agit alors de manier la parole du côté de l'acte et non du trop-plein de sens. Cette dimension de l'acte est ce qui permet de franchir le plan du traumatisme et d'ouvrir l'espace d'autre chose que la causalité par l'événement. C'est parce que nous pouvons fixer un point de hors-sens (par exemple ce qui est rencontré dans l'urgence traumatique) que nous pouvons inviter le sujet à tisser un certain sens qui mettra à l'abri du trop de sens le trauma lui-même. Cela implique du côté du psychologue orienté par la psychanalyse un style singulier adapté à la spécificité de cette clinique et de ses conditions (en particulier l'urgence) : plutôt resserré que déployé, davantage vif qu'attentiste, léger plus que pesant, allusif plus qu'explicatif.

Le langage est ici pris du côté de sa dimension équivoque qui est ce par quoi le vivant est pris dans la langue ; non pas réduire le sujet à sa détermination univoque – « Je suis ainsi car il m'est arrivé ceci » –, mais ouvert à des sens ou des non-sens variables susceptibles de permettre au sujet de faire des choix et non d'être écrasé par un implacable destin. Le style de cette pratique rejoint donc sa dimension éthique, celle qui suppose la possibilité du choix, vraie demeure du sujet parlant. C'est

un des paradoxes de la pratique dans un service de néonatalogie, où les figures du destin paraissent devoir trouver une consistance féroce, de permettre au contraire d'ouvrir le champ des possibles.

Remerciements

Je dois un remerciement particulier à ceux qui m'ont accompagné dans ce travail au sein du séminaire clinique mensuel que j'anime au CHU du canton de Vaud depuis de nombreuses années, d'abord le Pr François Ansermet, chef du service UPEA (Unité de psychiatrie et de psychothérapie pour enfants et adolescents), ensuite la doctoresse Carole Muller-Nix, médecin-adjointe, la doctoresse Sylvaine Gamba Szijarto, chef de clinique, et Josée Despars, psychologue associée.

Pour en savoir plus

- Ansermet F. (1996), « Pédopsychiatrie de liaison en néonatalogie », *Revue Médicale de la Suisse Romande*, n° 116.
- Ansermet F. (1999), *Clinique de l'origine*, Lausanne, Payot.
- Ayala N., Forcada-Guex M., Muller-Nix C. et Ansermet F. (2001), « Prématurité, représentations et traumatisme parental », *Revue Médicale de la Suisse Romande*, n° 121.
- Borie J. (2002), « Traumatisme, destin et choix », *Quarto*, n° 77.
- Borie J. et Ansermet F. (2003), « Miser sur la contingence », in *Pertinence de la psychanalyse appliquée*, Paris, Le Seuil, coll. « Le Champ Freudien ».
- Freud S. (1920), « Au-delà du principe de plaisir », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981.
- Hertzog A., Muller-Nix C., Mejia C. et Ansermet F. (2003), « Étude clinique sur le rôle paternel lors d'une naissance prématurée », *Psychothérapie*, vol.2, p. 97-106.
- Lacan J. (1975), *Joyce avec Lacan*, Paris, Navarin, p. 22.
- Lacan J. (1981), « Le Malentendu », *Ornicar*, n° 22-23, p. 7-23.
- Miller J.-A. (1987), « Les Réponses du réel », in Colloque psychanalyse et pratiques sociales, *Aspect du malaise dans la civilisation*, Paris, Navarin.
- Muller-Nix C. (1988), « Intervenir à côté », *Mental*, n° 5.
- Muller-Nix C., Forcada-Guex M., Pierrehumbert B., Jaunin L., Borghini A. et Ansermet F. (2004), « Prematurity, maternal stress and mother-child interactions », *Early Human Development*, n° 79, p. 145-158.
- Rodrigues-Dagaëff C., Muller-nix C., Mejia C. et Ansermet F. (1999), « Éthique de l'imprévisible », *Cahiers Psychiatriques*, n° 27.
- Spitz R. (1968), *De la naissance à la parole. La première année de la vie de l'enfant*, Paris, PUF.

CHAPITRE 4

En cancérologie pédiatrique : que disent les enfants ?

N. Porée

Que disent les enfants lorsqu'ils sont confrontés eux-mêmes à la maladie grave ?

Il est remarquable que la plupart d'entre eux décrivent avec précision celle-ci et son traitement, reprenant scrupuleusement, pour ce faire, les termes médicaux. Mais, au-delà de cette description objective – qui suppose d'ailleurs que les médecins les tiennent, lors du diagnostic puis tout au long de leur hospitalisation, pour des interlocuteurs à part entière –, c'est l'interprétation subjective qu'ils en proposent qui retiendra mon intérêt. Comment chacun, dans la singularité de son histoire, vit-il ce qui lui arrive ? Comment le comprend-il ? Qu'imagine-t-il et qu'élabore-t-il à son sujet ?

Il y a, en effet, autant de manière de dire la maladie qu'il y a d'enfants malades. C'est pourquoi j'illustrerai mon propos par des situations cliniques montrant quatre d'entre eux exprimer, autant qu'ils le peuvent, leurs questions et leur position propres.

1. Témoigner de sa maladie : avec l'appui du psychologue

1.1. L'enfant objet ou sujet des discours ?

Peut-être dois-je préciser avant cela que tous ne parlent pas – que tous, autrement dit, ne se saisissent pas de l'offre qui leur est faite. Certains, bien que peu nombreux, paraissent figés, arrêtés dans le moment présent. Ils semblent ne pouvoir penser ni au passé ni à l'avenir. On est

tenté de dire qu'ils évitent tout bonnement de penser – comme si cet acte même leur faisait peur. Ils s'abritent alors derrière la description objective : manière, pour eux, de se défendre mais pressentiment surtout du risque qu'il y aurait à parler. La prise de parole entraîne en effet bien souvent à dire ce qu'on aurait voulu taire et à savoir ce qu'on aurait préféré ignorer. Il faut, pour cette raison même, respecter leur choix de rester silencieux.

Mais, si la prise de parole ne va pas sans risques, elle ne va pas non plus sans bénéfices. Dans le bouleversement provoqué par la maladie, en effet, l'enfant est plus souvent objet que sujet de discours. Certes, on parle de lui – on n'a même jamais autant parlé de lui ! – mais à la troisième personne : « il a ceci » ; « il est comme cela » ; « il croit que... », etc. Ce qu'on oublie alors, c'est qu'il peut encore dire « je ». Le psychologue a le souci de maintenir ouvert le champ de cette parole en première personne.

Mais comment ménage-t-il cette ouverture ? La question ici est celle de sa place au sein de l'équipe médicale. Dans un service hospitalier, et plus précisément dans un service de cancérologie pédiatrique, les patients sont admis pour des maladies somatiques graves et s'apprennent seulement à recevoir les soins requis par ces dernières. Ni eux, ni leurs parents ne viennent donc d'abord pour rencontrer un psychologue, même s'ils en font ensuite le choix.

1.2. Un psychologue au sein d'une multitude de soignants

Ce choix n'obéit cependant jamais à une prescription autoritaire (du type : « *On va vous envoyer le psy* », ou – moins encore – « *On va vous montrer au psy* »). C'est, au contraire, le psychologue lui-même qui fait une offre à l'enfant et aux membres de sa famille – offre d'une présence, que chacun est libre de saisir ou non. Il précise bien que celle-ci n'a rien d'obligatoire ; ce qui surprend dans un service où presque tout l'est devenu.

Mais il est probable que, sans le soutien de l'équipe soignante, cette offre serait vouée à l'échec. De fait, dans ce service, le cadre, les médecins, les puéricultrices, les auxiliaires de puériculture, mais aussi l'éducatrice de jeunes enfants, l'assistante sociale, l'institutrice, les musiciens – tous enfin, quels que soient leur fonction et leur rang dans la hiérarchie hospitalière –, ont avec l'enfant et sa famille des échanges d'une grande importance. Ce sont eux qui laissent une place pour le psychologue en le déchargeant de la gestion indispensable de la réalité de la vie de l'enfant. L'abord psychologique de l'enfant malade, rendu possible par la pluralité féconde des autres abords, n'est donc pas exclusif.

1.3. Circulation de la parole au sein de l'équipe soignante

Une réunion quotidienne dans le service permet à tous les intervenants auprès de l'enfant et de sa famille, de discuter de la relation qu'ils ont avec ces derniers. Ce moment d'échanges donne à chacun l'occasion d'exprimer les difficultés qu'il rencontre, en un lieu – l'hôpital – où tout va très vite et où la succession des gestes techniques empêche souvent de prendre un temps commun autour du patient. Elle s'avère précieuse surtout lorsqu'il s'agit de faire face aux situations de fin de vie. Par exemple, une soignante parvint un jour à dire au sujet d'un enfant : « *Il faut que ça s'arrête ! Il souffre trop ! Il faut faire quelque chose !* » ; « *Actuellement, qui souffre le plus ?* », lui demanda doucement le médecin présent, « *Lui ? Nous ? Son entourage ?* » Ce fut un moment crucial pour tous. Les soignants ont d'ailleurs également la possibilité, une fois par mois, de participer à un groupe de parole animé par un psychanalyste extérieur à l'institution hospitalière.

En cancérologie pédiatrique, des situations telles que celles auxquelles sont confrontés par exemple ces quatre enfants ou adolescents que j'ai suivis : l'angoisse pour Nadège, la douleur pour Antoine, les effets de la greffe de moelle pour Antonin, la guérison pour Paul, sont relativement fréquentes et difficiles à gérer, la dernière y compris.

2. Peur et surgissement de l'angoisse

2.1. Le besoin de « fermer la porte »

Nadège est atteinte d'un cancer ayant provoqué une importante déformation d'une partie de son corps. Elle ne peut pas se déplacer et ne quitte pas son lit mais n'est pas pour autant isolée. Très peu de temps après le diagnostic, je rencontre les parents. Il s'agit à la fois de les écouter sur ce qu'ils sont en train de vivre et d'obtenir leur accord pour d'éventuels entretiens avec leur enfant.

La première fois que je rencontre Nadège, je me présente et lui dis que je peux prendre du temps pour l'écouter, qu'elle pourra dire tout ce qui lui arrive et qu'« *on fermera la porte* ». Puis je lui précise que ce qui se dira restera entre nous ; ce n'est pas pour autant que les médecins et les personnes qui travaillent ici ne seront pas informés de nos entretiens. Ainsi s'achève cette première rencontre.

Quelques jours plus tard, alors que je me trouve dans le couloir du service, Nadège m'appelle : « *Madame Porée, je voudrais que je te parle et on fermerait la porte* ». Je suis étonnée de la façon

dont elle s'est emparée de mon offre pour en faire une demande – et une demande insistante, comme en témoigne le redoublement du « je ». Écoutons-la. « *Avant* », commence-t-elle en souriant et d'un ton tranquille, « *j'avais peur des clochards, j'avais peur des bruits, j'avais peur des chiens, j'avais peur des avions, j'avais peur du tonnerre...* ». Un silence assez long s'installe puis elle ajoute, la voix changée, le visage tendu et dans un mouvement de repli de tout son corps : « *maintenant, j'ai peur tout court* ». *Encore un silence puis : « Parle-moi, madame — Parler de quoi ? — De rien »*. Je l'invite alors à essayer d'en dire malgré tout un peu plus sur « sa peur tout court ». « *Je peux pas dire, je sais pas dire, j'arrive pas à dire mais ça fait drôle. Mon ventre, il est comme celui d'une maman qui attend un bébé mais moi, c'est le contraire : c'est une tumeur... plein de saleté – cette saleté qui va me faire mourir. J'ai peur.* » Puis elle m'enjoint : « *Faut pas que maman sait ce que je te dis là : on n'a qu'à l'oublier entre nous* ».

2.2. La peur n'est pas l'angoisse

Dans un premier temps, il me sembla n'avoir rien à ajouter tant la force de ces expressions se trouvait ramassée au plus près de ce que peut être l'angoisse pour un sujet parlant. En effet, lorsqu'elle évoque ses peurs anciennes, elle le fait d'une manière à la fois précise et détachée : elle peut nommer et décrire la chose redoutée. La peur alors a un objet déterminé : les chiens, les clochards, etc. Et, de cet objet, elle peut garder la maîtrise. Avec ces peurs-là, semble-t-elle dire, je vivais tranquille. La peur protège de l'angoisse. C'est lorsqu'elle est empêchée que surgit cette dernière. Ainsi, maintenant, avec l'irruption insensée de la maladie, ces appuis se dérobent : ces peurs rassurantes cèdent la place à un affect aussi envahissant et paralysant qu'il est indéterminé et indicible. À la fracture du passé et du présent (« avant »/« maintenant ») se superpose celle de la parole et du silence (« J'ai peur tout court »). Selon Heidegger M., 1968, « *l'angoisse coupe la parole* » ; elle est en mal d'objet à nommer.

On attribue ordinairement à Freud cette distinction, devenue classique, entre la peur, qui a un objet, et l'angoisse, qui n'en aurait pas. Mais telle n'est pas exactement la position freudienne. Dans *Inhibition, symptôme et angoisse*, Freud écrit en 1951 que l'angoisse est toujours angoisse de quelque chose, entendant par là qu'elle a un objet, fût-il indéterminé. C'est ce que veut dire aussi Lacan en 1963 en affirmant que « *l'angoisse n'est pas sans objet* ». D'un tel objet, simplement, la représentation et la nomination sont impossibles. Il marque l'imminence d'un réel qui ne se laisse pas intégrer à ce qu'il appelle la « *chaîne signifiante* ».

2.3. Angoisse et parole

L'angoisse de Nadège, de fait, est angoisse de quelque chose : elle est angoisse de mort. La mort est donc cet objet qui se dérobe et dont elle ne peut rien dire. Elle est ce réel dont le sens nous sera toujours refusé, que nous soyons âgés de sept ou de soixante dix-sept ans.

C'est dans la même perspective, toujours selon Lacan, qu'il faut comprendre cette deuxième proposition : « *l'angoisse, c'est ce qui ne trompe pas* ». Celle-ci a en effet, pour Nadège, l'absolue certitude d'un « *tu-meur(s)* ». Ce savoir certain du mourir est la manière même dont le réel fait irruption et se soustrait aux ruses du signifiant. Il doit être bien distingué par conséquent de tout savoir sur la mort elle-même.

Le « *parle-moi de rien* » de Nadège trouve ici son origine : c'est une façon de demander au psychologue s'il a, lui, un tel savoir. Cette demande, sans doute, peut prendre l'apparence d'une invitation à bavarder, à « *parler de tout et de rien* ». Mais elle vérifie plus profondément l'histoire que raconte Freud dans ses *Trois essais sur la théorie de la sexualité* à propos d'un petit garçon de trois ans à qui il dit devoir ses connaissances sur l'angoisse infantile. Un jour qu'il se trouvait dans une chambre sans lumière, celui-ci cria à sa tante : « *Dis-moi quelque chose ! J'ai peur, il fait si noir !* ». La tante répondit : « *À quoi cela te servirait-il puisque tu ne peux pas me voir ?* ». À quoi l'enfant répliqua : « *Ça ne fait rien : quand quelqu'un parle, il fait clair* ».

2.4. Angoisse et désir de l'Autre

J'aimerais, à ce point, reprendre l'impératif auquel Nadège a soumis nos entretiens : « *Faut pas que maman sait* ». La plupart des enfants que je rencontre dans ce contexte, en effet, font leur cet impératif. Ils me paraissent répondre indirectement ainsi à la question : Qu'est-ce qu'un enfant ? L'un d'entre eux, âgé de onze ans, me dit un jour : « *Un enfant pour les parents, ça sait pas, c'est trop petit pour savoir, ça doit pas savoir ; moi, je sais, alors peut-être que je ne suis plus un enfant ; c'est peut-être pas une question d'âge, tout ça. Faut pas que mes parents savent que je sais parce qu'ils m'aimeraient plus* ». L'angoisse la plus grande, ainsi, est de n'être plus rien dans le désir de l'autre. Et la mort elle-même n'est angoissante que parce qu'elle est mort pour un autre. C'est comme si Nadège disait : « *Pour moi, je suis mortelle, mais pour toi, je dois être immortelle* ». Elle veut bien, au fond, savoir qu'elle va mourir, mais à la condition que ceux qu'elle aime ne sachent pas ce qu'elle sait par là.

Il me suffira peut-être, pour conclure, d'évoquer à nouveau le raccourci par laquelle elle s'était assurée de la continuité de nos entretiens : « *Quand est-ce qu'on fermera encore la porte ?* »

3. Face à l'insupportable : douleur et souffrance

3.1. Unité de la douleur et de la souffrance

Dans ma pratique, la douleur est présente sous des formes diverses. J'entends parfois les médecins dire que la douleur peut être « tronquée », « aiguë » ou « chronique ». Elle peut être aussi « exquise » (c'est-à-dire vive et bien localisée) ou, à l'inverse, « *sine materia* » (sans localisation précise). Elle peut, enfin, être « rebelle » aux moyens antalgiques dont on dispose aujourd'hui. C'est à cette dernière à laquelle je vais maintenant m'intéresser. En effet, cette douleur qui persiste malgré les différentes stratégies médicamenteuses, interdit de séparer, comme il est d'usage de le faire, « douleur » et « souffrance ». Bien plutôt met-elle en question une telle séparation, qui recoupe celle que l'on fait tout aussi ordinairement entre le « somatique » et le « psychique ». On ne peut plus, autrement dit, opposer une douleur purement organique et une souffrance purement psychique – comme si le sujet pouvait se mettre à côté de son organisme quand celui-ci dysfonctionne (l'organisme dans le lit, le psychisme sur la table de nuit !).

L'unité de la douleur et de la souffrance ne trouve meilleure confirmation que lorsque le patient en vient à souhaiter une séparation au sens, cette fois, d'une coupure avec lui-même. Les propos d'un garçon de seize ans l'illustrent bien. Un jour, après avoir demandé à me parler, il m'explique qu'il en a marre, que c'est trop, que cela fait six mois qu'il a mal ; puis il ajoute : « *C'est fatiguant de lutter ; parfois je voudrais perdre connaissance ; mais je n'y arrive pas* ». Il voudrait, autrement dit, s'absenter à lui-même. Il n'y a rien d'autre à faire, dans de telles situations, qu'à écouter la plainte et ce qu'elle dit de l'atteinte, par le patient, d'un point d'insupportable. Car lorsqu'on a mal, trop mal, et qu'on ne supporte plus d'être présent à soi-même, la présence de l'autre est indispensable, surtout sa parole, même si l'on doute d'abord qu'elle puisse être d'un quelconque secours.

3.2. Lorsque la souffrance s'impose au sujet

Ce doute anime Antoine, onze ans, traité pour une leucémie et hospitalisé en soins intensifs. Cette hospitalisation a été nécessitée par une cystite hémorragique grave non soulagée par les antalgiques. C'est un enfant que je suis depuis le début de sa maladie. Lorsque je vais vers lui, je suis accueillie par son père qui me dit : « *Vous tombez bien ; il est en pleine crise douloureuse et nous aussi ; faut nous voir, on est seuls et tout le monde s'en fout* ». Ses propos m'étonnent car je trouve dans la chambre l'anesthésiste, le médecin et plusieurs soignants. Je préviens cependant Antoine de mon arrivée et lui propose de le rencontrer : « *Toi, me répond-t-il, tu m'emmerdes ; tout le monde m'emmerde.*

Je vais crever, je vais crever ». Il y a comme une gêne chez les soignants et les parents. Je suis moi-même surprise car Antoine s'était toujours montré auparavant calme, réfléchi et délicat. Je ne le rencontre donc pas ce jour-là mais lui propose de demander au Docteur X, qui le suit depuis le début, de venir lui expliquer que l'on peut avoir mal, très mal, sans que cela signifie une aggravation de la maladie. « *Ta gueule !* », répond-t-il, « *Mais dis-lui de venir* ».

3.3. L'impuissance face à la souffrance

Je décide alors de prendre un peu de temps avec les médecins présents, que je sens malmenés et happés eux-mêmes dans une souffrance généralisée. Ils disent qu'Antoine, en effet, « *est douloureux* » et que tout a été essayé en vain pour le soulager ; la douleur est aiguë au moment où il urine car de gros caillots de sang l'en empêchent et n'ont pas encore été évacués ; or son hyper-hydratation fait qu'il en a envie très souvent ; c'est donc, résumant-ils, une douleur aiguë qui se répète toutes les heures et demie : une douleur aiguë chronique. « *Dommage qu'il refuse de vous parler*, dit l'un d'eux, *cela aurait fait du bien à tout le monde* ». Antoine, de fait, les traite de « *sadiques* » parce que c'est lorsqu'il urine qu'il a mal et que ce sont eux qui décident d'augmenter l'hydratation. Pour lui, c'est comme s'ils décidaient de ses douleurs. Un autre médecin, d'ailleurs, s'en inquiète : « *Sommes-nous encore déontologiques ?* ». Peut-être faisait-il référence à l'article 37 du Code de déontologie médicale : « *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique* ».

Je rencontre alors les parents. Le père m'avoue : « *Moi aussi, je suis hors de moi ! Je vais taper sur quelqu'un ! Je vais taper fort !* ». Sa femme lui explique que cela, non seulement ne servirait à rien, mais encore entrainerait des soucis supplémentaires ; mais il continue : « *On ne peut plus supporter cette douleur ; je n'ai rien à dire à Antoine ; il nous insulte, nous aussi ; il nous a dit : "Foutez-le camp ! Vous servez à rien !"* ». À leur impuissance s'ajoute une inquiétude. « *On ne nous dit pas tout* », supposent-ils en confondant à leur tour l'intensité de la douleur et la gravité de la maladie. Puis la mère s'effondre : « *Il nous a dit qu'il préférerait mourir* ». Que répète Antoine, en effet ? « *Je n'en peux plus de ces douleurs ; arrêtez-les, arrêtez tout !* » C'est qu'il n'a pas mal ici ou là ; la douleur est envahissante et l'expression des médecins, ici, est adéquate : « *il est douloureux* ». Il lui semble donc que, pour que cesse la douleur, il faut que lui-même cesse d'être. Mais ne veut-il pas en finir seulement avec cette vie-là ? C'est en tout cas la proposition que je fais aux parents. La

mère, alors, se redresse et me dit qu'elle a regardé la veille au soir à la télévision une émission consacrée à l'euthanasie : « *Heureusement* », juge-t-elle, « *que les médecins ne disent pas oui à chaque fois que quelqu'un leur demande de mourir* ». « *N'empêche* », reprend-t-elle, « *Entendre son enfant parler comme ça, sans pouvoir rien faire, c'est intolérable. Je ne suis plus une mère pour lui mais un spectateur* ». La douleur d'Antoine, de fait, fige ses parents eux-mêmes dans l'impuissance et dans le doute. Sans moyens de le soulager ou de le rassurer, ils ont le sentiment de ne plus jouer auprès de lui leur rôle de parents. Eux aussi mettent en question la poursuite du traitement : « *On va tout arrêter* », renchérit le père. Et seule, alors, la parole du médecin peut encore les persuader du contraire, en séparant la douleur de la maladie et en la reliant au traitement, à ses contraintes et à ses effets secondaires.

3.4. « Faire comme tout le monde »

Effectivement, trois semaines plus tard, et après avoir refusé par trois fois de me rencontrer, Antoine me demande de l'excuser : « *Je n'étais plus moi et pourtant j'étais moi quand même* » ; « *Je ne suis pas parfait et tu l'as accepté ; j'avais peur que tu ne reviennes jamais ; mais j'espérais* ». Puis il avoue : « *J'ai même traité un médecin de "sale négro", alors que je ne suis pas raciste : j'avais fait un exposé là-dessus ; tout était embrouillé, j'avais peur de la mort mais je disais que je voulais mourir ; j'étais dans la haine, j'étais seul mais je ne pouvais rien te dire* ». Je l'interroge sur sa haine : « *Oui : j'avais mal et je n'avais pas fait le mal ; je trouvais ça dégueulasse. Pourquoi cela m'arrivait-il à moi ? Il y a des vrais cons qui, eux, vont bien* ».

C'est après coup qu'Antoine reprend ce que, d'abord, il n'avait pu dire. Il ne peut parler que lorsque la douleur est soulagée. Quand celle-ci était présente – je le cite –, « *Y'avait rien à dire, y'avait qu'à crier* ». Aussi la suite de nos rencontres lui permettra-t-elle d'interroger encore et encore ce qu'il a vécu et de l'inscrire dans son histoire ; il pourra ainsi sortir peu à peu de l'enfermement provoqué par la douleur, pour lequel un an et demi sera nécessaire.

Il dira ainsi, beaucoup plus tard : « *Avant, je croyais que j'étais un type bien, genre scout catholique ; maintenant, le Dieu "tout bon et tout puissant, ça coince, pour moi"* ; alors je ne peux plus être catholique même si je fais semblant ». Je lui demande pourquoi faire semblant d'être catholique : « *Pour ne pas embêter mes parents, mes grands-parents et surtout pour faire comme tout le monde ; j'en ai marre d'être rare ; ma maladie, on m'a dit que c'était rare à mon âge, mes douleurs, que c'était une complication rare ; alors ça va bien : maintenant, je veux passer inaperçu – enfin, être quelqu'un de banal* ».

3.5. L'être douloureux et le temps

Lors d'un autre entretien, il dit avoir eu besoin de demander combien de temps il était resté en soins intensifs. « *Un mois et demi* », lui avait-on répondu. Ce temps lui avait paru interminable : « *Une année, peut-être, ou deux, ou plutôt toujours, parce que chaque jour était identique ; entre les moments de douleur, j'attendais et je craignais l'arrivée des prochains ; j'étais dedans toujours ; je ne pensais à rien d'autre ; le temps ne passait pas ; je croyais que cela ne s'arrêterait jamais. Je ne savais plus ce que je voulais ; je ne voulais rien ; j'étais comme vide ; avant je ne savais pas que le temps passait : je m'en fichais ; mais là, en soins intensifs, c'était comme si le temps ne passait plus* » ; et il conclut : « *On sait que le temps passe quand il ne passe plus ; avant, on s'en fout* ». Le temps de la douleur est en effet un temps écrasé sur le seul présent. Cette douleur qui se répète identique ne lui laisse aucun répit, ne lui ménage aucun abri, même provisoire : il est « *dedans toujours* ». Peut-être souffrir ne consiste-t-il au fond en rien d'autre qu'en cette épreuve du temps qui passe ou plutôt « *ne passe pas* ». D'où ce constat : « *Je ne voulais rien* ». La volonté, en effet, a la structure du projet. Elle ne peut rien contre la présence insistante d'un présent figé dans une sorte d'éternité.

3.6. Douleur et invention du sujet

Un peu plus tard, Antoine m'informe qu'il a rencontré le médecin qu'il avait traité de « *sale négro* ». Il est allé vers lui pour lui demander de l'excuser en ajoutant que c'était moi qui le lui avais conseillé. Je l'ai beaucoup remercié de me tenir au courant de ses mensonges. « *Oh !* », me répondit-il en souriant, « *Tout le monde doit faire ça ; c'est vrai, je suis un peu menteur – mais c'est parce que je n'étais pas très à l'aise* ». Le médecin a d'ailleurs trouvé que c'était un très bon conseil. Il a accepté ses excuses. Il a ajouté cependant que tous les médecins, « *noirs comme blancs* », étaient très malheureux de ne pas parvenir, au XXI^e siècle, à soulager la douleur, mais que cela ne justifiait en rien l'injure raciste. C'était refuser la victimisation. Antoine, certes, avait eu mal, très mal, mais même à l'enfant qui souffre, « *tout n'est pas permis* ». Il fut conduit ainsi à s'interroger sur lui-même. Était-il, comme il me le dit ensuite, « *un peu menteur et aussi, finalement, un peu raciste* » ? Je ne sais pas. Mais l'épreuve qu'il avait traversée lui avait permis d'affronter ces questions et de découvrir une part ignorée de lui-même. Et cela n'est pas, faut-il le préciser, trouver des vertus à la douleur, mais à la parole qui lutte contre la douleur et tente de frayer malgré tout un chemin où le sujet puisse s'assurer à nouveau de sa position de sujet.

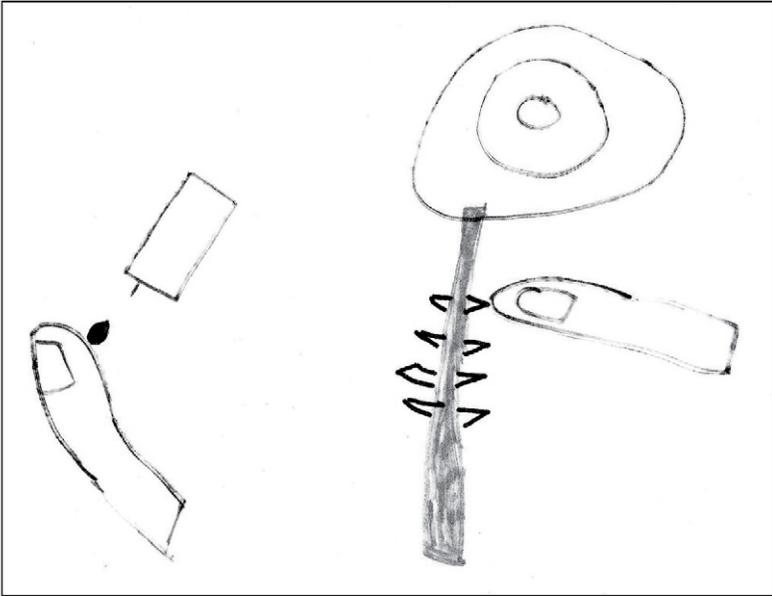


FIGURE 1. « La piqûre ».

Ce chemin, heureusement, n'est pas toujours aussi difficile. Aussi, certains moments de mes rencontres avec les enfants sont-ils eux-mêmes moins forts, moins extrêmes. Il s'y mêle parfois un peu d'humour ou de poésie. Ainsi, c'est le cas par exemple de ce garçon de sept ans qui se plaignait des piqûres que l'on devait lui faire à intervalles réguliers à des fins de numération. Tout le monde lui disait que ce n'était rien et que cela ne faisait pas mal. « *Ça m'agace !* », finit-il par avouer. Puis, s'appliquant, il fit ce dessin et dit sans me regarder : « *La piqûre au bout du doigt, c'est comme lorsque le jardinier se pique avec une épine de rose. Mais, quand il s'est piqué deux fois, trois fois, quatre fois, le jardinier met des gants ; moi, c'est l'infirmière qui met des gants* » (figure 1).

4. Greffe et identité : se faire un corps avec les mots

4.1. Le rapport à la parole

Cette situation met en jeu d'une autre façon le rapport à soi et plus précisément à ce qu'on appelle ordinairement l'identité personnelle. Antonin avait, très peu de temps après le diagnostic de leucémie, accepté avec empressement nos rencontres mais pour en faire, dans un premier temps, un usage qui m'avait interrogée. L'essentiel de son propos consistait en effet en une description minutieuse et répétitive des faits et gestes des soignants : « *Elle a changé mon pansement :*

elle a pris une compresse pliée en quatre qu'elle a dépliée », etc. ; ou, variante, tout aussi répétitive : « *Quand ça va, ça va ; quand ça va pas, ça fait chier ; c'est tout ; quand est-ce qu'on se revoit ?* » J'étais tentée de penser que, même s'il parlait, il ne disait pas grand chose. Pourtant il s'assurait toujours de la date du prochain rendez-vous et se montrait scandalisé par l'interruption des vacances : « *On est malade et toi, tu pars en vacances tranquillement ! Alors que, pour nous, c'est important de parler* ».

J'en étais là de mes questions sur ces entretiens : je me demandais ce qu'ils entretenaient ; je me disais qu'en d'autres circonstances, Antonin m'aurait peut-être raconté tout Harry Potter – façon sans doute de parler pour ne pas dire. Je retenais seulement que la maladie grave le confrontait à l'impensable, à l'indicible : il ne se retournait pas, il ne se projetait pas. Il paraissait pris dans un présent sans cesse renouvelé, sans que rien ne fasse histoire.

4.2. L'énigme du sexe et la mort

Cependant, quelque temps après la greffe, Antonin exprima son inquiétude. Mais il me faut, avant de rapporter ses propos, dire quelques mots de la technique utilisée pour celle-ci. La moelle osseuse est un liquide contenu dans tout le squelette. Dans les leucémies, elle est envahie par des cellules anormales : les cellules cancéreuses. La greffe est proposée pour les leucémies à haut risque. Il s'agit alors de remplacer la moelle anormale par une moelle saine et compatible. Or, dans tous les cas, il faut trouver un donneur. En cancérologie pédiatrique, le donneur est souvent un frère ou une sœur de l'enfant malade. Sa moelle est prélevée sous anesthésie générale et placée dans une poche de plastique avant d'être réinjectée au receveur par perfusion. Dans le cas d'Antonin, c'est sa sœur, un peu plus âgée que lui, qui avait donné sa moelle. Mais quelque temps après la greffe, il se montra inquiet : « *Est-ce que tu sais si je vais changer puisque c'est la moelle de ma sœur ? Est-ce que je vais devenir une fille ?* » Cette question venait bousculer la répétition de ce qui paraissait établi. Devant cette énigme, il voulait savoir. C'était là l'écart par rapport au premier temps de nos rencontres. Je lui répondis qu'il pouvait poser cette question au médecin qui le soignait mais que nous continuerions à en parler. Il parut apaisé par la réponse de la pédiatre cancérologue : « *Elle dit que je vais rester garçon ; les seins ne pousseront pas ; j'aurai un système pileux de garçon et je ne perdrai pas ce que j'ai* ».

Cette même pédiatre lui aurait cependant demandé ensuite si elle avait répondu à sa question. Au « *pas complètement* » d'Antonin, elle aurait avoué qu'elle ne savait pas tout. Elle semblait savoir, en tout cas, que sa pratique n'était pas une pratique vétérinaire et qu'il y avait un

au-delà de la question. C'est pourquoi, en dépit de sa réponse, celle-ci demeurerait : « *D'accord pour les signes extérieurs, mais est-ce que mon moi va être changé ? Mon moi, c'est-à-dire qui je suis, par exemple mes manières, mes goûts, mes gestes : est-ce que je ne vais pas être un peu efféminé ? En tout cas, je ne suis pas tout à fait comme avant* ». Ce qui est clair sur le plan organique, ne l'est pas sur le plan subjectif. Concernant le changement qu'il ressent, il a d'ailleurs demandé à sa mère de coller dans l'album photos de la famille une photocopie de son nouveau groupe sanguin, c'est-à-dire celui de sa sœur. Il m'explique que, dans l'album, les photos des enfants sont précédées du faire-part de leur naissance : ainsi, à partir du faire-part de son nouveau groupe sanguin, on mettra les photos qui suivent cet événement. Avec cette trouvaille, il inscrit la différence au sein même de l'identité. Il parvient à intégrer la rupture dans une histoire qui continue.

Un peu plus tard, au début d'un entretien, il dit vouloir parler d'un « *truc* » dont il ne connaît pas le « *mot poli* » car on n'en parle jamais. Je lui réponds qu'il peut le dire avec ses mots. « *Le problème* », rétorque-t-il, « *c'est que je n'ai pas de mots pour ça ; enfin je veux parler du bandage, euh... ça va pas : de la banderole... ça va pas non plus, je préfère bandage ; enfin tu vois bien ce que je veux dire ; eh bien le docteur X m'a dit que je n'allais pas perdre ce que j'avais mais je me demande si ça va marcher : quand je serai avec une fille, est-ce qu'il y aura bandage ? Oh là ! J'aurais jamais pensé que je pourrais te parler de ça.* » Il s'étonne lui-même du point où il est parvenu. Pour lui, l'éventuelle transformation de l'organisme n'est plus un problème ; ce qui l'inquiète, c'est le corps dans sa dimension sexuelle donc dans son rapport à l'autre.

L'identité sexuée, en effet, n'est pas une pure donnée biologique. Aussi, la question de savoir ce que signifie être homme ou être femme n'est-elle pas entièrement plaidée sur ce plan. C'est cette question qui insiste lors d'une autre séance : « *Lorsque mes cheveux repousseront, je me demande si j'aurai des cheveux de fille* ». Je l'interroge : « *Qu'est-ce que des cheveux de fille ?* » Il répond : « *Des cheveux* » ; puis, après un silence : « *Des cheveux dont je me dirais que ce sont des cheveux de fille* ». Cette réponse me paraît vérifier la thèse de Paul Ricoeur en 1990 sur l'identité personnelle; à la question « *Qui suis-je ?* », ce dernier répond en effet : « *Je suis ce que je me raconte* ».

La greffe de moelle, cette nouvelle technique médicale, a peut-être précipité pour Antonin les questions fondamentales de l'être humain : celles du sexe et de la mort. Je voudrais revenir ici sur le scandale que constitue à ses yeux l'interruption due aux vacances : « *J'espère que tu ne pars pas en vacances en voiture* », s'inquiète-t-il juste avant celle-ci, « *J'ai peur que tu meures* ». Je l'interroge : « *Tu penses à la mort ?* ». « *Bien joué !* », me répond-il, « *J'y pense mais rien à dire là-dessus ; encore que... je sais*

que sans la greffe, je serais mort, mais je ne sais pas si, avec la greffe, je vais vivre ; alors, parfois, j'ai peur ; puis je me dis que personne n'est jamais sûr du temps qu'il vivra ; alors, finalement, je suis comme tout le monde ». C'est à quinze ans qu'Arthur Rimbaud affirmait, dans une lettre à Paul Demeny en 1871 : « *Je est un autre* ». À ce moment d'identité fragile, Antonin, avec l'intrusion de la maladie, expérimente lui-même la vérité de cette affirmation. On peut penser seulement que la présence du psychologue lui aura permis de le faire moins seul.

5. La guérison : enjeux subjectifs

5.1. Faire usage de la parole

J'aurais aimé avec ce quatrième cas aborder le moment même de la guérison. Mais pour Paul, ce garçon de seize ans, il fut plutôt considéré comme un moment d'identité fragile, voire d'identité en panne. Bien évidemment, les médecins n'aiment pas que l'on tienne ce moment pour difficile. L'énergie qu'ils déploient pour vaincre la maladie est telle qu'ils ont du mal à entendre que la guérison elle-même peut poser problème. Pour les familles dont l'enfant n'a pas guéri, il existe également quelque chose d'indécemment. Et pourtant...

Le diagnostic de leucémie a été posé lorsque Paul avait neuf ans. Durant les hospitalisations, je rencontre rarement cet enfant car ses parents ne le souhaitent pas et lui non plus. Il se présente comme quelqu'un qui va plutôt bien et qui a assez bien accepté les contraintes de la maladie et de son traitement. Les soignants remarquent cependant qu'ils ont peu d'échanges avec lui et qu'il ne pose aucune question à ce propos. Je n'ai pu, à ce moment là, aller au-delà de l'offre, pourtant insistante, que je lui avais faite. Je lui ai dit cependant, ainsi qu'à sa famille, que nous pourrions nous rencontrer lorsqu'ils le souhaiteraient durant ou après les hospitalisations.

Tout se déroula sans vague mais, sept ans plus tard – Paul était alors âgé de seize ans –, sa mère sollicita un rendez-vous en son nom. Lorsque je le reçus pour la première fois, je fus frappée par sa tristesse et plus encore par son malaise, voire son mal être. Il vint seul à ce premier rendez-vous. C'était, me dit-il, ce qu'il souhaitait. Il s'aperçut alors que c'était la première fois qu'il se trouvait seul pour parler de lui : jusqu'à ce jour, sa mère avait toujours été présente. C'est l'occasion qu'il saisit pour parler de lui : une coupure est introduite ; il quitte sa position passive et prend alors l'initiative de la parole.

5.2. Savoir y faire, avec la guérison

Que lui arrive-t-il ? Depuis presque un an, il « *va mal, très mal* ». Cela a commencé, « *bizarrement* », le jour où le médecin lui a annoncé qu'on

pouvait, en ce qui concerne sa maladie, parler de guérison. Alors que, depuis des années, il avait attendu cette parole, il a ressenti un vide et s'est effondré. Sa mère lui a proposé alors de revoir le médecin. Il ne l'a pas voulu car ils s'étaient battus ensemble pour la guérison ; il pressentait qu'apprendre qu'il était si mal aurait été trop dur pour cette personne qu'il estimait beaucoup : « *J'allais pas lui faire ça, j'avais pas le droit* ». Depuis, cependant, il ne comprend pas ce qui lui arrive ; il n'est plus malade mais il va de plus en plus mal. Il ne peut se concentrer, n'a pas de but, n'est plus rien ; il se traîne ; il est mal dans sa peau ; il est mal aussi avec ceux de son âge et ne peut plus aller au lycée. Ceux qui l'entourent lui disent en vain qu'il n'a pas le droit d'aller mal puisqu'il vit quand d'autres qu'il a connus n'ont pas survécu. C'est en vain aussi que ses parents lui disent que « *tout ça, c'est du passé* » et qu' « *il faut oublier* ». Je lui suggère que, précisément, ce passé a du mal à passer. Il trouve l'idée « *intéressante* » et c'est le début d'un travail qui se déroulera une fois par semaine durant trois ans. Il reparle à plusieurs reprises, durant celui-ci, du moment de la guérison comme du début de son mal être. Avant, sa vie était programmée : il était malade et se battait pour guérir. Aussi, son existence, durant cinq ou six années, s'était-elle condensée dans ces deux expressions : être malade et se battre. La guérison introduit donc une rupture : il n'est plus comme avant. Deux questions émergent alors brutalement – deux questions dont personne ne fera jamais l'économie mais qui avaient été bouchées dans son cas par la maladie qui, en quelque sorte, apportait une réponse : Qui suis-je ? Que vais-je faire ? Car Paul n'est plus celui qu'il était et il n'a plus de projet. Il s'était identifié à sa maladie : il n'avait pas un cancer, il était cancéreux. Aussi le « *tu es guéri* » annoncé par le médecin avait-il signifié pour lui : « *tu n'es plus* ». Le voilà jeté à ce moment dans l'aventure de la vie, sans programme déterminé, fort d'une liberté dont il ne sait que faire. Il a perdu un statut – celui d'enfant malade – qui, paradoxalement, le tenait au chaud. Il croit qu'il est doublement coupable de vivre et de ne pas réussir à être heureux. Il se déçoit et déçoit son entourage. Il pense que, pour les autres, ce qu'il éprouve est étrange et que personne ne peut le comprendre. Alors, comme il dit, « *Je me terre* ».

5.3. Une commémoration singulière

Au cours d'une autre séance, il se plaint de n'avoir gardé, de son combat contre la maladie, aucune cicatrice. Rien ne s'est inscrit sur le corps. Aussi rien ne peut-il authentifier sa souffrance aux yeux des autres. Il se plaint, au contraire, d'avoir trop bien cicatrisé ; il ne reste aucune trace au niveau du cathéter et c'est inutilement qu'il a demandé à son frère de retrouver sur son dos les marques des ponctions lombaires ; celui-ci n'a rien vu. « *Il n'y a rien pour se souvenir* », conclut-il.

Il se plaint d'ailleurs de n'avoir, littéralement, aucun souvenir de cette période. Rien ne s'est inscrit sur son corps mais rien non plus dans sa mémoire. C'est sans doute ce passé sans image et sans parole qui a, à ce moment-là, hypothéqué l'avenir. De fait, un long travail sera nécessaire pour qu'il puisse mettre en récit son histoire et parvienne ainsi à se dégager de sa position statufiée d'enfant malade.

C'est environ six mois après notre première rencontre qu'il aborde ses problèmes de peau. Il avoue, un peu gêné, qu'il continue de rencontrer des médecins, surtout des dermatologues, et décrit alors les plaques qui apparaissent sur son visage, ses bras et ses mains. Ces plaques le conduisent de consultation en consultation et il peut vérifier de cette façon que les médecins ne comprennent pas ce qui se passe. Je lui demande : « *À quel moment ces plaques apparaissent-elles ?* ». Sans réfléchir et presque surpris par ses propos, il répond que cela survient à chaque fois qu'il doit se présenter à quelqu'un qui ne le connaît pas, surtout lorsqu'il s'agit d'une fille. Moi-même, un peu étonnée, je m'entends lui dire : « *Serait-ce un peu comme des plaques d'identité ?* ». « *Non* », réplique-t-il, « *Mais j'en ai sans doute besoin parce que je n'ai pas de cicatrices et que ça ne se voit pas que j'ai été malade* ». Il s'est alors agi certainement de ma part d'une mauvaise intervention. Nous n'avons pas, en effet, à proposer un sens. Pourtant, après cette intervention, il relie lui-même ces plaques et l'absence de cicatrices laissées par la maladie. C'est donc encore la maladie – sous la forme, cette fois, du phénomène psychosomatique – qui fait pour lui identité, et ces plaques viennent à son secours quand un autre, et plus particulièrement une jeune fille, lui demande qui il est. On pourrait dire que, tout un temps, c'est la maladie qui soutient son existence pour lui-même et pour les autres.

Durant les deux années et demie que durera encore notre travail, je n'entendrai plus jamais parler de ses problèmes de peau. Reste le vivant paradoxe soutenu par lui contre le sens commun : la guérison d'une maladie mortelle peut être vécue comme une catastrophe subjective. C'est le rôle du psychologue, dans tous les cas, d'aider le patient à surmonter cette catastrophe. Comment ne pas citer, en guise d'épilogue, le courrier que Paul m'adressa cinq ans après la fin de nos rencontres : « *Je vous écris pour vous annoncer mon mariage ; ma future épouse est infirmière en cancérologie ; hasard ou nécessité, vous choisirez* ».

Mais, pour ne pas laisser croire qu'il faut avoir quinze ou seize ans au moins pour interroger les événements de son histoire ni que tous les enfants atteints de cancer vivent et parlent de leur maladie de la même façon, j'évoquerai pour terminer quelques moments du travail engagé avec une petite fille de quatre ans.

Élise a une leucémie. Sa greffe de moelle exige une hospitalisation de six mois sans sortie, en chambre stérile, dans un secteur hyper protégé.

Après quatre mois dans ces conditions difficiles, elle me confie un secret : « en fait, ce sont les mots qui me tressent ». Je lui demande alors quels mots. « *Je peux pas encore te les dire* », répond-elle, « *car même si c'est moi qui les dis, ils me tressent.* »

En suivant l'indication d'Élise, nous tentons, dans ce service de cancérologie pédiatrique, de prendre du temps avec chacun afin de dénouer avec les mots ce que les mots ont « *tressé* ».

Bibliographie

- Freud, S. (1951), *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926), Paris, PUF, p. 94.
Heidegger M. (1968), « Qu'est-ce que la métaphysique ? », *Questions I*, Paris, Gallimard, p. 59.
Lacan J. (1963). Séminaire sur *L'angoisse*, séance du 9 janvier 1963.
Lacan J. (1963). *Ibid.* Cf. dans le même sens Heidegger, *op. cit.*
Ricoeur, P. (1990), *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil.
Rimbaud A. (1871). Lettre à Paul Demeny du 15 mai 1871.

CHAPITRE 5

Auprès des patients séropositifs : pour une clinique discrète d'une maladie indiscreète

D. Jammet

Ce chapitre se donne pour objectif de témoigner du travail du psychologue en service de médecine interne et plus particulièrement auprès des patients séropositifs. À cet égard, la place des psychologues s'est modifiée au cours de ces dernières années en même temps qu'évoluaient les traitements et les structures de soins et d'accueil. C'est le cas par exemple avec la création en 1988 des Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH), structures hospitalières chargées de la recherche clinique, de la prévention et des soins aux patients infectés au sein desquelles des postes de psychologues ont été créés. Les psychologues ont été chargés de la prise en charge psychologique des patients et des équipes soignantes dans les services qui accueillaient des patients contaminés, principalement les services de médecine interne et maladies infectieuses, mais aussi des services de dermatologie qui effectuaient également beaucoup de diagnostics à partir des symptômes cutanés.

Aujourd'hui, en France, la situation n'est plus la même. Sur le plan médical, des traitements ont vu le jour qui ont contribué à augmenter l'espérance de vie des patients, faisant de l'infection à VIH une « maladie chronique » qui s'accompagne de pathologies encore inexplicables apparaissant comme des complications de ces traitements au long cours. Avec la possibilité de traiter la maladie, les médecins sont moins désemparés ; leur attente à l'égard des psychologues est davantage

celle de compléter leur savoir quand il s'agit de comprendre pourquoi un patient refuse un traitement ou le prend mal, ainsi que de soutenir le patient dans ce long cheminement du traitement « à vie ».

1. Compétences demandées

1.1. L'importance clinique du diagnostic différentiel

Le psychologue peut être amené à intervenir auprès des patients dans différents temps de la pathologie : annonce du diagnostic, mise sous traitement, hospitalisation lors de maladies opportunistes ou autres, et bien sûr, chaque fois que le sujet confronté à un événement difficile souhaite cette rencontre. Il est donc important de pouvoir distinguer ce qui relève de la souffrance liée à la gravité de la maladie, des événements de vie difficiles à vivre, et ce qui relève d'une pathologie psychique, le psychologue s'efforçant d'obtenir que le sujet accepte de la traiter. Il n'y a évidemment pas de « profil psychologique » du patient VIH ; il y a autant de façons de faire face à cette pathologie et d'en répondre qu'il y a de sujets contaminés. On a pu, bien sûr, distinguer différents types de réaction, comme le déni face à l'annonce, la dépression, la colère, etc. Ce répertoire est fort utile dans les échanges avec les équipes soignantes, car il permet d'avoir un langage commun et de reconnaître les affects que le patient va exprimer. Néanmoins, pour le psychologue, il est nécessaire d'avoir une clinique plus fine, qui lui permettra de moduler ses réponses et de ne pas mettre sur le coup de la maladie, ce qui dépend du désir du sujet. Si le psychologue doit savoir faire appel au psychiatre devant des troubles qui appellent d'urgence une médication psychiatrique, il est également de sa responsabilité propre d'entendre « la vérité d'un sujet tenaillé par l'angoisse, balançant entre la révolte et l'accablement » (Leguil et Silvestre, 1988). Il est notamment de la responsabilité du psychologue de faire la différence entre l'angoisse d'un sujet devant la menace que la maladie représente à ses yeux, et la façon dont un autre sujet exprime sa certitude que l'on veut sa mort, que l'on parle de lui et qu'on le regarde d'une manière bien particulière parce que tout le monde sait qu'il est séropositif. Autrement dit, il est important de distinguer l'inquiétude et ses manifestations symptomatiques dans la névrose de la certitude délirante du sujet psychotique.

1.2. Une formation clinique qui tienne compte du réel en jeu

Le travail clinique auprès de patients séropositifs conduit à entendre la souffrance du sujet confronté à une maladie grave, voire mortelle, ainsi que les interrogations du sujet sur les conditions de sa contamination.

Une formation en psychopathologie est une base nécessaire pour accueillir cette parole d'un sujet qui souffre. Une formation personnelle par la psychanalyse oriente la clinique vers une position à la fois plus légère et plus attentive au réel en jeu. Ce qui différencie les entretiens du psychologue à l'hôpital des entretiens des médecins, c'est qu'il n'y a pas de visée informative, il n'y a pas d'urgence à obtenir une réponse précise. Au contraire, il s'agit de faire valoir auprès du patient, qui au départ n'était pas demandeur, une offre de parole qui n'est pas celle de la médecine, pas celle de l'évaluateur, mais plutôt celle de qui veut être enseigné du savoir du patient. Il s'agirait de laisser entendre une certaine forme d'ignorance, comme celle du psychanalyste qui ne sait pas à l'avance ce qui va lui être dit et qui accueille la parole de chaque patient comme si c'était la première fois. Par ailleurs, il ne s'agit pas de viser directement ce que nous imaginons être le cœur du problème, l'angoisse de mort par exemple, mais de l'aborder par les *détours* du sujet. Pour cela, il convient de faire conversation, c'est-à-dire de suivre les avancées et les déplacements du sujet, les tours et détours qui lui sont nécessaires pour qu'à un moment il entende ce qu'il dit. Tenir une conversation comporte ce que l'étymologie du mot nous dit, un semblant de familiarité, qui consiste à parler le langage de la paroisse du sujet, comme le dit Lacan, avec une légèreté de plume, mais aussi le sens d'entretien savant, car il s'agit d'entendre dans ce qui se dit la dimension du réel en jeu pour le sujet, la jouissance. Dans la conversation, va compter ce qui est dit, mais aussi ce qui n'est pas dit, ce qui reste en suspens, façon de cerner l'innommable, le réel. Pour cela, il s'agit de ponctuer le discours du patient, d'opérer des coupures, avec le tact qui convient à cette clinique discrète. Dans le domaine propre du sida, un des objectifs du psychologue auprès d'un patient contaminé par le VIH est de pouvoir se faire une idée de la position subjective qui le caractérise dans la maladie, et c'est « en prétendant lui remettre un peu les clefs entre les mains, que l'on peut espérer qu'il se débrouillera un peu mieux avec celui qui représente le discours médical, son médecin » (Leguil et Silvestre, 1988). C'est avant tout au médecin que le patient adresse sa demande, et le psychologue doit tenir compte du fait que le malade est en quelque sorte « appareillé » de son médecin.

1.3. Collaboration avec les autres professionnels

1.3.1. Collaboration avec les acteurs sociaux

Être séropositif entraîne de nombreux bouleversements dans la vie, d'autant que certains patients se trouvaient déjà auparavant dans une situation peu stable sur le plan économique. Les assistants sociaux hospitaliers interviennent aux différents moments de la maladie, particulièrement quand le patient est hospitalisé, mais aussi dans la suite, chaque

fois que la situation le nécessite : convalescence, problèmes de mutuelle, de logement, aides financières diverses. Un lien étroit est nécessaire avec eux. Les associations de malades interviennent également dans le champ social, en coordonnant les aides à domicile, les appartements relais, de même que tout un secteur associatif à l'extérieur de l'hôpital. Il est nécessaire de connaître ces réseaux, car les patients y font appel, et les psychologues sont parfois sollicités pour rencontrer un patient adressé par un intervenant de ces structures.

1.3.2. Formation des personnels infirmiers

Les futurs soignants attendent des psychologues qu'ils les éclairent sur la souffrance psychologique des patients et qu'ils leur permettent de trouver des moyens de soulager cette souffrance. Une des missions des psychologues est d'intervenir dans le cadre des Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) à propos des aspects psychologiques de la pathologie VIH. Les futurs infirmiers auront à soigner les corps des sujets atteints en prenant les précautions que la transmissibilité de la maladie implique. Il ne s'agit pas pour autant de confondre les patients avec la maladie, mais d'être sensible à la souffrance que cette pathologie provoque, à la honte qu'elle peut inspirer, et au réconfort que les infirmiers apportent dans des soins adaptés, effectués avec des précautions mais sans excès.

1.4. Actions de prévention auprès des lycéens

La journée mondiale du sida qui a lieu le 1^{er} décembre chaque année est l'occasion d'actions de prévention en direction des collégiens et lycéens. La mobilisation des soignants, médecins et divers intervenants dans les structures de soins et les associations de malades permet d'offrir aux jeunes filles et garçons des informations précises sur le sida, à travers des jeux, des films, des expositions, parfois des témoignages de personnes concernées. Les psychologues participent à leur façon à ces manifestations, chacun choisissant le mode d'intervention qui lui convient. La difficulté est celle de la prévention : répondre aux questions que posent les jeunes est une chose, devancer leurs questions par une information qui a quelquefois un caractère provocant sur le plan de la sexualité en est une autre. L'épidémie de sida ne laisse pas les adolescents aborder les questions que la sexualité pose à tous avec le temps qu'il faut pour se faire à la transformation corporelle, à la rencontre avec le désir sexuel. Dès le premier rapport sexuel, les jeunes doivent penser à se protéger, il leur est donc nécessaire d'anticiper la possibilité de l'acte ; à l'émoi du premier contact doit s'ajouter la lucidité de la prévention. Dans ces journées de prévention, les psychologues ont à cœur de faire entendre aux lycéens qu'ils savent que tout cela ne va pas de soi, et qu'au-delà

des questions que pose la sexualité, il y a la dimension de l'amour et du désir.

2. Lieux et modes d'intervention du psychologue

2.1. L'intervention du psychologue dans l'unité d'hospitalisation

L'action du psychologue s'articule aux interventions des différents professionnels présents dans les services, et il s'agit très souvent de « se faufiler » parmi les divers intervenants. Il n'y a pas à revendiquer d'emblée une place reconnue de spécialiste, mais plutôt à faire valoir l'efficacité d'une approche « décalée » par rapport aux autres interventions, dans la mesure où la première préoccupation du psychologue sera de ménager pour le patient un lieu d'écoute de sa subjectivité.

C'est le cas notamment dans son travail auprès de l'équipe soignante. Une fois par semaine, les médecins, les infirmiers, la diététicienne, l'assistante sociale, le kinésithérapeute et la psychologue se réunissent pour un « staff psychosocial » au cours duquel seront abordés les différents aspects de la prise en charge du patient hospitalisé : les difficultés et questions que son état pose sur le plan médical et psychologique, ainsi que son devenir à la sortie de l'hôpital. C'est le moment où l'un des participants qui connaît le patient, souvent le médecin ou une infirmière, peut demander que le psychologue « voie » le patient, parce qu'il semble triste, angoissé ou qu'il pose des problèmes de comportement qu'on ne comprend pas.

Observation 1

Monsieur P. est un jeune homme hospitalisé pour le traitement d'une tuberculose survenant dans le contexte de son infection à VIH. Sa contagiosité nécessite l'isolement, et donc son maintien dans une chambre seule. Les infirmiers se plaignent que ce jeune homme ne respecte aucune des mesures de protection qui lui sont indiquées, il circule dans l'hôpital sans masque, les injurie quand ils viennent lui faire des soins ou qu'ils lui rappellent les précautions qu'il devrait prendre. Les infirmiers ne savent plus comment faire et ont tendance à répliquer au patient en le menaçant de faire intervenir le chef de service. La discussion au cours du staff a montré que ce jeune homme paraît malgré tout angoissé, dit qu'il ne va pas guérir, qu'il faut qu'on arrête de le torturer.

J'accepte de rencontrer ce patient, qui tout d'abord me dit qu'il n'a rien à me dire, que je ne peux rien pour lui, ce à quoi je réponds que c'est probable, mais qu'on peut peut-être bavarder un peu. J'apprends alors que ce qui lui est insupportable dans l'isolement auquel on veut le contraindre, ►

- c'est qu'il ne peut pas aller voir sa grand-mère qui est hospitalisée dans le même hôpital pour une fracture du col du fémur. Ce jeune homme me raconte qu'il n'y a qu'elle qui compte pour lui, ses parents l'ont laissé tomber très jeune, mais sa grand-mère a toujours été là. Une des formes de leur « complicité » était de faire des voyages ensemble. Tout cela lui paraît perdu. D'autres éléments dans l'entretien ont permis de repérer en quoi le fait même qu'on veuille le soigner, qu'on s'occupe de lui, et de plus qu'on l'isole est vécu par lui comme une persécution. J'ai donc proposé aux infirmiers, au lieu d'invoquer le règlement pour le contraindre, de faire valoir qu'eux-mêmes y sont soumis. Avant de lui faire des soins, ils se sont donc excusés de le déranger, de lui faire mal, en lui disant qu'ils étaient désolés de ce fait, mais qu'ils n'avaient pas le choix, que c'était obligatoire dans leur travail. En outre, il lui a été permis d'aller voir sa grand-mère avec un masque.

Cette nouvelle approche du patient a permis un soulagement du patient et des infirmiers. Le traitement a été possible, le patient s'est senti respecté, et a commencé à respecter les mesures de protection tant qu'elles ont été nécessaires.

On voit ici que l'intervention du psychologue s'est déroulée en trois temps. Durant le premier temps, au staff, il s'agissait de questionner la plainte des infirmiers pour y repérer des éléments cliniques dont ils ne percevaient pas l'importance : derrière cette façade caractérielle, le patient souffre, sans qu'on sache de quoi. Le deuxième temps a été l'entretien avec le patient qui a permis de faire l'hypothèse d'un rapport paranoïaque au monde et d'en déduire que les soins le persécutaient. Le troisième temps est la proposition à l'équipe de faire valoir auprès du patient que chaque soignant a affaire à un Autre régulé auquel il se soumet ; autrement dit, que ce n'est pas un caprice de leur part de le traiter ainsi, ils n'en jouissent pas, mais c'est leur devoir de soignants auquel ils ne peuvent déroger. On comprend que le soulagement ait été sensible pour les soignants autant que pour le patient, car ma remarque a eu pour eux une valeur d'interprétation de leur désir de soigner.

Ce service médical est un lieu de diagnostic, le patient y arrive parce qu'il a une douleur, ou de la fièvre, un état général altéré, et la tâche des médecins est d'en découvrir la cause. Ils utilisent pour ce faire des examens complémentaires divers qui peuvent parfois prendre beaucoup de temps, plusieurs jours, parfois des semaines, avant que les résultats permettent de poser le diagnostic. Pour le patient, ce temps de l'attente est souvent aussi celui de l'inquiétude : quelque chose est imminent, que l'on ignore, la menace est réelle, mais le sujet ne sait pas sur quoi elle porte. Au cours de cette attente peut surgir l'angoisse qui, bien souvent, conduira les médecins à demander une

consultation psychologique. L'annonce du diagnostic est un moment délicat, difficile pour les médecins débutants : comment et quand va-t-on annoncer une maladie grave à un sujet ? Pour certaines annonces de la pathologie au stade sida, quand les médecins redoutent que cette annonce provoque une catastrophe subjective, ils décident d'annoncer son diagnostic au malade en tenant compte de la présence du psychologue dans le service, pour qu'il soit possible à ce dernier de rencontrer le malade dans les heures ou jours qui suivent. En effet, l'annonce de la séropositivité est toujours un moment qui fait date pour un sujet. Certains patients ne se doutaient pas du tout d'avoir été contaminés, ils n'avaient aucun symptôme et n'avaient pas le sentiment d'avoir pris des risques. Leur contamination découverte alors qu'ils sont hospitalisés pour une pathologie qui se révèle être une maladie opportuniste due à la baisse importante de leur immunité peut faire l'effet d'un coup de tonnerre dans un ciel serein. L'annonce de la maladie revêt parfois une signification mortelle. Il y a un avant et un après l'annonce, point à partir duquel les projets du sujet, ses préoccupations d'avant, ses soucis quotidiens sont modifiés. C'est pourquoi les médecins trouvent dans la présence du psychologue un appui qui leur permet de soutenir leur acte. Cette présence discrète du psychologue aux alentours de l'activité médicale est difficilement quantifiable, évaluable autrement que par la confiance qui s'instaure à partir du moment où la subjectivité du médecin n'est pas rejetée.

Concernant les rencontres du psychologue avec les patients, elles sont le plus souvent proposées par le médecin ou par l'équipe infirmière, soit parce que le patient apparaît déprimé, angoissé, soit parce qu'il pose des problèmes d'observance thérapeutique, ou des problèmes de comportement. La situation est donc la suivante : c'est le psychologue qui fait une offre de parole, que le patient accepte ou non, à laquelle il va répondre en tout cas de manière toujours singulière. Ce que vise le psychologue dans cette offre de parole, c'est qu'elle donne chance au sujet d'y formuler une demande. La demande du sujet n'est pas préalable à la rencontre avec le psychologue, elle en surgit. En effet, il s'agit de ne pas confondre la demande du patient envers le médecin, qui est de le guérir, et celle qui va résulter de la rencontre avec le psychologue. C'est le point sur lequel la présence du psychologue peut être précieuse pour le patient.

2.2. La consultation en hôpital de jour

Les patients sont accueillis en hôpital de jour par une infirmière qui effectue le bilan sanguin ; elle parle avec eux, évalue avec eux les difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans la prise du traitement. Certains infirmiers se sont spécialisés dans les consultations d'observance.

Il arrive que les soignants repèrent une souffrance d'ordre psychologique et qu'ils proposent au patient de rencontrer un psychologue, en faisant valoir alors l'intérêt qu'il pourrait y avoir de parler avec ce « spécialiste » de ce qui fait souffrir. On peut voir là une collaboration très intéressante de deux formes d'écoute qui ne se recouvrent pas. De fait, il s'agit pour le psychologue de donner place à une clinique qui tient compte de la dimension du transfert à côté des autres formes d'écoute qui sont proposées au patient.

2.3. Les consultations externes

Les patients sont adressés au psychologue par les médecins infectiologues qui les suivent sur le plan du VIH. Cette démarche est volontaire de la part des patients, même si, bien souvent, il leur semble qu'ils n'auraient jamais consulté un psychologue s'ils n'avaient pas été malades. Le nombre d'entretiens peut être de deux ou trois, si le patient ne recherche dans la rencontre avec le psychologue qu'un soulagement de sa plainte. Un travail psychothérapeutique peut s'engager quand le patient, au-delà de ce dont il se plaint, veut savoir de quoi il souffre, et quels en sont les déterminants psychiques ; et ce même si les modalités de prise en charge diffèrent d'une pratique libérale (pas de paiement, local dans l'hôpital). Il peut être préférable d'adresser un patient désireux d'engager une psychothérapie vers un confrère à l'extérieur de l'hôpital afin de favoriser la distinction entre les difficultés psychiques du patient et la question de la maladie organique. Cependant, certains patients manifestent un transfert à l'institution hospitalière et c'est dans ce cadre que le transfert au psychologue s'établit. Ils font davantage confiance à celui qui connaît ou travaille avec le médecin qui les soigne. Ils vont poursuivre pendant des mois, voire des années la psychothérapie engagée dans le cadre de l'hôpital.

Il s'agit parfois de patients psychotiques qui ont refusé de s'adresser à la psychiatrie et qui acceptent un suivi psychiatrique et/ou psychologique auprès des psychiatres et psychologues qui travaillent dans les services de maladies infectieuses. Aborder les questions de leur souffrance psychique à partir de l'atteinte organique du VIH leur est supportable, et souvent on constate une réelle stabilisation de leurs troubles psychiques. On peut faire l'hypothèse que la maladie organique a permis une fixation de jouissance dans le corps, qui a un effet pacificateur. De plus, ce suivi psychologique est un point d'appui pour la poursuite de leur traitement antirétroviral, et on sait l'importance d'une observance correcte pour que les résultats biologiques se maintiennent.

Dans le cadre de la consultation pédiatrique, la présence du psychologue peut être systématique, comme le font certaines équipes. Nous avons opté pour une présence plus informelle : nous nous présentons

toujours aux familles, échangeons avec elles quelques instants, puis nous expliquons que nous nous tenons à leur disposition. Rencontrer le psychologue sera un choix, souvent motivé par un élément d'inquiétude ou des questions qui surgissent pendant la consultation médicale.

Une prise en charge psychothérapeutique de certains enfants est possible selon des modalités qui tiennent compte de ce que les familles peuvent accepter : familles africaines, mères anciennes toxicomanes, enfants orphelins, etc. Nous observons qu'en grandissant les enfants arrivent à la consultation en ayant quelque chose à dire au psychologue qui est devenu pour eux une personne référente.

Observation 2

Mi, 9 ans, avait des difficultés à se faire des amies en classe, ce qui l'attristait. Elle m'explique qu'elle est toujours obligée de dire non quand une copine l'invite à venir dormir chez elle, parce que sa maman ne veut pas à cause des médicaments. Sa maman a peur qu'elle soit rejetée à cause de sa séropositivité. Les autres petites filles se moquent d'elle. Mi ajoute qu'elle voudrait vraiment pouvoir dormir chez une copine ou au moins en inviter une chez elle. Comment faire ?

Elle me demanda de l'aider à dire cela à sa maman, pensant qu'en passant par moi, elle ne risquait pas de faire de la peine à sa mère. Ce qui fut fait. À la consultation suivante, deux mois plus tard, elle arrive toute contente, elle a quelque chose à me dire : elle est allée dormir chez son amie, et elle s'est très bien débrouillée pour prendre ses médicaments discrètement. Elle a maintenant plusieurs amies.

La séropositivité de l'enfant provoque chez la mère « une double culpabilité : [d'une part] elle lui a transmis le virus ; d'autre part, elle risque de l'abandonner avant d'avoir achevé son rôle de mère » (Funck-Brentano, 1992). Celle-ci peut se traduire par une surprotection de l'enfant, dans une relation dont l'ambivalence manifeste est ignorée de ces mères qui ont parfois du mal à maintenir une place libre pour l'enfant. D'autres mères vont avoir un souci quasi hypochondriaque de la santé de leur enfant.

Il convient dans ces situations d'avoir une approche souple de ces mères, de tenir une conversation qui ressemble à celle qui s'établit avec les patients hospitalisés, pour donner chance à ce que notre offre de parole soit saisie.

2.4. Transmission des données cliniques

Il est nécessaire de consigner dans le dossier du patient certains éléments apparus dans les entretiens, tout en respectant le secret de ce qui a été confié. Ces indications vont permettre à l'équipe soignante de tenir

compte d'éléments qui ont pu passer inaperçus ou être sous-estimés, comme la douleur du patient, son angoisse, ses interrogations. En effet, il est fréquent que le patient se plaigne auprès du psychologue dans des termes différents de ceux qu'il emploie auprès des autres membres de l'équipe hospitalière, ou que le psychologue entende autrement que les autres les éléments de cette plainte. Quand j'écris dans le dossier du patient, je cite ses propos entre guillemets et indique mes commentaires par « il me semble que ». C'est un repère nécessaire pour les médecins ; il leur permet de saisir que je ne me pose pas comme juge de leur action mais que j'attire leur attention sur un point qui pose problème au patient. Je n'écris jamais dans le dossier les éléments très privés que le patient a pu me confier et qui n'ont pas d'importance dans le soin, ou alors j'en donne une indication de manière généraliste. Par exemple, M. X souffre de grandes difficultés d'ordre familial, Mme Y a vécu une succession de deuils dont elle souffre encore, etc. Il n'est pas utile d'indiquer plus de précision dans le cadre d'une maladie organique : le patient est le seul à pouvoir décider de ce qu'il confie et à qui. Ce qui compte, c'est de faire entendre quelque chose de la parole du patient, de son désir.

Observation 3

M. C. a découvert sa séropositivité récemment, il va très mal, une aggravation rapide de ses troubles surprend les médecins qui multiplient les examens dans le but de comprendre la cause de cette évolution péjorative et de la traiter. Je retourne voir M. C. avec qui j'avais parlé la semaine précédente, et le trouve prostré dans son lit. Il a devant moi une crise douloureuse fulgurante. Il me dit qu'il pense que les médecins sont trop préoccupés à chercher la cause et ne tiennent pas assez compte de sa douleur, il a envie par moments de laisser tout tomber.

Dans le dossier, je décris cette crise douloureuse et je cite M. C. en précisant que je le trouve épuisé, et presque désespéré. Je donne le dossier aux médecins en leur parlant de cet entretien avec le patient. Les médecins ont repris tout son traitement pour tenter d'abord de le soulager, et ont renoncé à un examen pénible qui était prévu. M. C. est décédé une semaine plus tard.

Cet exemple montre la place discrète mais efficace que peut tenir le psychologue dans une équipe médicale où le souci de trouver le diagnostic pour prescrire le bon traitement, dans l'urgence toujours, apparaît comme une course contre la montre. La place du psychologue est celle de celui qui, justement parce qu'on n'a pas le temps face à la maladie, va prendre le temps d'écouter le patient, pour entendre quelque chose de ce dont il souffre en tant que sujet.

3. Une maladie qui noue la jouissance sexuelle à la mort

La spécificité du VIH par rapport à d'autres maladies graves ou chroniques est le mode de transmission, sexuel ; cela implique que, dans la rencontre avec le sujet, la sexualité à un moment ou un autre soit abordée, avec ses vicissitudes et ses enjeux. Il a fallu attendre que les progrès médicaux aient considérablement augmenté l'espérance de vie des patients infectés pour que la question de la sexualité soit abordée par les médecins à partir des difficultés rencontrées dans les couples ou des troubles divers dont chaque sujet pouvait souffrir. Jusque-là, les médecins étaient légitimement surtout préoccupés de la survie de leur patient. Les psychologues, en revanche, ont de tout temps entendu les patients séropositifs évoquer les circonstances de leur contamination, ce qui avait présidé à cette rencontre fâcheuse, la manière souvent douloureuse de vivre leur sexualité après la contamination.

3.1. La sexualité et l'intime

3.1.1. Sida et sexualité

Le sida met sur le devant de la scène ce qu'il y a de plus intime : la question du sexuel. Comme tous les êtres humains, les sujets séropositifs sont aux prises avec les aléas du sexuel, les embrouilles du désir, l'impératif de la jouissance, la quête d'amour. Certains tentent de s'y retrouver, en faisant passer, par la parole, leur plainte en demande, et découvrent que la sexualité est d'abord affaire de langage. Ce qui importe dans la rencontre avec le psychologue n'est pas tant ces variations que la question du désir en jeu, que la position que le sujet adopte vis-à-vis de son mode de jouissance, et vis-à-vis de la jouissance de l'Autre.

La psychanalyse nous apprend que, dans l'inconscient, il n'y a pas de savoir inscrit sur le rapport entre les sexes, comme le savoir que peuvent avoir, pour copuler, les animaux. C'est là l'impasse majeure de la sexualité chez les êtres humains, ce défaut de savoir qui constitue un réel en tant qu'impossible. Dans l'inconscient, on trouve tous les signifiants à l'infini, mais aucune possibilité de savoir comment faire avec l'autre sexe. C'est cet impossible-là qui fait que les êtres se rencontrent comme ils le peuvent. Il y a des rencontres entre les êtres sexués, entre les corps sexués, pas seulement entre les corps de sexes différents, mais aussi entre des corps du même sexe. Pourtant, qu'ils soient du même sexe ne veut pas dire qu'ils sachent comment réussir avec l'autre. L'impossible de structure s'inscrit pour les deux cas de figure, pour la rencontre hétérosexuelle aussi bien que pour la rencontre homosexuelle.

C'est dans le cadre de ce « ratage » de structure que vient s'inscrire la question du VIH. Il n'y a donc pas à chercher à réconcilier le sujet avec

la jouissance, à faire miroiter une quelconque harmonie – ce serait bien illusoire –, mais plutôt à soutenir sa recherche d'une solution qui lui soit propre, et qui tienne compte de la dimension inconsciente en jeu.

Les entretiens peuvent permettre à un sujet de faire du hasard de la contamination le point d'où il va vouloir répondre de ses actes, dans un passage de l'identification à la victime à une façon nouvelle d'assumer le signifiant « séropositif ».

Dans ma pratique clinique, je ne questionne jamais le mode de contamination, laissant le sujet libre du moment où il abordera cet aspect de sa problématique. Il est plus enseignant et fructueux pour la suite des entretiens de voir dans quelle logique discursive le sujet parlera de sa contamination. Certains sujets vont très rapidement raconter avec force détails les rencontres sexuelles, les pratiques qui sont les leurs, pris dans une jouissance de la parole, et visant à y faire participer l'interlocuteur. Le psychologue ne peut être un partenaire de cette jouissance, il y aura là aussi à manier l'art de la coupure, de telle sorte que quelque chose de cette jouissance chute, opérant une rectification du rapport du sujet au réel en jeu. Au cours du travail psychothérapeutique, les entretiens offrent au sujet la possibilité de surmonter l'angoisse, de se défaire de l'inhibition, de s'alléger de la souffrance du symptôme ; mais la psychanalyse admet qu'elle n'est pas en mesure d'offrir au sujet une formule du « rapport sexuel qui n'existe pas ».

“ Mais déchiffrer les impasses propres et singulières à chacun ouvre la voie pour cerner l'impossible de structure et sortir de la jouissance de l'impasse concernant la sexualité. Et ça ouvre aussi la voie à la possibilité d'inventer, pour chaque sujet, des solutions nouvelles au malaise auquel nous avons affaire devant la sexualité. (Solano-Suarez, 2001) »

3.1.2. Les diverses formes de sexualité

La pathologie sida a confronté les psychologues aux manifestations diverses de la sexualité impliquant les variations dans le choix d'objet et dans les formes diverses de jouissance, de l'hétérosexualité à l'homosexualité et au transsexualisme. Dans le cadre de l'hôpital, ce n'est pas l'homosexualité comme telle qui décide les patients à venir parler au psychologue, mais l'angoisse, la dépression, quelque chose qui rate, ou quelque chose qui se répète, un symptôme. Le symptôme est ce qui vérifie que la jouissance ne se résorbe pas dans la seule pratique sexuelle. Celle-ci va se trouver bouleversée pour nombre de sujets, soit parce que les éventuelles modalités compulsives qui avaient précédé la contamination sont remises en question, soit parce que la relation à l'autre dans la « communauté gaie » apparaît soudain superficielle et laissant le sujet à sa solitude.

3.1.3. La question des prises de risque

La découverte de son homosexualité par un adolescent le confronte à deux groupes sociaux au sein desquels l'homosexualité reste indicible : sa famille – et il sait à quel point son choix va être pour ses parents une épreuve – et son groupe de pairs – encore animé à cet âge par l'hyper conformisme caractéristique des bandes d'adolescents (Hefez, 2003).

Les témoignages de la plupart des homosexuels adultes qui évoquent leur adolescence disent que ce fut la période du secret, de la honte et de la dissimulation. Dans cette période de solitude et de recherche de l'intégration dans un groupe, le risque de passage à l'acte est grand, que ce soit le suicide ou les prises de risque dans des relations sexuelles non protégées.

Chez les adultes, les prises de risque peuvent être le fait de personnes qui ne se croient pas concernées par le VIH, parce qu'elles ont encore une représentation de la pathologie en termes de groupes à risques dont elles ne feraient pas partie. Plus souvent, il s'agit d'un oubli d'un soir, ou d'un désir de prendre un risque pour augmenter la sensation de plaisir transgressif, ou tout simplement de la confiance donnée à quelqu'un dont on ne se méfie pas.

3.1.4. Les adolescents séropositifs

À l'adolescence se pose la question de la façon dont un sujet va se débrouiller avec la rencontre du désir sexuel et va *savoir y faire* avec. De quelle manière cette rencontre va-t-elle se jouer pour un adolescent séropositif depuis sa naissance, c'est-à-dire marqué de la jouissance de sa mère, qui est elle-même parfois décédée ? Les adolescents se trouvent souvent dans une grande solitude, ils ont une histoire faite de ruptures au sein de la famille, ils ont vécu la maladie de leurs parents, ils sont soignés pour leur propre pathologie depuis toujours. Quelle réponse le jeune va-t-il élaborer face au surgissement de la libido dans le réel du corps qui se transforme du fait de la puberté ? Quelle réponse va-t-il donner à l'angoissante question de sa mort possible, et de la séropositivité qui le rend potentiellement donneur de mort dans la relation amoureuse ?

Les jeunes qui ont grandi dans une famille où le secret de la contamination n'était pas total, quand des échanges ont pu avoir lieu entre eux et leurs parents, semblent moins en difficulté que ceux qui ont grandi dans le silence absolu. Les psychologues ont remarqué que, souvent, les jeunes filles reculent devant la rencontre sexuelle, ou la retardent par crainte d'être rejetées, et sont parfois bien étonnées des réactions qu'elles suscitent quand elles se confient.

3.1.5. Sexologie *versus* psychologie clinique

La sexologie s'intéresse à ce qui détermine les pratiques sexuelles, la dimension biologique, physiologique, hormonale. Des études cherchent

à déterminer l'importance des traitements antirétroviraux dans les difficultés d'ordre sexuel que peuvent rencontrer les patients séropositifs. Troubles de l'érection, absence de désir, frigidité, quelle est leur cause ? Quelle solution ? Les psychologues peuvent être sollicités par des patients aux prises avec des difficultés d'ordre sexuel, mais c'est la relation entre les signifiants et la sexualité qui sera leur point d'intérêt. Quid du désir en jeu, comment un sujet qui a été contaminé va-t-il dans la rencontre amoureuse supporter le risque de contaminer son partenaire ?

Observation 4

M. T. a eu une période d'intense activité sexuelle quand il a su sa contamination, il a même eu une période de prostitution pour payer ses études. Il n'avait à cette époque aucun souci de ses partenaires occasionnels. Aujourd'hui, il dit que le sexe le dégoûte, il a beaucoup de difficultés à avoir des relations sexuelles avec son ami qu'il aime, car il a trop peur de le contaminer par accident. Il ajoute qu'il ne comprend pas comment son ami peut avoir du désir pour lui, tellement il trouve que son corps n'est plus désirable.

Le clivage entre amour et désir chez ce patient est manifeste : il ne peut désirer celui qu'il aime, alors qu'il pouvait désirer ceux qu'il n'aimait pas, qu'au contraire il méprisait. Les troubles sexuels apparaissent liés à sa culpabilité d'avoir été contaminé et d'avoir eu cette période de prostitution ; il considère d'ailleurs son absence de désir comme une solution plus que comme un symptôme. Il ne s'en plaint pas.

3.2. Les paradoxes de la prévention

Alors que les traitements ont considérablement fait chuter le nombre de décès par an, le nombre des contaminations n'a pas diminué, ce qui pose la question de l'information et de la prévention. Avec 7000 nouvelles contaminations par an, les actions de prévention ne peuvent plus se cantonner à la seule information médico-sociale ; elles doivent prendre en compte tous les aspects de la vie affective et sexuelle des personnes, notamment des jeunes. Depuis 30 ans en France, les adolescents se sont vus progressivement reconnaître leur sexualité, et le cadre institutionnel et légal d'une éducation en milieu scolaire est aujourd'hui largement posé. En 1996, l'éducation sexuelle à l'école prend une nouvelle signification en devenant éducation à la sexualité. Puis, la loi de 2001 généralise et rend obligatoire la tenue de trois séances annuelles aux niveaux primaire et secondaire de la scolarité (Malsan, 2006). Freud, en son temps, avait imaginé qu'une éducation sexuelle faite à l'école permettrait de voir diminuer la fréquence des pathologies névrotiques

dont il attribuait la cause aux aléas de la sexualité. Il a cependant vite reconnu que la solution n'était pas dans l'éducation sexuelle, car « *la pulsion ne s'éduque pas* ».

Si les informations nécessaires pour se protéger sont généralement connues, la question qui demeure est celle de ce qui est en jeu dans la rencontre amoureuse et qui permet ou non que ces informations soient transformées en actes. Doit-on, comme le prônent certaines associations de patients, ne pas hésiter à choquer avec un discours réaliste voire cru en espérant que le choc des mots et des images aura un effet dissuasif ?

La clinique montre qu'il n'y a pour certains patients, à un moment donné, aucun message de prévention qui tienne, tant il est logique que « *derrière le citoyen qui revendique haut et fort son droit de savoir se tapit un sujet qui, lui, ne veut pas savoir* » (Lisandre, 1995).

Observation 5

M. X. avait travaillé plusieurs années dans le domaine de la prévention du sida quand il apprit sa contamination. « On ne pouvait pas être mieux informé », me dit-il.

Alors qu'il vient de vivre une rupture amoureuse et qu'un de ses amis venait de mourir du sida, il a rencontré un partenaire d'un soir avec lequel il ne s'est pas protégé. Le risque pris l'a effleuré un instant, mais il a immédiatement écarté cette pensée, laissant la chance décider de son sort. Il savait, me dit-il, que la solitude et la tristesse peuvent pousser à n'importe quelle rencontre, mais c'était comme si cela devait arriver.

La prévention bute sur ce qui est plus fort dans l'être humain que la raison, qui est la dimension de la jouissance.

3.3. Le désir d'enfant

Avant les trithérapies et l'aide médicale à la procréation, on a pu rencontrer deux situations : certains couples, certaines femmes ne pouvaient envisager d'avoir un enfant alors que le risque de contamination était de l'ordre de 25 %, ce qui leur apparaissait comme un obstacle infranchissable. L'idée de la contamination de leur enfant était insupportable, donc inenvisageable. D'autres au contraire ont vu leur désir d'enfant décuplé par l'annonce de la séropositivité. Aujourd'hui, l'aide médicale à la procréation permet aux couples dont l'un est séropositif d'envisager d'avoir un enfant avec un risque de contamination quasi nul : si l'homme est séropositif, les techniques de « lavage de sperme » permettent d'éliminer le virus du sperme et par là même d'éviter la contamination maternelle et celle de l'enfant. Les techniques de procréation médicalement assistée (PMA) permettent le traitement de la

stérilité de la femme séropositive ; le traitement de la femme au cours de la grossesse et du bébé à la naissance ont rendu la contamination materno-fœtale beaucoup plus rare en France.

Avec le développement des traitements, le désir d'enfant reprend place dans la vie, et la demande de « prise en charge » de ce désir se fait parfois pressante. Des questions éthiques ont été posées sur le « droit à avoir un enfant » et les réponses à y apporter. L'évolution actuelle des connaissances médicales et ses possibilités thérapeutiques amènent les équipes hospitalières à répondre le plus possible aux demandes, sans toujours prendre le temps d'une réflexion incluant la dimension psychique en jeu.

4. Vivre avec le sida et mourir du sida

4.1. Vivre longtemps avec le sida

Une des difficultés de la pathologie sida est qu'elle nécessite un traitement lourd qui ne peut actuellement pas être interrompu. Si ce traitement permet d'augmenter considérablement l'espérance de vie des patients, il a des inconvénients qui ne se résument pas à la difficulté de le prendre. La toxicité des molécules efficaces contre le virus provoque à la longue des troubles divers sur le plan cardiaque, osseux, sur le foie, et aussi sur le plan morphologique. Les difficultés liées aux transformations corporelles comme les lipodystrophies sont difficiles à vivre, apparaissant comme une stigmatisation de la maladie très douloureuse sur le plan narcissique. Le traitement de certaines pertes graisseuses localisées a permis une amélioration au niveau du visage, ce qui a toute son importance, mais ne résout pas encore le problème de l'amaigrissement du corps. Dans les entretiens, nous remarquons que la plainte concernant les lipodystrophies ne correspond pas toujours à la gravité de l'atteinte, car elle dépend de l'importance qu'un sujet accorde à son image corporelle. Elle met en jeu le regard, celui que le sujet porte sur lui-même et celui posé sur lui par un Autre qu'il ne reconnaît pas toujours comme bienveillant. La dimension imaginaire est très importante dans la pathologie VIH, c'est une maladie qu'on ne voit pas, mais les sujets séropositifs redoutent le regard d'autrui, craignent s'ils disent leur séropositivité que l'on porte un autre regard sur eux.

Sur le plan de l'insertion sociale et professionnelle, une plainte fréquente est la fatigue, qui rend la poursuite ou la reprise du travail difficile. La fatigue est un symptôme énigmatique sur le plan médical, à l'interface du somatique et du psychique, avec son corollaire de découragement et de tristesse. Certains patients contaminés depuis plus de 20 ans expriment une lassitude de prendre un traitement, de supporter

depuis si longtemps cette maladie qui aurait dû les tuer, de ne pas savoir ce qui va leur arriver. Avant l'arrivée des trithérapies, ils avaient en quelque sorte fait le deuil de leur vie, et ils se sont retrouvés avec ce qu'on a appelé assez improprement un « deuil du deuil » à élaborer. Certains viennent demander au psychologue de leur dire ce que vaut cette survie, et ce qui pourrait les motiver à continuer. Ils évoquent souvent les amis morts, toutes ces pertes qui font d'eux des survivants.

Observation 6

Mme P. a été contaminée à 19 ans, à une époque où cette maladie était méconnue. Quand je l'ai rencontrée en 1996, elle venait d'être mise sous trithérapie, en désespoir de cause, ne pesant plus que 37 kg. Elle était à la fois révoltée contre ce qui lui arrivait et terriblement combative, décidée à ne pas laisser le sida l'emporter. Quatre ans plus tard, elle envisageait de reprendre son travail quand l'évolution d'une rétinite lui fit perdre la vue progressivement. Pendant des mois, elle me dit que si elle devenait aveugle, elle ne pourrait pas le supporter. Elle avait dû renoncer à avoir un enfant, sa famille s'était éloignée d'elle, alors perdre en plus la vue, c'était inenvisageable. Un jour où elle me disait sa révolte contre la maladie et la médecine, elle évoqua une fois de plus l'idée de mourir. Je lui répondis que je ne savais pas ce qui allait se passer, et que j'avais confiance en elle. Elle fut surprise de cette réponse qui ne lui disait pas quoi faire, ni ne l'encourageait vraiment, mais dans les années suivantes, elle m'a souvent dit combien cette phrase lui avait servi de repère.

Aujourd'hui, elle continue son chemin, sans la vue, mais me fait part, presque chaque semaine, de tout ce qu'elle a appris durant ces années. La souffrance, l'angoisse, beaucoup de mauvais jours, mais la vie qu'elle accepte au jour le jour, avec confiance. Je ne savais pas, en lui disant cette phrase, que le signifiant confiance allait être celui qui orienterait sa vie.

4.2. Mourir du sida aujourd'hui

Si la médecine soigne le sida, elle ne le guérit pas encore. La peur de mourir reste très présente, au moment de l'annonce du diagnostic, mais aussi au moment des changements de traitement qui prennent souvent la signification de l'échec du précédent. L'approche de la mort peut être un moment d'élaboration pour les patients séropositifs qui sont souvent jeunes.

Il arrive qu'un patient dise dans un entretien qu'il a compris qu'il allait mourir. Si le psychologue à ce moment-là peut accueillir ce dire sans reculer, sans en dénier la valeur, sans vouloir rassurer, une chance est donnée pour que le sujet parcoure, de manière métonymique, les signifiants de son histoire. Le sujet trouve dans ce process quelque

chose de la logique qui a orienté sa vie, ce qui l'intéresse alors qu'il en vit les derniers temps.

5. La dimension éthique

5.1. La vérité et le secret

Parmi les questions éthiques à propos desquelles les psychologues sont sollicités, se trouvent celles relatives à la vérité. « Doit-on dire la vérité au malade » quand ladite vérité est celle d'un diagnostic de maladie mortelle ? Le sida comme maladie transmissible a balayé la question en faisant de cette annonce une obligation. Une telle obligation s'est accompagnée de celle de tenir ce diagnostic secret : seul le patient concerné a le droit de dire sa séropositivité à un autre, le médecin ni aucun soignant ne peuvent le faire à sa place. Sur le plan légal, la loi est très ferme : il est interdit de lever le secret professionnel et de révéler une séropositivité, même dans l'hypothèse d'un certificat pré-nuptial ; si le médecin découvre la séropositivité de son patient, il ne peut en faire état au futur conjoint. Il est légalement possible à un jeune mineur de garder secrète sa contamination vis-à-vis de ses parents et d'exiger du corps médical qu'il ne les informe pas (loi du 4 mars 2002).

Les soignants sont parfois confrontés à des patients qui ne veulent pas dire à leur conjoint ou à leur famille qu'ils sont contaminés. Une situation délicate est ainsi parfois rencontrée quand un sujet ne veut pas dire à son ou ses partenaires sexuels qu'il est contaminé. Les soignants se trouvent alors devant un conflit entre deux devoirs où le fait de ne pas dire leur semble relever de la non-assistance à personne en danger, alors qu'ils sont tenus au respect du secret professionnel. Sur le plan légal, il est remarquable que les études qui ont été faites de ces deux aspects ont toujours tranché en faveur du respect du secret professionnel. D'un point de vue psychologique, on distinguera entre le secret et la prise de risque, cette dernière étant avant tout ce qui doit être évité. Certains sujets ne peuvent dire leur contamination par peur d'être rejetés et jugés, peur qui peut avoir un effet pétrifiant, comme pour certaines femmes d'origine africaine qui apprennent leur contamination au moment d'une grossesse. Garder le secret leur semble le seul moyen de maintenir l'équilibre du sujet, du couple et de la famille ; toutefois, il « *semble important d'insister sur les effets mortifères du secret vis-à-vis du conjoint, vis-à-vis de l'enfant à venir, mais aussi sur soi : dépression, décompensations, tentatives de suicide, etc.* » (Phalip-Le Besnerais et Khuong-Josses, 2005).

Pendant, la question de la vérité peut aussi être réfléchie au-delà des termes légaux : qu'est-ce que la vérité dans le pronostic évolutif d'une maladie ? Nous avons remarqué combien, dans le contexte d'une

maladie mortelle, tout énoncé pronostique de la part d'un médecin peut prendre une valeur d'oracle pour un sujet. Avant les trithérapies, l'évolution naturelle de la maladie donnait au patient une échéance d'une dizaine d'années avant l'entrée dans la maladie sida. Combien d'entre eux au bout de 10 ans connurent une angoisse extrême d'être arrivés au bout de cette échéance et s'attendaient à mourir ?

5.2. Les enjeux de l'acte clinique

La plupart des demandes adressées au psychologue dans ce cadre visent à compléter le savoir médical, à travers les outils de diagnostic psychologique par exemple, ou à compléter l'acte médical d'un supplément d'âme qui serait du ressort de la psychologie, disons dans sa bienveillance. En 1966, Lacan indiquait aux médecins que le maintien de leur position dépendrait du mode de réponse qu'ils apporteraient à la demande des malades dans un monde où dominent les avancées scientifiques leur donnant un pouvoir de réponse nouveau. « *Où est la limite où le médecin doit agir et à quoi doit-il répondre ? À quelque chose qui s'appelle la demande ?* » (Lacan, 1966).

Aujourd'hui, alors que se développent des pratiques dites scientifiques de traitement psychologique, on pourrait également dire que c'est dans le mode de réponse que le psychologue donne à la demande que se jouent la place et l'avenir de la psychologie clinique à l'hôpital. Soit le psychologue accepte de n'être que l'auxiliaire du savoir scientifique à travers des pratiques standardisées et étalonnées, adoptant la position de celui qui sait ce qui est bien pour l'autre, soit il tient compte de la part d'inconnu qu'il y a dans chaque être humain du fait qu'il parle, et consent à être enseigné par ce qui peut surgir d'une rencontre, en pariant sur la dimension du transfert.

La pathologie VIH est une clinique de la transmission sexuelle d'une maladie mortelle. C'est pourquoi il s'agit d'une clinique au point de rencontre de la mort et de la sexualité. C'est dans l'acte d'amour que se noue pour le sujet séropositif la possibilité de donner la vie et de transmettre la mort. Dans cette clinique se rencontrent les questions fondamentales de l'être humain : suis-je homme ou femme, et suis-je vivant ou mort ? Chaque sujet répond à ces questions à partir de ce qu'il a rencontré dans sa vie, et le sida, dans sa dimension de menace à la fois sur la vie du sujet et sur son lien à l'autre, apparaît souvent comme un puissant moteur pour reconsidérer les solutions que le sujet avait jusque-là trouvées. Dans les entretiens psychologiques, il s'agira pour le patient d'admettre que son destin n'est pas écrit, qu'il a une marge de manœuvre, que des choix sont possibles. Il convient de faire que le patient puisse, face à une série de perspectives, s'orienter autrement qu'avec le sentiment de n'y disposer d'aucune latitude, d'y être privé de

toute initiative. C'est dans ce sens que nous l'invitons à jouer sa carte avec le savoir que progressivement il découvre de lui.

Bibliographie

- Funck-Brentano I. (1992), « La Parole autour de l'enfant infecté par le VIH. Psychologues au temps du sida », *Psychologues et Psychologies*, n° 110, p. 12-14.
- Hefez S. (2003), « Adolescence et homophobie : regards d'un clinicien », *Homosexualités au temps du SIDA, ANRS*, p. 147-156.
- Lacan J. (1966), « Table ronde sur la place de la psychanalyse dans la médecine. Conférence et débat du Collège de Médecine à La Salpêtrière », *Cahiers du Collège de Médecine*, p. 761-774.
- Leguil F. et Silvestre D. (1988), « Psychanalystes confrontés au sida », *Ornicar ?*, n° 45, p. 5-13.
- Lisandre H. (1995), « La Prévention saisie par l'inconscient, vers une grammaire du singulier pluriel », *Psychologues au temps du SIDA, Psychologues et Psychologies*, dossier n°2, n° 126-127, p. 23-27.
- Malsan S. (2006), « Une approche transversale. Éducation de la sexualité des jeunes », *Le Journal du SIDA*, n° 188.
- Phalip-Le Besnerais J. et Khuong-Josses M.-A. (2005), « Quand les femmes gardent le secret », *Femmes séropositives au VIH, Le Journal du SIDA*, n° 176, p. 24-26.
- Solano-Suarez E. (2001), « Logique et impasses de la sexualité », in *Les Actes des rencontres du Pont Freudien*. Conférence grand public, inédit.

Pour en savoir plus

- Abelhauser A. (1995), « Incidences psychiques du VIH : Les thérapies à l'aune de l'éthique », in *Actes de la deuxième rencontre nationale des psychologues des CISIH, 20 et 21 février 1995*, Direction des Hôpitaux, Mission Sida, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville.
- Abelhauser A. (1995), « Sida, médecine et éthique », in *Actes du 2^e Colloque de l'APPP, La clinique à l'épreuve des nouvelles techniques médicales*, Poitiers.
- « Années sida, la psychanalyse et la psychologie » (1998), *Cliniques Méditerranéennes*, n° 59-60.
- Gennotte A.-F. (2000), « Désir d'enfant, séropositivité et demande d'aide médicale à la procréation », *Mental*, n° 8, p. 43-57.
- « Homosexualités aujourd'hui : un défi pour la psychanalyse ? » (2002), *Cliniques méditerranéennes*, n° 65.
- Miller J.-A. (1999), « Les Six paradigmes de la jouissance », *La Cause Freudienne*, n° 43, p. 7-29.
- Pommier F. (1996), *La Psychanalyse à l'épreuve du sida, La Tour d'Aigues, Aubier*.
- Rybaczyk I. (1998), « Effets symptomatiques de l'annonce d'une séropositivité », *La Cause Freudienne*, n° 38, p. 40-42.

CHAPITRE 6

Dans un centre de rééducation fonctionnelle : lésions du corps et sujets lésés

C. Lacaze-Paule

La médecine de rééducation fonctionnelle était distinguée autrefois comme une médecine lente, humaine et où la haute technicité médicale n'avait pas trop de place. Or, depuis quelques années, les durées de séjours des patients ont tendance à diminuer, parfois nettement, les relations humaines par le biais des protocoles de soins se teintent de la notion de contrat, contrat de soin, et la technique maintenant s'exerce de plein droit dans ce champ médical où la pluridisciplinarité est très développée. Chaque profession repose sur des techniques spécialisées qui lui sont propres. La médecine de rééducation, elle-même, se divise en spécialités bien précises, celles de la neurologie, de la rhumatologie, des amputés et de la traumatologie. Chaque médecin, en fonction de sa ou ses spécialités, regroupe autour de lui des soignants paramédicaux qui travaillent sous l'autorité de ses prescriptions médicales. Finalement, ces plateaux techniques de rééducation, comme ils sont dénommés, s'organisent en petites unités autonomes délivrant un savoir-faire grandissant. Il y a autant d'unités que de fonctions du corps découpées. Ainsi, la marche est une discipline réservée aux kinésithérapeutes. Les gestes de la vie quotidienne sont assurés par les ergothérapeutes. Les soins au corps et son hygiène sont réalisés successivement par les infirmières et les aides-soignantes. La bonne hygiène alimentaire convoque les diététiciennes. Les fonctions cognitives, désignées comme fonctions supérieures, sont rééduquées en cas d'atteintes par les orthophonistes et les neuropsychologues. Tous les problèmes sociaux et administratifs sont

pris en charge par des assistants sociaux. Enfin, les difficultés de la réinsertion professionnelle liées au handicap sont affrontées grâce à l'aide des ergonomes. Les lieux de soins sont-ils devenus des « *machines à guérir* », selon l'expression de Canguilhem ?

À ce panel s'ajoutent les psychologues, attendus comme spécialistes des souffrances de l'âme, de ceux qui souffrent dans leurs corps ou leurs pensées (Lacan, 1974). Ces psychologues vont avoir une place à part à la fois au cœur de chaque métier et en dehors de tous. En effet, si l'on espère des psychologues qu'ils soulagent les souffrances morales que provoquent la maladie et le handicap, ils n'en ont pas pourtant l'apanage. Chaque corps de métier s'évertue dans la rééducation à soutenir moralement le patient, chaque discipline tente de déployer écoute, empathie et compréhension. La relation d'aide est l'affaire de tous. Pour autant, il y a une spécificité du savoir-faire du psychologue que sa place, son rôle, sa formation agréent et attestent. Les psychologues, dans leurs pratiques, sont en mesure de créer les conditions de la parole qui soulage, de la parole qui éclaire la médecine sur ses actes, de la parole qui enseigne sur ce qui ne se sait pas. Que sait faire le psychologue confronté au handicap ?

1. Le psychologue face au handicap

1.1. Origine du mot « handicap »

Un rappel des origines nous indique que le mot de handicap est venu progressivement remplacer ceux de mutilé, d'infirmes ou d'invalides, largement utilisés après la Première Guerre mondiale. L'expression anglaise « *hand in cap* » veut dire « la main dans le chapeau ». Il est utilisé, la première fois, par Samuel Peppys, à Londres, en 1660. Il désignait alors une modalité d'échanges d'objets personnels entre deux personnes. Le terme a ensuite été utilisé dans les courses de chevaux, de façon à « égaliser les chances » des concurrents en ajoutant des charges additionnelles ou des longueurs supplémentaires à ceux qui avaient, jusque-là, réussi les meilleures performances. Après un passage en littérature (chez Maurois et Gide), le terme est adopté dans les milieux médico-sociaux en remplacement de termes jugés stigmatisants (invalidité, infirmité). Il est consacré par la loi du 30 juin 1975. Ce mot français (depuis 1913) se traduit aujourd'hui en anglais et surtout en américain par « *disability* ». Il est standardisé et est souvent employé pour indiquer que quelqu'un rencontre des difficultés ou des obstacles¹. Depuis la loi de janvier 2002 promulguant les fondements de l'action sociale et médico-sociale, la banalisation de la signification du handicap n'a fait

1. « Handicap » est utilisé dans le monde sportif (golf, courses de chevaux).

que s'accroître. Actuellement, une maison du handicap regroupe dans chaque région toutes les formes de handicap, que l'origine soit de forme sensorielle, motrice, neurologique ou psychologique, ou encore sociologique importe peu. Pêle-mêle, le handicap désigne maintenant tout à la fois l'autisme, une déficience visuelle, un déficit intellectuel, une schizophrénie, une douleur de dos chronique, ou un trouble de la marche. Bientôt les personnes âgées seront rattachées à cette maison. Finalement, les plus petits dénominateurs communs, les critères minimaux les plus déterminants sont la difficulté ou l'obstacle à l'insertion sociale et professionnelle. Toutes les différences et causes s'effacent au profit des significations indiquant ces difficultés ou obstacles à l'insertion « normale ». Dans cette conception, le psychologue est attendu pour faire lever les obstacles psychologiques, les vulnérabilités psychiques afin de permettre un retour à une meilleure adaptation sociale. Une pente à la victimologie s'est largement développée durant ces dernières années, et le psychologue est pris dans cette dimension sociale du handicap qui lui assigne une place d'urgentiste du traumatisme. Son approche se fait pourtant au cas par cas, sur indication et non prescription, sans protocole fixe. Le psychologue freudien vise dans son action à écarter la signification commune au profit de la singularité.

1.2. La rupture de la maladie ou de l'accident

L'expérience de l'accident, de la maladie est un moment de bascule ou de rupture. Le cours de la vie est à la fois interrompu, dévié, modifié. Le rapport à la vie peut en être profondément bouleversé. C'est parfois toute l'économie psychique d'un sujet qui s'en trouve déséquilibrée. L'accident produit une confrontation réelle, soudaine et généralement imprévue, avec la possibilité de la propre disparition, de la propre mort du sujet. Cela a toujours des conséquences. Après cet événement-là, le patient ne sera plus « ni tout à fait le même, ni tout à fait un autre », selon l'expression du poète Verlaine. Les sujets atteints de lésions corporelles graves, handicapés, sont pris dans une urgence subjective à remanier les coordonnées de leur histoire. Ce qui a été ne sera plus, mais qu'est-ce qui a changé ? Il s'avère souvent, dans l'après-coup de l'accident, de la maladie, que le sujet réinterprète sa propre vie de façon fulgurante. Ce qui avait de l'importance n'en a plus, ce qui était second devient l'essentiel. Ainsi, tel patient qui ne vivait que pour une réussite sociale par le travail verra, à son grand étonnement et celui de ses proches, son intérêt voire sa passion chuter. Tel autre expérimentera avec beaucoup d'afflictions les modifications relationnelles avec son entourage. Des couples, des familles se déferont quand d'autres se reformeront de façon authentiquement inédite. Les renversements d'une vie sont parfois positifs et font chance au sujet de changer une

destinée. Il est courant de noter les cas où des sujets sortent du rêve éveillé que constituait leur vie. Des patients témoignent souvent lors d'entretiens qu'ils peuvent ainsi prendre leur vie en main comme ils ne l'ont jamais fait jusque-là. Tel celui-là qui, ajournant sans cesse les grands choix de son existence, a pu être amené à écrire autrement sa vie. Se sachant mortel d'un savoir qu'il ne dénie plus, il réalise alors un véritable sursaut qui le réveille. Un goût nouveau pour la vie se fait jour. Un nouveau destin s'écrit alors pour le sujet. *A contrario*, on note que l'accident, la maladie est pour d'autres l'occasion de réveiller un travail de deuil antérieur non accompli, non achevé. Bref, rien ne peut plus être comme avant.

On constate alors un remaniement de la vie psychique, des investissements de la libido, une atteinte narcissique, un bouleversement de l'attachement amoureux, une redistribution des voies du désir. Ces transformations se font selon des coordonnées très précises qui suivent la détermination de l'inconscient induite par les signifiants marquants, les marques du sujet. Le mode de vie, la libido, la jouissance se trouvent tour à tour écornés, déplacés, localisés, condensés ou au contraire éparpillés dans des domaines inconnus du sujet. Les patients rendent compte dans leur témoignage d'un sentiment d'étrangeté, de bouleversement psychique profond : le mode de vie antérieur est remis en cause, le mode d'être modifié, le fantasme, formule singulière qui statue le mode de jouir de chaque sujet, se trouve touché. La clinique du handicap est une clinique du sujet mais du sujet lésé, lésé dans son mode de vie, dans la jouissance de son corps mais aussi de son existence. C'est précisément un sujet dont le mode de jouissance est lésé et mutilé. Cela donne lieu parfois à des plaintes et des souffrances qui peuvent être muettes, ou très revendicatives, invariables voire immuables. Mais cette lésion réelle, visible ou invisible, est de structure, car de toute façon rien ne peut jamais être comme avant selon un souhait si ordinairement exprimé.

1.3. Le rôle du psychologue face au patient handicapé

Le psychologue peut aider à border ces remaniements et les conditions nécessaires à son opération. Il peut écouter, lire, dire et faire entendre aux sujets, aux soignants ces modifications, attirer l'attention de l'équipe sur l'infime de ces petits détails dont témoigne le patient. Il peut aider à la compréhension de l'équipe soignante sur ce qui se joue pour le malade, repérer une position subjective du patient ou de sa famille par rapport à la maladie et, plus généralement, dans l'existence. Pour le psychologue, une acceptation trop parfaite du handicap, une légère élation de l'humeur, ou une absence d'affects ou de réactions éveillent un questionnement pour débusquer des mécanismes inconscients à l'œuvre

et éclairer sur l'exercice de la pulsion de mort à l'œuvre sous la forme d'une culpabilité inconsciente. Le psychologue détache et dénoue sans cesse ce qui se dit du patient, ce qui se dit sur lui et ce que dit le patient. Il veille à ce que la parole du patient handicapé ne soit pas recouverte par celles des soignants ou des familles. Les transmissions, les staffs, les synthèses, les rencontres informelles mais, mieux encore, les supervisions peuvent être le lieu où ces observations et interprétations peuvent se parler, résonner, s'élaborer et orienter le mode de prise en charge des soignants.

Ainsi, le psychologue, dans son travail avec les soignants, les familles et les patients eux-mêmes est-il amené à faire valoir ces conséquences psychologiques sur le sujet, à repérer et savoir faire entendre les points de fixations ou de déplacements du sujet dans le rapport qu'il entretient à son handicap, sa lésion corporelle mais aussi psychique. La prise en compte de ces effets est ce qui permet d'orienter des choix médicaux, les relations soignants-soignés, les liens avec les familles. Ils font varier la durée de la prise en charge médicale, l'intensité de la rééducation. Il est fréquent d'observer par exemple des complications médicales, des chutes ou des régressions dans les récupérations de la rééducation fonctionnelle dans les cas où le départ du centre est trop précocement décidé. Le psychologue peut alors attirer l'attention sur tels obstacles ou difficultés que le patient ou sa famille rencontrent, ou plus directement, cela peut être évoqué lors des entretiens avec le patient et/ou sa famille. Ces derniers peuvent par ce biais trouver un autre moyen de faire entendre leur souffrance, qu'elle se nomme difficulté ou obstacle. En effet, le patient lésé dans un long parcours va, dans les mois et les années qui suivent son accident, réaménager, reconstruire, réinventer sa vie à partir des conséquences et des incidences psychiques de la blessure. Derrière la blessure physique, il y a toujours une autre blessure invisible mais non moins douloureuse. Rappelons ici les paroles surprenantes d'une patiente qui, ayant provoqué un accident de voiture en percutant de plein fouet un mur, dit à ce propos : « avoir voulu changer une douleur invisible, des maux de têtes invalidants, en une hémiplégie visible et handicapante ». Soulagée profondément d'une douleur de vivre depuis cette atteinte, elle s'exclame à notre grande surprise : « *Vive l'hémiplégie !* » Elle nous apprend du même coup que, s'il y a un bouleversement immense suite à un accident, le sujet peut aussi s'en saisir pour construire un autre destin. Dans son cas précis, la « *livre de chair* » lésée, amputée et le dommage réel irréparable la soulagent dans le réel d'une importante douleur d'exister. Une satisfaction de la pulsion de mort agissante se trouve soldée dans cette lésion réelle, opère une castration dans le réel. Si l'exercice de la pulsion de mort a trouvé momentanément un frein dans la mutilation du corps, seule la faveur d'un gain de savoir sur cette jouissance, obtenu à l'occasion d'entretiens

au long terme, a toutefois permis d'établir un point de capiton et de stabilité. C'est en s'appuyant dans le transfert sur les entretiens qu'elle s'est « autorisée » à vivre une relation amoureuse qui ne soit pas un ravage pour elle.

Il y a un enjeu éthique, politique et épistémique à situer correctement cette notion du handicap, du traumatisme et de la douleur à l'heure des grandes politiques de santé publique. Le psychologue ne se contente pas de la seule adaptation à son milieu, soit d'une réponse normative, mais vise le consentement à un mode d'être sur mesure, unique. Dans ce préjugé subi par le sujet, le psychologue offre la possibilité au sujet d'élaborer ses réponses, sa façon de traiter le réel en cause dans l'atteinte organique. Ainsi, c'est avec le seul appui de la parole que s'invente une solution pour chaque sujet ; les entretiens sont une aide précieuse pour effectuer ce remaniement et cette création. Le psychologue va permettre au patient de trouver une façon de s'approprier, d'aménager cet obstacle, cette difficulté, ce réel comme une partie intégrale de son mode d'être. Il ne s'agit pas de faire comme avant mais de trouver un nouveau traitement pour ce réel. Dans l'« abord du traumatisme » – l'expression est de J. Lacan –, il ne s'agit pas de couvrir ce trou, mais de le border, d'en faire le tour ; la parole n'est pas visée dans sa fonction réparatrice, celle qui comblerait le trou fait par le traumatisme, mais dans sa fonction créatrice et inventive.

1.4. Écouter ou entendre, parler ou dire

Le propos d'une patiente excédée et mécontente des soignants qui n'ont pu la soulager d'une douleur importante nous indique une voie à prendre. « *Ah ! Les soignants pour écouter, ils écoutent ! Ils vous posent toujours des questions. Et je recommence à chaque fois mon histoire. Je montre mes radios, les courriers des médecins, ceux des hospitalisations. Je raconte tout. Je réponds aux tests sur la douleur, ceux sur l'anxiété et la dépression... J'ai même vu un psychiatre au centre antidouleur. Et après un entretien long de trois quarts d'heure, il m'a dit que j'étais normale. Il ne m'a pas donné de traitement. Au début cela m'a soulagée mais ensuite j'ai été déçue et plus seule encore. Les soignants pour écouter, ils écoutent, mais il n'y en a pas un qui entend !* »

Peut-être que la spécialité du psychologue peut se définir dans la distinction de ces quatre verbes : entendre, écouter, parler et dire. En effet, le travail du psychologue ne peut se résumer à une écoute passive où il s'agirait pour lui d'absorber un flot de parole sans juger ni mot dire et encore moins maudire. Parler fait du bien, cela va mieux en le disant, parler pour évacuer la souffrance : ce sont là des vérités qui circulent et qui sembleraient faire le crédit des psychologues. Mais le recul et l'expérience de ce positionnement inactif se sont faits connaître sous

différentes formes. Parfois, il y a le résultat nul de la parole vide, celle qui n'a pas de conséquence sur celui qui le dit. Dans ce cas, l'entretien avec le psychologue sert de dévidoir sans un retour sur celui qui parle. Au mieux, cela peut rester sans effet ou en revanche provoquer des retours déprimants voire angoissants sur celui qui parle. Il y a donc une efficacité du dire à trouver, car parler n'en assure aucunement. On peut même parler beaucoup pour ne rien dire... Néanmoins, et le plus souvent, une des formes qui demeure est celle de la portée positive, salvatrice de la parole et le soulagement immédiat qui peut s'opérer du fait du dire. Nous en verrons des exemples et des explications plus loin. Cela suppose que le sujet reconnaisse comme sien ce qu'il éprouve, y présuppose un savoir, et une implication subjective qui l'engage comme sujet. C'est pourquoi le psychologue prend en compte la particularité du sujet et accorde une place particulière à sa parole, une attention particulière aux signifiants qu'il emploie, il use d'un « *pouvoir discrétionnaire* » (Lacan, 1966, p. 331). La psychanalyse lui enseigne comment se relient des phénomènes du corps aux dires du sujet. Dans l'atteinte corporelle, la cause organique est au-devant de la scène. Cependant, cette causalité organique met, paradoxalement, en relief une autre causalité, non moins agissante, non moins importante : la causalité psychique. En effet, si nous héritons d'un organisme, de facteurs génétiques, d'une biologie, si nous héritons d'un « génome humain », nous héritons tout aussi bien d'un « *génome signifiant* » (Lacan, 1981), d'une histoire, avec laquelle nous vivons une « certaine hérédité ». Comme tout héritage, ce patrimoine peut avoir des destins divers selon l'usage que l'on en fait. C'est ce que révèlent et vérifient les entretiens.

Dans la psychanalyse, et à la suite de l'invention de Freud, un crédit est fait à la parole du sujet. On croit le patient, ce qui ne veut pas dire qu'on croit à ce qu'il dit, mais on croit qu'il a des raisons de dire cela, des raisons qui sont ignorées et qu'il faut chercher. Ce qu'il dit témoigne d'une vérité qui est opaque pour le patient et celui qui l'entend. Toute la place est donnée à la parole du sujet à condition de connaître les lois de cette parole. La psychanalyse parie sur le fait qu'on dise mais pas dans n'importe quelles conditions, car il y a des conditions à l'exercice de la parole pleine (Lacan, 1963). Nous visons un dire qui affecte le corps, qui a partie liée avec le corps. L'institution, qu'elle soit familiale ou celle d'un établissement, peut être le lieu où les conditions de circulation et d'accueil faites à cette parole peuvent être réunies.

1.5. Des entretiens ponctuels et efficaces

Les entretiens avec un psychologue dans un centre de rééducation fonctionnelle se déroulent la plupart du temps dans un bureau, mais ils

peuvent aussi se dérouler au pied du lit du malade, rejoignant l'origine de la signification première de mot « clinique ». Parfois, la rencontre avec le psychologue se fait à la demande d'un patient qui prend l'initiative et demande lui-même directement. Mais généralement, c'est sur indication de l'équipe et du médecin que l'accompagnement psychologique démarre. De préférence, cette demande passe par le médecin, soit celui qui a en charge la responsabilité de la coordination et le bon déroulement du parcours de rééducation du patient. C'est le médecin qui propose l'entretien avec le psychologue, lui qui en énonce les raisons. Ce n'est qu'une simple formalité, ce n'est pas une prescription, c'est une offre qui ouvre à une interprétation. Pourquoi le médecin veut-il que je parle avec un psy ; suis-je si mal, fou ; s'inquiète-t-il pour moi ; se débarrasse-t-il de moi ; ai-je quelque chose à dire ? Ce sont les questions qui se posent aux patients. Cette indication médicale, si elle n'est pas obligatoire, peut être une condition de poids quand le médecin trouve les mots, les explications, les faits qui indiquent au malade pourquoi il pense que la parole, que des mots peuvent être un soutien, un appui pour le patient dans sa vie. Ce geste, cette posture de la médecine ouvre une perspective, déplace le savoir médical, le trouve tout aussi bien, et met ce savoir du côté du patient. Ce positionnement instaure une aptitude à parler, crée une disposition pour la parole, et désigne un autre pouvant accueillir et aider à cette parole. Enfin, il crée et laisse une place à l'intimité. Il dessine la possibilité d'un transfert, un sujet supposé savoir².

C'est seulement ensuite qu'un rendez-vous est pris si le patient donne son accord à cette première rencontre. Le nombre des rencontres ne peut jamais être fixé d'avance, pas plus que la fréquence. En effet, le temps du sujet de la parole n'est pas superposable à celui de la rééducation et encore moins aux nécessités économiques qui raccourcissent le plus souvent la durée de séjour. Si le psychologue ne méconnaît pas le temps d'hospitalisation et s'en accommode souvent, il n'en reste pas moins que ce n'est pas cette durée qui dirige le travail. Le psychologue, dans les cas où l'accompagnement psychologique est plus long que la durée du séjour, a la responsabilité de s'assurer quels moyens pourront être trouvés pour que ce travail dure autant qu'il le faut. Il a toujours le souci d'inscrire une perspective au-delà de l'hospitalisation. Pour établir une continuité de la prise en charge, des consultations externes post-hospitalisations peuvent être envisagées ou encore des consultations extérieures auprès de collègues. Le psychologue incite le patient à maintenir la valeur de ce qu'il dit indépendamment de la durée de séjour. Il n'y a donc ni technique préétablie, ni standard, ni limitation dans le temps qui commandent ces entretiens.

2. L'expression est de J. Lacan pour désigner le transfert.

C'est une affaire de rencontre ; elle peut *a minima* se préparer, mais elle ne se décrète pas à l'avance.

L'exemple suivant d'entretiens ponctuels et efficaces montre les ressorts de la parole pleine, celle qui trouve son ressort efficace, celle qui porte à conséquence pour le patient.

Observation 1

Un dégoût pour la vie

M. V. était âgé de plus de 75 ans lorsque je l'ai rencontré suite à la proposition du médecin. Il était depuis quelques semaines alité suite à son accident vasculaire cérébral (AVC) ayant entraîné une hémiplégié gauche. Or, la rééducation ne pouvait pas vraiment commencer malgré un potentiel de progrès qui avait été évalué positivement. Il ne s'alimentait presque plus, et vomissait le peu qu'il avalait, s'affaiblissant de plus en plus. Il n'avait plus la force de se lever de son lit pour le fauteuil, les causes organiques graves avaient été exclues du diagnostic médical, les médicaments ne réduisaient pas les nausées, au contraire même selon les dires des soignants. C'est donc lui allongé dans son lit avec une cuvette qu'il tenait sans cesse, et moi sur une chaise empruntée dans un couloir, que nous avons donc commencé à parler ensemble.

Assise sur la chaise, je regardai M. V. Dans un souffle de voix et entre deux spasmes, il répétait : « *C'est dégoûtant, ça me dégoûte !* » « *Qu'est-ce qui vous dégoûte ?* » lui demandai-je. La réponse fusa aussi surprenante que résolue : « *Ma vie ! Ce qui me dégoûte, c'est ma vie, ce que j'ai fait. J'ai laissé mourir mon père sans secours, je me reproche de ne pas l'avoir sauvé, de l'avoir abandonné.* » Le début de notre conversation était entrecoupé de convulsions qui le secouaient ; à la fin, il n'avait plus ces nausées. Notons dès maintenant qu'il n'a plus par la suite souffert de ces vomissements et que la rééducation de la marche a démarré. Je l'ai rencontré trois fois.

Le père était décédé sans que le fils accepte de le revoir ; le fils n'avait pas pardonné les choix fâcheux du père durant la guerre. En apparence, tout semblait opposer ce père à son fils. Le père avait de longue date été séduit par des idées politiques extrêmes où l'ombre noire du racisme et de l'antisémitisme se profilait. Le fils, très jeune homme lors de la guerre, et au contraire du père, avait opté pour des idées antinomiques et généreuses. Courageux, il avait choisi la clandestinité et la résistance. Cela s'était soldé pour lui par un emprisonnement ; le père n'avait pas bronché, ni aidé. L'après-guerre jugea le père qui, emprisonné à son tour, décéda sans que le fils le revoie, malgré le vœu du père de lui reparler. Il y avait tant à dire et à savoir sur ce qui les avait à ce point séparés, me disait-il. Plus il parlait de sa vie et de son père, plus il se rendait compte à quel point leurs vies et eux-mêmes se ressemblaient. Lui qui se croyait ►

- si différent, si opposé à son père, lui ressemblait en tout point. Enfin, il mesurait rapidement à quel point toute sa vie il s'était efforcé de prendre sur lui la faute du père, par la voie de la répétition. Ses goûts, son choix professionnel, son choix amoureux et même sa vie sexuelle répétaient à son insu les traits paternels. Ce père qu'il croyait haïr au plus haut point était aussi aimé et admiré. La découverte de sa culpabilité, l'éclair aperçu de la répétition qui perdurait dans la troisième génération que représentait sa fille le décidèrent simplement à se relever. Sa fille aussi n'était-elle pas marquée de cette honte ? Ce qui lui apparaissait à lire dans les choix professionnels et amoureux de sa fille était cette répétition à l'œuvre. De ne pas vouloir savoir son histoire, elle se répéterait encore. À la troisième rencontre, décidé, il me dit vouloir commencer un livre pour sa fille. Il lui avait d'ailleurs demandé de lui ramener une boîte dans laquelle étaient déposés de nombreux documents. L'historienne de métier qu'elle était devenue soutenait indubitablement la démarche.

Ces entretiens brefs servirent à redonner au sujet des coordonnées de son histoire là où la culpabilité associée à une honte de vivre l'en avait dessaisi. C'était la première fois qu'il avait eu l'occasion de parler de son histoire mais, au-delà du récit, l'efficace de sa parole avait porté sur ce dont il s'était dépris : une certaine honte de vivre. Nulle analyse plus avant n'était à ses yeux nécessaires, j'y consentis.

Observation 2

Des angoisses inopportunes traitées par la parole

Mme K. elle aussi a été victime d'un accident vasculaire cérébral, elle s'est retrouvée en fauteuil et son bras est paralysé. Cependant, les médecins lui ont donné l'espoir de retrouver une marche plus autonome rapidement. Elle ne se plaint pas de son accident cérébral, car ce qui la fait terriblement souffrir ce sont des angoisses soudaines, violentes, fortes, qui ne cessent de la ténasser depuis l'accident. Elle a toujours plus ou moins été sujette à de l'anxiété, mais cette fois l'angoisse est trop forte et insupportable. Elle ne s'explique pas ces angoisses inopportunes. En revanche, ce qu'elle peut dire, c'est qu'être en fauteuil, être malade et handicapée est pour elle très « humiliant », elle se sent coupable et pourtant se vit comme une victime. Elle se sent « blessée » et cela la « rabaisse ». Elle ajoute que cela lui paraît étrange. La dépendance dans laquelle elle se retrouve pour les soins corporels est pénible, et elle fait tout ce qu'elle peut elle-même. Elle se met parfois en danger, lui disent les soignants. Mais, pour elle, ce qui évoque un danger ce n'est pas de faire sa toilette, mais « ce sont les angoisses ». Cette notion de danger, de détresse, elle l'a déjà éprouvée. Pour la première fois depuis plus de 30 ans, elle parle lors de l'entretien d'un souvenir pénible pour elle, et dont le simple rappel à la

- ▶ mémoire « l'humilie et la rabaisse ». Il s'agit d'un procès dont le jugement a vu la condamnation d'un proche qui avait abusé d'elle. Cette culpabilité refoulée depuis ce moment-là fait retour par « l'humiliation » et ce sentiment d'être « blessée ». Cette atteinte physique, 30 années après, venait là comme un jugement, comme une condamnation pour avoir fait condamner ce parent. Pourtant, peut-elle dire, « *il fallait ce procès pour faire reconnaître ce qui n'est pas permis* ». L'angoisse a ici joué son rôle de signal du moi devant la menace d'un danger intérieur. Pourquoi moi ? Qu'est-ce que j'ai fait ? Est-ce ma faute ? Que suis-je pour l'Autre ? Telles sont les questions du sujet. Entre la première scène du procès jamais oubliée mais refoulée, et la seconde, celle de la victime rabaisée dans son fauteuil, un lien associatif a été établi. L'angoisse se réveille et se révèle par le souvenir activé, la levée du refoulement.

Au second entretien, elle dit avoir été soulagée dès le soir même. « *Sur le moment, cela a été très dur de vous avoir parlé de tout cela, j'ai beaucoup pleuré, mais le soir cette boule à la gorge que je ressentais depuis l'accident vasculaire cérébral a complètement disparu, elle n'est pas revenue depuis.* » Elle n'a pas souhaité poursuivre plus avant les entretiens. J'ai donc accepté de nous en tenir là, non sans faire l'offre de revenir parler si et quand elle le voudrait. C'est ce qu'elle a fait quelque temps avant de partir du centre. Nous nous sommes donc revues quelquefois avant son départ. Elle est revenue pour me remercier et a évoqué sa nouvelle vie avec les séquelles du handicap, en déployant les coordonnées de son histoire qui seraient pour elle un appui et un soutien. Une année plus tard, je recevais en ville de sa part son petit-fils pour une phobie des orages...

Ici, l'efficace de la parole porte sur la mise en lien signifiante d'une blessure traumatique refoulée que la situation de dépendance, de soumission à l'Autre venait réveiller. La subjectivation rapide, resituant le sujet de la parole, suffit pour cette patiente à dénouer l'angoisse qui l'étreignait. Il n'y a pas eu de médicaments, mais seulement les pouvoirs de la parole qui opèrent dans le dire lui-même. L'efficace du dire ne repose pas sur la réminiscence, le souvenir de ce qui était déjà là, mais sur la remémoration dans le transfert, c'est-à-dire l'émergence d'un dire du sujet qui noue la parole et le corps. Ce dire renoue autrement ce qui la tenait au corps. L'angoisse avait à faire avec des pensées inconscientes dans la mesure où celles-ci rencontraient, confrontaient au désir de l'Autre. Bien loin du psychologue l'idée d'avoir en une quelconque façon résolu ni sa question ni le cas. Pour autant, le choix fut de respecter les solutions dont le sujet s'était alors dotées. Le geste destiné à son petit-fils témoigne d'une supposition de savoir des effets de la parole sur le corps et la pensée avérée. Laisser ouvert pour le sujet la possibilité d'en savoir un peu plus, guide l'éthique de la conduite des entretiens. Cela ne va pas sans le transfert, soit la possibilité de trouver en l'autre

un lieu, un désir qui autorise et crée les conditions de l'élaboration d'un savoir inconscient supposé.

2. Le psychologue et la douleur

L'approche des processus psychiques de la douleur conduit à décrire une clinique particulière du sujet douloureux. Nous évoquerons une approche de la clinique du dol. Je rappelle ici que le dol forme le mot « douleur ». Par son étymologie, le dol indique trois directions différentes et communes : celle de douleur, celle qui forge au XII^e siècle le mot de deuil, mais aussi celle liée au sens de la tromperie, de la ruse du mot « dol », repris dans le droit français. À l'origine, il y a une intrication de la douleur morale et physique, un seul mot désignant les deux. Nous retiendrons aussi cette idée de ruse, de machinerie que reprend le droit dans le cadre de la définition d'un préjudice, mais en y adjoignant l'idée de masque, d'artifice, de semblant et de déplacement. Les trois notions de douleur, de deuil et de dol ont une forte accointance et sont régulièrement présentes dans la parole des douloureux. La plainte organique douloureuse masque souvent une douleur d'un deuil non accompli.

La douleur fait l'objet d'études de plusieurs disciplines : la médecine, bien sûr, mais aussi la sociologie (Rey, 2000), la philosophie (Canguilhem, 1988), la psychologie et la psychanalyse ; elles sont une aide à la compréhension précieuses pour le psychologue. La douleur est aux confins de toutes ces pratiques et aucun schéma explicatif ne vient à bout de la question. Considérer l'intrication de la douleur morale et physique sert de socle pour toute approche. L'expérience la plus banale démontre qu'une douleur ne se produit pas toujours où on l'attend, et qu'elle se présente en densité variable d'un sujet à l'autre. La douleur aiguë se règle la plupart du temps par une approche médicamenteuse cadrée dont les avancées ces dernières années sont patentées, mais il convient de distinguer la douleur aiguë de la douleur chronique. Cette distinction que la médecine opère peut avoir comme conséquence d'inclure l'être qui en est affecté ou le nier. Soit la douleur est considérée en dehors de celui qui l'éprouve comme simple manifestation organique, sensorielle, soit elle est considérée solidaire de la subjectivité. Lorsque la subjectivité d'un sujet est prise dans ce phénomène, alors le psychologue est concerné par ces questions.

C'est pourquoi, avec Canguilhem (1988), on pourra affirmer :

“ Il nous paraît tout à fait important qu'un médecin proclame que l'homme fait sa douleur, comme il fait une maladie ou comme il fait son deuil, bien plutôt qu'il ne la reçoit ou ne la subit. Inversement tenir la douleur comme une impression

recueillie en un point du corps et transmise au cerveau, c'est la supposer toute constituée comme telle, hors de son rapport à l'activité du sujet qui l'éprouve. »

Un tel positionnement de la clinique médicale laisse toute possibilité au sujet de dire ce dans quoi, en tant que sujet, il est pris. Il laisse la possibilité de la prise en compte de la particularité du sujet, une chance pour que sa parole advienne, et la plainte qu'elle occasionne peut se faire demande, parole adressée à un autre.

Le psychologue ne prétend pas guérir la douleur physique, ni se substituer aux traitements médicaux pour traiter le mal organique ; il le propose même chaque fois quand c'est nécessaire. Mais dans son action, il utilise d'autres moyens pour les symptômes : ceux de la parole. C'est à partir de la parole que se cerne la causalité ancrée dans le corps.

À partir du savoir que lui livre la psychanalyse, le psychologue vise à relier les phénomènes de corps aux dires du sujet. Il ne s'agit pas de trouver les mots qui s'ajustent au corps mais un dire qui fasse événement pour le corps silencieux de la pulsion. C'est dans le rapport entre le dit et le dire, les énoncés et l'énonciation du sujet que se déploient les positions du sujet dans l'existence. Plus précisément encore, dans la façon dont un sujet subvertit le langage se cernent ses positions de jouissance.

Dans le cadre de l'école du dos, il se trouve que je rencontre les patients systématiquement mais de façon non obligatoire. Je leur propose sans autre préjugé que l'on puisse parler de la douleur réelle dont ils souffrent. Pour commencer, nous abordons les effets de la douleur dans leur vie psychique. Parfois et spontanément, les patients font part de leur hypothèse sur les causes de la douleur. Après Freud, nous vérifions le plus souvent que ce qui se présente comme un effet se dessine comme une cause. Nous tentons dans cet entretien de dégager, d'établir comment le sujet intègre cet élément dans sa vie, voire la fonction de la douleur pour lui. Les patients peuvent se servir de ce savoir et en tenir compte dans leur vie ; certains souhaitent aller plus avant et poursuivent les entretiens au-delà d'une rencontre.

Comment le corps s'attrape dans le discours pour chaque sujet est une question dont la réponse suppose la singularité mais aussi un questionnement collectif. C'est une interrogation tout à fait contemporaine et c'est un enjeu de santé publique. Le corps du contemporain, la plupart du temps, est décerné par un langage où la dimension œdipienne, de la conception freudienne classique, ne se réalise plus de la même façon. Nous rencontrons beaucoup de sujets qui se passent de l'appui de la fonction paternelle de façon décidée. Les composantes familiales variées ne se valent plus sur le couple conjugal et parental indivisible, mais les couples sont souvent différenciés, composés et recomposés.

Cela implique que nous répondions de façon ouverte à de nouveaux phénomènes. Cela inclut un remaniement de la théorie, et l'approche borroméenne – l'abord des registres imaginaire, symbolique, réel – des phénomènes de corps apporte une orientation efficace. Le psychologue a une responsabilité de transmission et les patients eux-mêmes peuvent être amenés à participer à cette transmission.

3. La présentation de malades : une mise en acte de la réalité de l'inconscient

Il arrive parfois que la parole sorte du cadre confidentiel du colloque singulier pour venir s'ouvrir et se faire entendre à un nombre plus important, à un collectif. C'est le cas lors des présentations de malades. Elles se pratiquent dans le centre où j'exerce avec d'une part des étudiants en formation à la psychanalyse, d'autre part les médecins, internes et soignants qui marquent un intérêt certain pour les dires de leur patient. Que lui arrive-t-il ? Qu'est-ce qui peut l'aider ? Quelles sont les impasses et les solutions possibles ? Telles sont les questions qui animent l'écoute des participants. Traitements médicamenteux suspendus ou délivrés à partir d'un diagnostic différentiel éclairé (neuroleptique, antidépresseur, etc.), sorties anticipées ou retardées sont autant de décisions et de prescriptions médicales qui peuvent se prendre en raison après avoir entendu et discuté ensemble ce qui s'est dit. Pour le patient qui s'engage, c'est l'occasion, la chance donnée de pouvoir faire entendre sa parole, de témoigner de son parcours, de sa singularité, de ses solutions et impasses. Le plus généralement, l'expérience apporte un moment de pacification au patient, et capitonne pour un temps variable sa parole.

3.1. Origine de la présentation en psychanalyse

Ce dispositif particulier relève d'une tradition médicale de la présentation ; elle en a gardé la dénomination, mais elle s'en écarte assurément dans sa visée même. Dans la présentation en médecine, l'objectif est la monstration et l'exhibition d'un phénomène. Le malade est le support d'une démonstration. Le médecin de dermatologie ou de psychiatrie s'adresse, tel Charcot, directement aux étudiants en formation. Le public tient une place d'interlocuteur. Dans la présentation de malades en psychanalyse, selon la pratique de Jacques Lacan, le public garde sa présence silencieuse, c'est une place de témoin. L'analyste s'adresse exclusivement au patient, vers qui il est tourné ; tous deux sont face à face. Le public consent à être enseigné, et le patient peut parfois s'adresser à lui. Seuls les dires du patient comptent, ils sont un appui. L'entretien, plus ou moins long, permet au patient qui le souhaite

d'ouvrir les questions qui se posent à lui. La pratique de la présentation est une façon en acte de montrer au cas par cas les conséquences d'un dire sur le corps. Il est frappant d'entendre comment le sujet en parlant se construit, se déplace, comment un sujet cerne ce qui lui est arrivé dans la catastrophe subjective que provoque l'atteinte corporelle, comment il peut prendre de la distance. Nous nous intéressons dans ces entretiens à la façon dont une atteinte organique va se lier à la subjectivité et au corps. Nous relevons des effets thérapeutiques liés à un changement, une autre position du sujet quant à la jouissance et au symptôme. La présentation de malades est un apport à la médecine, et une objection faite à la médecine sans parole, à la pratique d'une médecine rapide qui se veut efficace lorsqu'elle donne une réponse protocolisée et standardisée, celle des tests échelonnés, à l'anxiété, ou à la dépression, par exemple.

3.2. La présentation pour qui ?

La présentation est proposée au patient par le psychologue pour des raisons variées, mais toujours dans le cadre d'entretiens déjà engagés. Quand le patient témoigne d'un rapport au savoir particularisé, le psychologue peut être amené à lui proposer de venir témoigner devant les étudiants de ce qui lui arrive. Il faut noter que les refus sont très rares. C'est bien volontiers et avec satisfaction que les patients se risquent dans cette expérience valorisante d'être écouté très attentivement par un groupe de professionnels qui se font élèves de son savoir. C'est pour tous l'expérience de la valeur de la parole dans le respect de la parole donnée, une expérience du don de parole. Cela va avec un grand respect pour celui qui la donne, celui qui l'accorde, qui la reçoit ; dans cet espace s'inscrit la confidentialité. Les moments propices peuvent être soit parce qu'une trouvaille est faite et que le patient veut la faire connaître, soit au contraire la rencontre avec une énigme. C'est parce qu'une étape a été franchie ou au contraire que le patient se demande comment franchir un moment d'impasse que la présentation vient à point pour nommer, scander un moment du travail en cours et qui peut se poursuivre.

Nous avons noté des effets particuliers des présentations. Pour certains, cela a consisté à débrouiller, délacer, voire défaire la logique du destin dans le cas d'un accident. Nous avons eu souvent affaire à une logique signifiante traçant un destin funeste : le 13 comme chiffre porte malheur, être le premier, réussir son diplôme, devenir père, etc. Dans ce cas-là, la présentation a introduit un effet de contingence, ébranlant les certitudes d'un mauvais destin à l'œuvre pour un sujet. Pour une patiente, elle a permis d'établir un nouveau rapport symptomatique à la douleur par l'apaisement. Ce sujet a témoigné après la présentation

avoir pu dormir pour la première fois depuis des années. Elle a pu aussi démontrer la certitude délirante hypocondriaque d'un sujet qui portait sur une revendication alternant avec un délire de persécution. Le patient a consenti ensuite à la prise d'un traitement médical neuroleptique prescrit à partir de ce qui avait été entendu. La mise en place d'un traitement médicamenteux l'a soulagé. Il a modifié le rapport de jouissance qu'il entretenait à sa douleur, et une ouverture vers d'autres centres d'intérêt dans sa vie a vu le jour.

De façon générale, la présentation a pour effet de favoriser une parole inédite. Cela permet aux sujets qui s'y prêtent de pouvoir, sans savoirs établis à l'avance et à partir du savoir issu de leur parole, s'appuyer sur un résultat, en tirer les conséquences et aménager une solution. C'est aussi une ouverture sur un travail possible à poursuivre. Cela peut être la transition d'un symptôme médical vers un symptôme analytique.

3.3. La présentation pour quoi ?

La présence, le tact, la technique d'entretien, le transfert sont à l'œuvre. Mais cela représente aussi une mise à jour vivante des concepts opérants forgés par Lacan : la structure, le signifiant, l'objet, le symptôme, le désir, la fonction phallique, la jouissance, l'imaginaire, le réel, le symbolique, l'approche borroméenne des phénomènes, etc. C'est l'occasion de confronter des approches différentes, des références diverses entre clinique psychiatrique classique, DSM-IV (*Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*), CIM-10 (Classification internationale des maladies), approche comportementale ou systémique et clinique psychanalytique.

La présentation est une pratique qui met à l'épreuve et interroge le fondement de l'effet thérapeutique en médecine, dans les thérapies et dans la psychanalyse elle-même. Elle illustre souvent en quoi la construction clinique du cas est une exigence avant toute entreprise thérapeutique. Dans le meilleur des cas, elle est une démonstration des effets de la parole, elle éclaire sur comment une pratique opère. Parmi trois exemples seulement retenus, nous verrons comment elle peut instruire sur ce qui fait ou non destin chez un sujet qui se confronte depuis le début de sa vie au discours médical et éducatif ; quelles questions et problématiques très diverses s'ouvrent à partir d'un mal au dos ; et, enfin, comment une présentation peut nous enseigner sur le rapport au corps et à la pensée chez un sujet contemporain *self-made-man*.

3.3.1. Parler parce ce que ce n'est pas écrit

Parfois, les présentations permettent de faire tomber des préjugés sur le devenir des symptômes et offrent au sujet la possibilité de se

défaire d'une destinée. Elles permettent d'évaluer les effets de décisions médicales dans la vie d'un sujet, elles questionnent sur les effets de l'accès des patients à leur dossier médical.

Cette jeune patiente, lors de la présentation, a expliqué comment, suite à des problèmes de dos, son médecin généraliste a procédé à un interrogatoire et pointé ce qu'elle a nommé ainsi : des problèmes d'anorexie. Le généraliste a conclu : « On ne devient pas anorexique du jour au lendemain. » Et il a demandé le dossier de l'Institut médico-pédagogique (IMP) où elle a passé 7 années de son enfance. Le médecin le lui a remis et elle l'a lu toute seule dans la voiture. « *J'ai pas tout compris. J'aurais préféré ne jamais le faire. Ça a été terrible. Il était écrit : "troubles du comportement, dysharmonie d'évolution, enfant malade à la naissance, maigrichonne, pas désirée pendant 9 mois, dépression de la mère avec hospitalisation en hôpital psychiatrique, anorexie et mutisme à 3 ans."* »

Cette patiente d'un bas niveau d'instruction va pourtant déployer tout le long de la présentation son véritable talent pour la parole. Elle nous a témoigné comment, de ses troubles alimentaires au mutisme, la pulsion orale va organiser toute sa vie, de son métier de bouche jusqu'à son rapport à la parole qui lui permet de crier sa particularité et lui donne sa force ; comment sa position hystérique décidée l'a mise un peu à l'abri du sort fatal que lui forgeait le dossier médical ; comment les entretiens peuvent dans ce cas desserrer les identifications. Nous avons envisagé lors de la discussion suite à son témoignage les dégâts, au-delà de la souffrance engendrée, que la lecture d'un tel dossier, toujours brutale, peut provoquer chez un sujet. Ces critères diagnostiques pris un à un créent un effet de destin et de prédiction largement péjoratif et enfermant. Cette patiente authentifie des capacités à vivre une existence bien au-delà de ce que préfigurait le dossier. Un long débat sur ce qu'il convient d'écrire sur le dossier médical patient (DMP) informatisé s'est engagé dans l'équipe.

3.3.2. Une douleur fait le corps ou une douleur pour prendre corps

Il s'agit d'une patiente hospitalisée dans le cadre de douleurs de dos dans le centre de rééducation fonctionnelle. Lors de la présentation, elle témoigne de son mal au dos, sa plainte commune, mais révèle aussi sa crainte : celle de ne pas supporter le décès de sa mère survenu très peu de temps avant qu'elle ne rentre au centre comme patiente. Les douleurs de dos se sont installées progressivement il y a quelques années et sont invalidantes dans la vie quotidienne. Elle ne note aucune cause psychologique à ce mal de dos. Mais elle observe que le mal de dos était déjà survenu lors de sa première grossesse et que l'accouchement sous péridurale qui était « *très controversé à cette époque, a été très peu efficace* » ; il lui est resté une douleur dans le dos depuis. Elle se

rappelle très bien avoir craint les conséquences de cette périurale. Elle poursuit : « *Ce mal de dos latent m'a fait réaliser que j'avais un dos, ce que je n'avais pas réalisé jusqu'alors. Le corps change et se modifie, je vieillis physiquement. Pourtant je ne suis jamais malade, je ne prends aucune précaution. Le corps est une machine, il s'use aussi. C'est une mécanique comme une autre, il y a des pièces à changer de temps en temps.* » Pour autant, elle ne le déplore pas, « *car on ne se plaint pas d'une machine* ». Mais ce dont elle souffre, c'est d'autre chose ; elle l'a gardé secret jusque-là mais est décidée à en parler en public. Depuis plus de 30 ans, elle souffre de troubles obsessionnels compulsifs (TOC), mais elle préfère parler de phobie. À la naissance de son fils, elle a mis en place des rites. « *J'ai la phobie du microbe. Il faut que tout soit propre. Tout ce qui vient de l'extérieur est lavé. Tout ce qui y est entreposé passe par la stérilisation* ». Les mains sont lavées un nombre incalculable de fois. Relevons la précision clinique de la patiente : elle nous a indiqué clairement qu'elle n'a pas le trouble de la vérification. « *Une seule fois suffit* », mentionne-t-elle. D'ailleurs, elle n'en fait pas des TOC pour cette raison. En fin d'entretien, elle explique nettement de quoi il s'agit : « *J'empoisonne la vie de tout le monde. Le mal de dos s'aggrave par tous ces efforts, il faut une énergie folle. Ce n'est pas la tache que je chasse, c'est l'invisible ; c'est ce qu'on ne voit pas, qui se cache et qui est malfaisant. Ce qui sans se voir est lové peut être malfaisant, qui pourrait surgir et me détruire, moi et ma famille. Ces rituels servent à me protéger de la réalité, de cet invisible. Je n'ai pas de certitude, mais il y a quelque chose dont je veux me protéger, sans doute quelque chose de réel.* »

Cette présentation de malade offre au sujet une mise en scène de son traitement, de sa thérapeutique. Son système de protection, comme elle le nomme, est un « délire comme tentative de guérison » selon l'expression de Freud. Il est lui-même un effet thérapeutique constant, contre la menace d'une intrusion, le danger d'un réel dont elle se défend. Pour ce sujet, la question de l'objet comme réel est tout à fait centrale, car celui-ci va déterminer le diagnostic de structure entre névrose obsessionnelle et psychose à partir de la logique du cas, comme le confirmera la suite des entretiens. Ici, nulle métaphore : l'objet invisible qui peut surgir à tout instant est, comme elle le nomme elle-même, réel. Les participants du corps médical ont témoigné de ce qu'ils avaient appris. Premièrement, il y a l'apparent paradoxe entre ce secret gardé pendant 30 ans et ce témoignage public. Ce qui a été caché n'était que ce que le corps médical ne pouvait pas entendre. Deuxièmement, les médecins ont confié que, dans un autre contexte, ils auraient prescrit tout de suite un médicament contre les TOC. Or, ils ont été surpris et dérangés par ce que la patiente a précisé ensuite. Le médicament, pour elle, évoque un danger de mort, car la tentation de s'empoisonner avec est tout aussi

forte et elle le refuse absolument. Un test psychologique seul aurait méconnu toutes ces dimensions particulières de ce sujet. Et nous nous avertissons ici que la conduite à tenir se déduit, et ne s'anticipe pas. Cela conduit le psychologue, dans le cadre de la présentation, à établir et rendre raison d'un diagnostic différentiel, de la nécessité ou pas d'un traitement thérapeutique, toutefois pas sans évaluation, ni repère clinique. La présentation ouvre à cette éthique.

3.3.3. Un cas de parlêtre : une situation précaire

Ce cas entendu lors d'une autre présentation pose et illustre, dans une certaine mesure, l'expression de parlêtre que Lacan invente pour rendre compte des effets du langage chez l'être, ce « LOM du XXI^e siècle » qu'incarne parfaitement ce *self-made-man* moderne (Miller, 2001). Ce sujet a une façon très précieuse et précise de poser la question de l'articulation du corps et de l'âme, car pour lui cela cloche et ne tient pas. Il montre bien la particularité de nos contemporains qui ne sauraient être totalement compris par le seul abord de l'Œdipe freudien classique et qui pâtissent dans leur corps et leur âme de ce que la fonction paternelle est pour eux forclosée. Toutefois, la pertinence de l'élaboration théorique et clinique du concept de psychose ordinaire (Institut Du Champ Freudien, 1999. Institut du champ freudien, 1999) permet de rendre compte de cette symptomatologie moderne que cela entraîne. Ce patient témoigne à sa façon de l'absence de nouage entre corps et pensée.

Âgé de 58 ans, il a été victime d'un AVC ayant entraîné une hémiplegie gauche avec un léger trouble de la marche et une gêne au bras gauche. Cependant, ce patient n'a aucun trouble de la parole. « *Après une course folle dans l'année* » qui a précédé l'AVC, c'est au cours d'une réunion professionnelle que M. C. ressent un malaise et qu'il doit être transporté aux urgences. « *C'était la consécration, j'avais réussi un chiffre d'affaires record dans la région, j'étais parvenu à être un champion, ces lauriers récompensaient mes performances commerciales effectuées dans l'année. J'étais à bout de force, c'est un point d'arrêt à cette folie, je me suis démené comme un forcené jusqu'à l'épuisement.* » Il est hospitalisé pour effectuer sa rééducation. Quand je le rencontre, il est très anxieux. Il explique : « *Je suis mis en demeure de repenser ma vie... C'est comme en vélo quand on s'arrête de pédaler, on tombe.* » Pas de repos, ni de répit possible, pas de béquille pour se poser, pour lui pas d'autres scansion que le mouvement perpétuel, le déplacement. Le mouvement perpétuel masquait son impossibilité à penser. Cette fois-ci, selon sa citation de Victor Hugo : « *Le boulet est passé trop prêt, et le chapeau est tombé.* » Il était donc frappé par l'AVC d'une « *frousse d'enfer, une sacrée panique, je ne suis plus un bonhomme debout* ».

M. C. relate qu'il est né dans un hameau isolé, sa famille « *végète sans argent, entre un beau-père qui oublie de ramener l'argent à la maison et une mère travailleuse mais alcoolique* ». C'est vers l'âge de 7 ou 8 ans qu'il questionne sa mère, puis ses proches, pour savoir qui est son père. Les réponses sont confuses et imprécises. Deux ou trois fausses pistes, dont celle d'un soldat allemand, sont explorées puis abandonnées. « *Je décidais donc que les dés étaient jetés, tacitement je décidais donc d'oublier et de poursuivre ; je décidais que cela n'a pas d'importance.* » À 16 ans, il commence à travailler en usine ; il ne cesse pas alors pendant plusieurs années d'effectuer une ascension sociale.

Cependant, dans le monde du travail, il a l'impression de ne rien contrôler. « *Je suis devenu un employé boule de billard, l'employeur, l'élite donne un coup de queue sur la boule et l'employé roule, on s'en va, poussé.* » Il se refuse à cette dépendance et n'aura alors de cesse de voyager. « *Je cherchais quelle était la pile. Quelles raisons les autres avaient trouvé pour vivre. Et comme je n'ai pas la capacité d'inventer, je copie... Qu'est-ce qu'être un homme ? Je suis parti pour regarder.* » À 30 ans, il est directeur d'une agence commerciale, mais n'y trouve plus d'intérêt : « *Le monde était à moi, ça ne valait plus la peine. J'ai donc fait table rase et j'ai changé de travail et de continent en partant pour l'Amérique du Nord.* »

Depuis longtemps, M. C. a une idée, un concept qui mène sa vie : le concept « sport-étude ». S'il ne cherche pas à mettre un mot sur tout, il est cependant attaché à son concept, son idée maîtresse. Ce concept permet de conjoindre l'âme et le corps, car il est depuis toujours impossible pour lui de penser, ou d'apprendre sans avoir auparavant réussi à conduire son corps dans un certain état. « *Quand le corps devient lourd, alors là je peux atteindre le point jubilatoire, ce point qui, après cette fatigue extrême, va me conduire à une défatigue.* » M. C. précise qu'il s'agit « *de mettre le corps au pas, de se dépouiller de son Moi, de se débarrasser de ses entraves, pour pouvoir se mettre à penser* ». Pour atteindre « *ce point jubilatoire, point qui exulte le corps au seuil de la douleur* », et qui lui permet de penser, il va donc constituer un mode de vie scindé où le matin est consacré au sport et l'après-midi à l'étude. La mise en fonction de ce concept permet que se « clipent », que se conjoignent, s'unissent l'âme et le corps ; il passe par le corps pour atteindre la pensée.

C'est ainsi qu'il trouve une solution pour conjoindre corps et âme à la sortie du centre ; il réalise un long voyage à pied. Une carte postale en témoignera.

Comment « *l'affect vient-il à un corps dont le propre serait d'habiter le langage* » se demandait Lacan (1974), soulignant la difficulté de l'être humain à faire corps avec l'âme. Voilà une question qui convoque et le psychologue et le médecin à une conversation vivante.

Bibliographie

- Canguilhem G. (1988), *Le Normal et le pathologique*, Paris, PUF.
- Lacan J. (1963), *Séminaire, Livre IX, L'angoisse*, inédit.
- Lacan J. (1966), *Écrits*, Paris, Le Seuil.
- Lacan J. (1974), *Télévision*, Paris, Le Seuil.
- Lacan J. (1981), *Séminaire, Livre III, Les psychoses*, Paris, Le Seuil.
- Miller J.-A. (2001), Postface des *Autres écrits* de Lacan, Paris, Le Seuil.
- Institut Du Champ Freudien (1999), *La Psychose ordinaire. La convention d'Antibes*, Paris, Le Seuil.
- Rey R. (2000), *L'Histoire de la douleur*, Paris, Payot.

CHAPITRE 7

En service de neurologie : l'accompagnement clinique dans ses rapports avec la recherche

P. Fouchet

À la mémoire de J.-P. Indriets

Comment penser, aujourd'hui, l'articulation entre l'accompagnement clinique et la recherche ? J'aborderai ici cette question en prenant appui sur ce que m'a enseigné la pratique que j'ai eu la chance d'exercer comme psychologue et chercheur dans un centre neurologique, alors que je réalisais ma thèse de doctorat.

1. Les populations cliniques

Il est devenu courant d'organiser la recherche – et de plus en plus souvent aussi l'accompagnement clinique – en ciblant des populations d'individus regroupés autour d'un même diagnostic. Dans le domaine de la psychopathologie, cette façon de procéder découle des *a priori* organicistes du courant de la psychiatrie qu'incarnent des classifications comme le DSM depuis sa troisième édition – une structuration de la recherche qui nourrit l'illusion d'une psychiatrie capable de se construire sur des bases comparables aux autres sous-disciplines de la médecine.

Ce type de démarche se heurte toutefois à une difficulté majeure : les troubles ainsi répertoriés semblent difficilement assimilables à des maladies, au sens médical du terme. Il apparaît, en effet, qu'aucune lésion organique, aucun gène, aucun virus, aucun agent pathogène ne peut être attesté comme l'origine organique des multiples troubles

psychopathologiques qui nous sont aujourd'hui présentés – les causalités génétiques ou neurobiologiques avancées pour chacune de ces catégories cliniques ne peuvent l'être qu'à titre d'hypothèses ou de postulats. Il faut également noter que de nombreux indices pointent l'inconsistance clinique de ces supposés troubles, pourtant envisagés comme des entités naturelles¹.

Dans ce contexte, le travail en service de médecine offre la possibilité de construire un cadre méthodologique – à la fois clinique et de recherche – qui, à son tour, permet une déconstruction critique de ces modèles et de ces classifications, tout en posant les fondements d'une élaboration théorique de repères opératoires pour l'accompagnement clinique.

2. Ne pas jouer au psychologue

Dans cet hôpital, je me suis trouvé face à une « population clinique » – et donc, potentiellement appelé, selon le modèle précédemment décrit, à devenir un spécialiste « psy » de cette population. Le service dans lequel j'ai travaillé s'était, en effet, spécialisé dans le diagnostic et le traitement des épilepsies dites « rebelles », terme qui désigne les 20 à 30 % de cas d'épilepsies qui résistent au traitement pharmacologique.

La constitution de cette population clinique procède des difficultés diagnostiques et thérapeutiques rencontrées en épileptologie : il s'agit, notamment, de distinguer les crises de nature épileptique² d'autres types de crises, comme les crises « non-épileptiques » d'origine non organique (parfois appelées crises « pseudo-épileptiques »³), sachant que les deux types de crise peuvent coexister chez un même sujet. Notons, par ailleurs, que des « troubles » d'ordre psychologique ou psychiatrique sont fréquemment relevés chez des patients présentant une épilepsie et/ou des crises dites « non-épileptiques ».

Pour répondre à ces difficultés, des centres et des services de neurologie spécialisés s'organisent autour d'une prise en charge pluridisciplinaire

1. Citons, par exemple la grande variabilité, d'une étude à l'autre, des résultats portant sur la prévalence d'un trouble ; la présence quasi généralisée de la comorbidité psychiatrique (pourtant rarement interprétée comme la possible conséquence de l'inconsistance clinique de ces entités) ; ou encore, l'usage de critères diagnostiques extrêmement flous et/ou relevant bien plus du champ socio-juridique que de celui de la psychopathologie (cf. Fouchet, 2009).
2. Qui se définissent, ainsi que le résume Boldy-Moulinier (1997, p.1), comme « *un changement soudain et transitoire du comportement* » associé à « *l'apparition brutale et excessive de décharges de potentiels électriques au sein d'une population de neurones du cerveau* ».
3. Il s'agit de phénomènes cliniques semblables à des crises d'épilepsie du point de vue phénoménologique, mais qui se produisent indépendamment d'une activité électrique anormale au niveau du cortex cérébral et sans étiologie médicale repérable.

des patients (souvent hospitalisés pour de longues durées). La place que le psychologue pourra prendre au sein de l'équipe et auprès des patients est bien sûr étroitement liée à son éthique de travail : l'usage des repères de la psychanalyse implique une attention particulière à la dimension normative des discours et des interventions « psys » (qui, bien souvent, ne visent rien d'autre qu'une adaptation du patient-malade au regard d'idéaux sociaux, de normes statistiques ou de modèles théoriques eux-mêmes normatifs). Concernant la pratique clinique et de recherche qui fut la mienne, il me semble important d'insister sur les deux points suivants :

- Il m'est apparu bien vite qu'un travail orienté par l'éthique et les repères de la psychanalyse est, paradoxalement, d'autant plus praticable que l'institution et ses travailleurs n'inclinent pas à vouloir « psychologiser » les difficultés ou l'état mental des patients qu'ils accueillent. C'est dans un tel type d'institution qu'il m'a été offert de m'insérer.
- Il s'est alors pour moi révélé essentiel de ne pas « jouer au psychologue ». Là où l'on aurait pu s'attendre à ce que je livre aux autres membres de l'équipe (les non-psychologues) un savoir psy sur cette population de patients, ou des diagnostics (et des portraits de la personnalité correspondants), après la passation de tests, de questionnaires ou d'échelles standardisées, les réponses que j'ai privilégiées ont été de l'ordre d'une élaboration à plusieurs de la clinique du cas, à partir des impasses rencontrées dans l'accompagnement du patient.

3. Une clinique du cas par cas

Dans la perspective de cette élaboration, soutenue au quotidien du travail clinique, la démarche diagnostique vise à dégager la logique du cas, c'est-à-dire : ce à quoi se trouve confronté un sujet et sa façon singulière d'y répondre. Les réunions cliniques, mais aussi les discussions informelles entre intervenants, sont des occasions privilégiées d'une mise en commun de la discussion et des hypothèses. L'une des conditions préalables – nous venons de l'évoquer – est l'abandon des interprétations psychologisantes des comportements (« immaturité », « manipulation », « provocation », « désir de toute puissance », etc.) ou de l'histoire relationnelle, affective et événementielle du sujet (« il reproduit sa relation à sa mère », « il reste marqué par tel ou tel traumatisme », « c'est parce qu'il a été laissé tomber par son père », etc.). Ces pseudo-explications sont au pire stigmatisantes, au mieux inopérantes pour penser l'accompagnement clinique. À partir de cette dé-psychologisation, une réflexion à plusieurs sur ce qui se passe concrètement pour le sujet, à partir de ce qu'il en dit, se révèle opératoire ; c'est là que se situe à proprement parler la démarche diagnostique.

Ce travail d'élaboration clinique permet de dégager des hypothèses susceptibles d'orienter l'accompagnement du sujet. Et il est essentiel de préciser que les interventions qui en découlent, comme celles décrites dans le cas de Monsieur X. (Observation 1), sont à distinguer d'une panoplie de « trucs » à reproduire le cas échéant, pour « calmer » un patient, par exemple. S'il s'agit de ne pas en faire des « recettes », ce n'est pas pour des raisons de contexte ou d'efficacité (parce qu'il y a de nombreuses situations difficiles très différentes qui ne permettraient pas l'application de quelques recettes), mais pour des raisons liées à l'orientation de travail et à ce qu'elle est censée produire du sujet. Par ailleurs, comme nous avons pu le constater maintes fois, c'est justement de ne pas être appliquées comme des « trucs », que ces interventions ont quelques chances d'ouvrir, dans des moments de rencontre, une possibilité de se faire partenaire du sujet.

Ce travail en équipe, centré sur une clinique du quotidien – à partir des dires du sujet et des événements de la vie dans l'hôpital (Qu'est-ce qui s'est passé ? Qu'est-ce qui s'est dit sur le moment et dans l'après-coup ? Dans quel contexte ? En réponse à quoi ?...) – s'est révélé passionnant, et utile dans bien des cas.

Observation 1

Monsieur X. témoigne à de nombreuses reprises de la malveillance dont il est l'objet au sein de l'hôpital. De fait, le contact avec les autres patients et avec le personnel soignant est souvent difficile, sur bien des plans, notamment celui du respect des règles. Alors qu'il semble ne guère en tenir compte pour lui-même, il ne manque pas une occasion de les rappeler lorsqu'elles ne sont pas respectées par les autres. Lors des réunions cliniques avec l'équipe *nursing*, il a été progressivement possible de dégager la fonction que ce rappel incessant des règles semble tenir pour ce sujet. Une mise à l'avant plan des dires du sujet et des situations concrètes de sa vie dans et en dehors de l'institution a permis de faire émerger l'hypothèse que cet appui singulier sur les règles de l'institution constitue pour Monsieur X. une façon de se défendre contre la dimension persécutive qu'alimente toute présence d'un autre animé d'intentions à son endroit. Cette hypothèse a permis de dégager une orientation de travail et de repérer les interventions ou les modalités de présence pertinentes pour l'accompagnement de ce patient. Ainsi, par exemple, un infirmier membre du service fut confronté à la nécessité de faire sortir Monsieur X. d'une salle qui lui était interdite. Son intervention a été de lui dire, en pointant un écriteau au-dessus de la porte : « Regardez, on ne peut pas rester dans cette pièce, il faut que nous sortions. » Cette intervention semble avoir permis à Monsieur X. de ne pas entendre sur un mode persécutif les paroles qui lui étaient adressées : dans sa façon de dire, l'infirmier s'était ►

- inclus dans la nécessité de sortir en s'appuyant sur l'écrêteau, c'est-à-dire sur un élément vidé de toute intention (« *nous devons sortir parce que c'est écrit* » et non « *tu dois sortir parce que je le veux* ») – et Monsieur X. d'accepter de sortir, et de lui parler de ses préoccupations, c'est-à-dire de cet Autre fou malveillant auquel il est en permanence confronté. Une constellation de ces moments de rencontre et les usages que Monsieur X. a pu en faire, semblent avoir permis à ce sujet d'investir cette institution comme un lieu d'accueil et un point d'ancrage, là où le reste de son existence est lourdement marquée par la violence de l'Autre et le rejet. Alors qu'il semblait poussé dans ses derniers retranchements au moment de son arrivée à l'hôpital (mis à la porte une nouvelle fois de son travail à cause de la méchanceté des autres à son endroit et des choses étranges tramées contre lui, il s'enfermait dans sa maison, sans bouger ni sortir pendant plusieurs jours), il est parvenu à faire usage des intervenants et des dispositifs institutionnels pour entamer des démarches sociales qui lui offrent une façon d'investir le monde dans une relative soustraction au regard malveillant de l'Autre.

Dans les principes qui l'orientent, il s'agit d'une modalité d'application de la psychanalyse à la pratique en institution⁴, telle que notamment Alfredo Zenoni (2009) a pu en dégager les principes. Comme nous avons eu l'occasion de le montrer (Fouchet, 2008), ce travail a permis la mise en question d'une série de présupposés concernant le fonctionnement psychologique des patients et l'usage des classifications psychiatriques pour rendre compte de leurs difficultés. Il a permis également de faire valoir la pertinence d'une interrogation sur le statut et la fonction du symptôme dans une perspective différentielle.

4. Une déconstruction fertile de la notion de population

En effet, cette démarche d'accompagnement clinique et de recherche a mis en évidence la diversité des positions subjectives de patients supposés faire partie d'une même catégorie clinique (et, par là-même, supposés présenter un même fonctionnement psychologique). Ni les patients épileptiques, ni les patients « non-épileptiques », ni les patients répondant aux critères diagnostiques d'un « trouble psychiatrique associé », ne présentaient la moindre homogénéité de « fonctionnement psychique » lorsque celui-ci était abordé sur le plan d'une clinique du cas par cas qui ne vient pas recouvrir, par un savoir *a priori*, le savoir-même du sujet.

4. En tant qu'il ne s'agit pas d'un modèle d'application de la psychanalyse, mais d'une orientation de travail dont les formes concrètes de mise en œuvre sont toujours à inventer.

Sur le plan de la clinique comme sur celui de la recherche, nous avons donc pu nous engager dans un processus de construction en boucle d'un savoir opératoire pour l'accompagnement thérapeutique : une mise entre parenthèse des savoirs *a priori* sur ces populations cliniques a ouvert la possibilité d'une clinique du cas, puis la mise en série des cas, laquelle a permis, en retour, d'interroger ces savoirs et d'ouvrir de nouvelles perspectives.

Ainsi, par exemple, dans la clinique des psychoses, parmi les éléments précieux pour l'accompagnement thérapeutique, nous avons pu mettre en évidence l'usage singulier et utile, par certains sujets, des diagnostics médicaux ou psychiatriques qui leurs sont transmis.

Observation 2

Madame C. a 43 ans lorsqu'elle est hospitalisée pour une mise au point de troubles épileptiformes apparus à l'âge de 42 ans (un peu plus d'un an avant cette hospitalisation). Les malaises se caractérisent par des mouvements du bras droit, faisant place ensuite à une diminution soudaine du tonus musculaire qui entraîne fréquemment sa chute (sans perte de connaissance). Le plus remarquable, c'est que Madame C. a découvert qu'une pression en un point précis du poignet droit provoque le déclenchement des crises. Cette pression opère comme un véritable « interrupteur », puisqu'elle permet aussi, au moment des mouvements du bras, d'interrompre la crise et d'éviter la chute. Après l'apparition des crises, dont un spécialiste lui a initialement indiqué qu'elles étaient de nature épileptique, Madame C. a connu un moment de « dépression majeure » qui semble consécutif à l'annonce d'un autre diagnostic par un autre spécialiste : les crises seraient d'origine psychologique. Après s'être littéralement effondrée lorsque le diagnostic de crises psychologiques avait écarté celui d'épilepsie, Madame C. a souhaité rencontrer un « spécialiste de l'électro ».

Dans ce contexte, son hospitalisation fut l'occasion pour Madame C. de déployer et de reconstruire les différents moments de son histoire. Il s'en dégage que des moments « dépressifs » surgissent lorsque Madame C. n'est pas soutenue soit par une relation psychothérapeutique ou médicale, soit par la dimension d'aide et de soin qui semble caractériser sa position vis-à-vis de ses proches – laissant supposer la nécessité pour Madame C. de se soutenir d'une sorte de béquille imaginaire, d'un appui sur l'autre qui paraît la préserver d'un effondrement massif (durant les périodes dites dépressives, Madame C. reste allongée sur son lit, n'ayant plus la force ni l'envie de rien faire, pas même les gestes les plus élémentaires, comme se laver par exemple). Or, il semble justement que les crises soient apparues au moment où cette béquille imaginaire (s'occuper de l'autre comme support d'une identification imaginaire servant de point d'appui au sujet) était fragilisée, par le fait que son mari (qui était resté, sans travailler, ►

▶ pendant plusieurs années à la maison) s'était lancé dans un nouveau projet professionnel. Les crises surgiront donc lorsque le rôle de « soignante » qu'elle avait tenu sans relâche durant toute son existence (comme l'indique le récit de sa vie) ne trouvait plus de support dans la réalité. Elles semblent par ailleurs connectées à une construction qui ne se situe pas dans le registre de la métaphore, mais plutôt dans un registre « réaliste » s'organisant, sur le mode de l'holophrase, autour d'un terme décliné de diverses façons. Un mot, en effet, le mot « électricité », paraît traverser la vie de Madame C. : « *beaucoup de choses tournent autour de l'électricité* », explique-t-elle, « *c'est énormément d'histoire d'électricité, pour moi c'est tout de l'électricité* ». D'un côté, la description des crises passe par tout un vocabulaire qui se décline essentiellement à partir du mot « électricité » : « électricité dans le bras » ; « perte de puissance après la crise » ; « perte d'énergie » ; les crises et les chutes sont comparées à « une voiture dont les circuits électriques seraient défectueux, la batterie à plat, entraînant l'extinction des phares » ; etc. Par ailleurs, de manière parfois étonnante, la plupart des événements importants de sa vie sont également rattachés par elle à l'« électricité » – qu'elle situe comme le point de départ de toutes ses difficultés. Son existence semble ainsi étrangement tissée de fils portant la marque de l'« électricité ».

Ainsi, au cours de l'hospitalisation, la suspension du temps du diagnostic a permis que se déploient une série d'éléments cliniques qui laissent plutôt penser que les crises, telles qu'elles sont reprises par Madame C. en connexion avec le mot « électricité », remplissent une fonction de point de capiton dans son discours – une fonction d'arrimage dont les effets de stabilisation du sujet tranchent nettement avec les moments dépressifs.

À la fin de son séjour, Madame C. nous a demandé l'adresse d'un psychanalyste habitant dans sa région. Aujourd'hui, elle continue à voir ce psychanalyste ainsi que le neurologue qui avait assuré son suivi pendant l'hospitalisation. Ce dernier lui avait proposé de continuer à la suivre régulièrement « pour ses crises épileptiformes ». L'invention de ce neurologue était d'avoir substitué, au diagnostic d'épilepsie, le terme « crises épileptiformes » – c'est-à-dire d'avoir maintenu ce qui était important pour Madame C., à savoir, un terme qui réfère ses troubles à un registre somatique et médical, et qui reste connecté à toute sa construction autour du mot « électricité ». Deux ans après son hospitalisation, Madame C. est toujours soumise à des crises épileptiformes, mais sa vie quotidienne s'est nettement améliorée et elle n'a plus présenté d'épisode dépressif.

Le dispositif diagnostique et thérapeutique, fondé sur l'analyse clinique au cas par cas, permet parfois d'user de la variété de la terminologie scientifique (et parfois aussi psychiatrique) pour y souligner la notion – choisie par le sujet lui-même, dans le fil de la localisation somatique – susceptible de lui assurer un arrimage identificatoire qui

va rendre possible une vie sociale, lorsque l'arrimage symbolique du Nom-du-Père fait défaut. Du côté des intervenants, cela exige toutefois un travail de réflexion et de discussion clinique qui n'est possible que dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire mettant l'accent sur une certaine cohérence au niveau de l'accompagnement thérapeutique. Les médecins, l'équipe soignante, l'assistant social, les psychologues, les ergothérapeutes et les éducateurs sont ainsi impliqués, chacun de sa position, dans une approche chaque fois singulière et concertée du cas, orientée par une clinique en construction.

5. D'une articulation nécessaire entre recherche et pratique clinique

Dans certains cadres théoriques, la recherche nécessite une neutralisation des biais que constituent les dimensions relationnelle et subjective. Il en découle une séparation, jugée indispensable, entre la recherche et la pratique clinique. La croyance selon laquelle ce modèle est inévitable pour offrir à la recherche ses assises scientifiques, est aujourd'hui très largement partagée.

Or, la psychanalyse a ouvert la perspective d'une recherche directement branchée sur la pratique clinique. Ainsi que nous l'avons vu, les logiques singulières de chaque cas ne se dégagent, en effet, qu'à partir de cette clinique elle-même, dans des moments de rencontre, toujours contingents. Par définition, en conséquence :

- orientée par la psychanalyse, la démarche de recherche dans le champ de la psychopathologie ou de la psychologie clinique (quelles que soient leurs formes ou leurs terrains d'application) ne peut se déconnecter de la pratique clinique ;
- une pratique clinique, dans ce même champ, n'est possible qu'à s'inclure dans une démarche de recherche.

Ici, la dimension relationnelle et subjective n'est pas un biais, mais le moteur même de la recherche comme de la pratique : il s'agit d'une clinique sous transfert. Le clinicien s'y implique dans une position particulière : avec toujours, de structure, un temps de retard.

6. Un temps de retard

Utilisés par les « psys », les savoirs sur les populations cliniques occultent un autre savoir : celui qui se situe du côté du sujet. Ce dernier concerne les modalités de rapport à l'Autre, au corps et au langage, là où elles engagent la dimension pulsionnelle – c'est-à-dire, plus précisément, les modes singuliers de jouissance et de traitement de celle-ci.

Le repérage des points d'ancrage du sujet ou de la fonction éventuelle d'un phénomène clinique, est donc structurellement dépendant d'un

positionnement dans le transfert qui autorise le maintien d'un temps de retard sur un savoir à produire.

Observation 3

Monsieur Décrire, âgé de 35 ans, présente une épilepsie depuis l'âge de 2 ans. Il a décidé de se faire hospitaliser parce que, dit-il, sa maladie « va en s'aggravant » depuis quelques années. Pour énumérer les points importants de son histoire, Monsieur Décrire s'appuie sur un volumineux dossier médical qu'il s'est constitué lui-même et qu'il connaît par cœur. Son épilepsie a commencé quand il avait « *exactement 27 mois* », dit-il (en reprenant précisément les termes de son dossier médical). Il dit connaître dans les moindres détails cette période d'éclosion de la maladie grâce à son dossier médical et aux explications qu'il a demandées à sa mère. Celle-ci lui a raconté ce qui l'avait amené à consulter pour la première fois un neurologue (à l'âge de 2 ans) : elle l'avait sur les genoux et il souriait bêtement ; elle pensait d'abord que c'était des grimaces de bébé. C'est à partir de ce moment, dit-il, lorsque les premières crises sont apparues à l'âge de 2 ans, qu'il a commencé à sentir – selon ses propres termes – « *le poids de cette tare si difficile à porter* ». « *On m'a toujours considéré comme un peu le déchet*. »

Telle qu'il a pu la reconstruire au cours des entretiens, son histoire semble se présenter comme une succession de rejets et d'exclusions – un rejet qui semble inscrit dans la structure même du sujet (comme il parvient d'ailleurs lui-même, à sa manière, à le formuler : « *la vie m'a offert : rester dans mon coin* »).

Durant son enfance, explique Monsieur Décrire, il avait encore quelques copains « sympas » qui ne le rejetaient pas. Mais à l'adolescence, il a commencé à se faire complètement rejeter par les autres : « *Eux formaient des groupes, dit-il, et moi je restais seul. On m'appelait le fou*. » Ce qui lui a permis de « *tenir le coup* » à cette époque, c'est sa rencontre avec un « *patron* » dans le cadre d'un contrat d'apprentissage : « *Tu es le premier apprenti que je parviens à former malgré ce que tu as* », lui a dit un jour ce patron. Cette phrase, souligne Monsieur Décrire, l'a rendu « heureux comme un roi ».

Mais dès la fin de sa scolarité, Monsieur Décrire se confronte à nouveau massivement au rejet des autres. Lorsqu'il s'est mis à chercher du travail, il a toujours reçu la même réponse : « *On n'embauche pas les handicapés*. » Il a commencé alors à s'isoler encore un peu plus, jusqu'à finalement rompre tout contacts sociaux, occupant ses journées à effectuer des tâches solitaires. C'est son grand-père, la seule personne avec laquelle il avait maintenu une relation, qui l'aidera à sortir quelque peu de cet état de repli. Celui-ci prononça des paroles que Monsieur Décrire se répète à chaque moment difficile : « *Il m'a dit, serre les poings et c'est tout. Montre-toi* » ►

- *plus fort qu'eux et puis de toute façon si on ne veut pas de toi, essaye quand même de vivre ta vie* ». C'est à nouveau un personnage important pour Monsieur Décrire, ayant mis en place d'Idéal du moi, qui l'aide à reprendre pied dans la vie et à se dégager de cette dimension de rejet qui marque son existence.

L'exclusion dont il dit être la victime s'étend toutefois à l'ensemble de ses activités. Dans la rue, par exemple, des policiers l'ont plusieurs fois « accusé d'être un drogué et un alcoolique » alors qu'il était en train de faire un malaise, sans doute, dit-il, parce que les symptômes sont les mêmes que ceux de l'épilepsie. C'est la raison pour laquelle il porte toujours sur lui sa « carte d'épileptique » : « *Je peux la présenter directement et prouver que ce que j'avance n'est pas un mensonge.* » Ou encore, les paroles d'un chauffeur lui ont permis de comprendre que la direction de la société des transports en commun voulait lui interdire l'accès aux bus. Bien souvent également, il est la victime d'insultes, mais, dit-il : « *Je laisse dire.* »

Ces éléments cliniques laissent apparaître la prédominance d'une sensibilité paranoïde qui n'exclut sans doute pas un rejet effectif de la part de l'environnement. Il reste que la relation transférentielle qui a pu s'établir dans les entretiens a permis à Monsieur Décrire d'évoquer un événement important dans sa vie. À l'âge de 27 ans, il avait entendu à la radio l'annonce d'un concours pour jeunes écrivains. « *J'étais seul et j'entends dans une publicité qu'une maison d'édition recherchait de jeunes auteurs qui avaient des manuscrits dans un tiroir et qui n'avaient jamais osé les envoyer. J'ai réfléchi, je me suis dit, je ne suis pas plus bête qu'un autre, enfin du moins c'est ce que je pense, pourquoi pas moi ?* » Il n'avait pas de manuscrit dans son tiroir, mais il s'est enfermé chez lui pendant 6 mois (sortant juste pour acheter de la nourriture) et s'est mis à écrire un livre qu'il dit autobiographique (il nous a d'ailleurs prêté cet ouvrage, le temps que nous puissions le lire). Le livre de Monsieur Décrire fut immédiatement publié. Et lors d'un voyage pour se rendre à la maison d'édition, il fit la rencontre « *d'un grand écrivain, le plus grand, un génie* ». Monsieur Décrire avait décidé de prendre son déjeuner dans un bon restaurant et cet écrivain était assis à une table non loin de la sienne. À un moment, l'écrivain est venu vers lui. Après s'être présentés mutuellement, l'écrivain, qui connaissait le roman de Monsieur Décrire, lui a dit : « *C'est toi qui a écrit ça ? C'est merveilleux ce que tu as mis sur papier, car oser dévoiler sa vie comme ça, c'est se mettre à nu devant les autres. C'est fantastique. Toi tu iras loin.* » Et Monsieur Décrire de conclure : « *C'est comme si j'avais rencontré un roi.* »

Monsieur Décrire n'avait jamais parlé de cette rencontre à personne, mais le fait de l'évoquer durant les entretiens semble lui avoir permis d'avancer vers la consolidation d'une « suppléance » qui avait commencé à se mettre en place lors de l'écriture du premier livre. En effet, non seulement Monsieur Décrire nous apporta son livre, mais il se lança dans l'écriture ►

- d'un second ouvrage. Il commença à prendre des notes et à considérer très positivement son hospitalisation. « *J'aime bien rester seul et observer, explique-t-il. Même me retrouver ici est un grand enseignement. Car vous voyez diverses personnes qui vivent des choses différentes.* » Il se remettra donc à écrire et évoquera son « rêve » de devenir « *écrivain professionnel* ». Il expliquera qu'il se considère comme « *un écrivain maudit* », se comparant à Salman Rushdie.

C'est donc dans le transfert que Monsieur Décrire a pu réinvestir l'écriture (qui semble occuper pour lui une fonction de « dépôt » de la jouissance⁵) et restaurer cet Idéal du moi incarné par le « grand écrivain » qui l'avait encouragé à poursuivre. La façon dont Monsieur Décrire se perçoit comme écrivain semble montrer que le trait de rejet et de persécution, qui marque son rapport à l'Autre et sa place dans le monde, peut être réhabilité imaginairement dans une identification qui le valorise. Cette identification, qui est pour lui plus acceptable que le statut d'épileptique et de handicapé, lui permettra même de formuler une interprétation de sa place d'exclu dans la société – « *En vérité, je suis assez sociable, bien que je me traite de sauvage, mais enfin, disons que je suis un sauvage, car je me traite comme ça, car j'ai des idées spéciales.* ». Par ailleurs, l'acte même d'écriture semble avoir des effets thérapeutiques importants, à la fois sur son état général (l'équipe soignante a notamment relevé qu'il semblait aller bien mieux et qu'il était de moins en moins isolé) et sur les crises, dont la fréquence diminua très nettement par rapport à la période qui avait précédé l'hospitalisation.

Le savoir dont il est question concerne la structure dans laquelle s'inscrit le sujet : ce dans quoi il se trouve pris malgré lui – le sujet lui-même (mais encore moins le clinicien) ne sachant pas « ce dans quoi il est pris ». Il s'agit d'un savoir en attente, un savoir « en mouvement », dont la production, dans le transfert, nécessite la mise entre parenthèse des savoirs déjà là (comme les savoirs pys sur les populations cliniques, mais tout autant le savoir psychanalytique lorsqu'il est mis en position de « grille de lecture » *a priori* ou de « recette ») au profit d'une attention particulière à la contingence et aux effets de rencontre. Comme le montre le cas de Monsieur Décrire (Observation 3), la clinique se construit, en effet, dans un mouvement d'après-coup qui s'origine d'une adresse à l'autre (investi par Monsieur Décrire comme une sorte de témoin de ce qui lui arrive).

5. Je fais référence ici au travail de Maleval à propos de la « Fonction de l'écrit pour le psychotique » (1994). L'auteur rappelle que l'écriture, comme d'autres modes d'expression artistique, peut « *contribuer au soutien de la pensée du psychotique* » (p.38). Plus précisément, l'écriture permet, à certains sujets psychotiques, une localisation de la jouissance à travers la « production » d'un objet séparé du corps (p.39).

Cette dynamique de construction de la clinique a des conséquences importantes sur l'accueil du sujet. Cet accueil ne peut se révéler effectif qu'à le penser dans une perspective différentielle : il s'agit de prendre en compte les différentes modalités de traitement de l'Autre et de la jouissance, telles qu'elles se déclinent, au cas par cas, dans des positions subjectives qui mettent en jeu la dynamique de l'inconscient ou qui la court-circuitent de diverses manières.

Pour certains sujets (comme cela semble le cas de Monsieur Décrire), les modalités de rapport à l'Autre et à la jouissance ne sont pas réglées par le cadre du fantasme tel qu'il fonctionne dans la névrose. L'institution se révèle alors un lieu d'accueil possible pour les solutions du sujet. Et c'est, parfois, à l'occasion d'une hospitalisation « pour une maladie », que peut se mettre en place un accompagnement dont la visée n'est autre que de soutenir le sujet – ou tout au moins de ne pas y faire obstacle – dans l'invention et la production d'un savoir, d'un objet ou d'une identification qui se présenteront comme l'appui d'un rapport à l'Autre et à la jouissance pacifiant, ou qui permettront même, dans certains cas, un nouage singulier entre les registres du réel, du symbolique et de l'imaginaire, venant suppléer à la carence du nouage assuré par la fonction paternelle.

Dans cette perspective, toute la richesse des pratiques en institution procède de l'irréductible lien entre clinique et recherche : la mise en série des cas contribue, en effet, à l'élaboration d'un savoir sur la diversité des inventions, trouvailles et formes de stabilisation qu'il est possible de soutenir ou de permettre (aussi bien dans la clinique des psychoses que dans celle des névroses). Ce savoir se révèle précieux, tant sur le plan clinique que scientifique et politique, dans un contexte où la standardisation croissante des pratiques diagnostiques et thérapeutiques, laisse de moins en moins de place à l'écoute de la trajectoire et des inventions singulières du sujet.

Bibliographie

- Boldy-Moulinier, M. (1997), *Épilepsies en questions*, Paris, John Libbey Eurotext.
- Fouchet, Ph. (2008). *La clinique de l'épilepsie. Réintroduire le sujet dans le champ médical*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- Fouchet, Ph. (2009). « Pour une prévention précoce et universelle du trouble des conduites ». *Mental* n° 22, p. 254–260.
- Maleval, J.-C. (1994). « Fonction de l'écrit pour le psychotique ». *Abords*, n° 1, p. 37–51.
- Zenoni, A. (2009). « *L'autre pratique clinique, Psychanalyse et institution thérapeutique.* », Toulouse, Éditions Érès.

CHAPITRE 8

**En médecine interne :
reconnaître une place au sujet**A. Abelhauser, A. Lévy

L'évolution actuelle de la médecine repose en bonne part sur des modèles et des références scientifiques, eux-mêmes volontiers considérés comme soutenant et relayant des idéaux de compréhension, d'efficacité, de rigueur et de progrès. Depuis environ deux siècles, la médecine occidentale se veut de plus en plus scientifique, en tentant de se fonder sur des données expérimentales, objectives, logiquement établies et démontrées. Cela n'a pourtant pas pour seule conséquence, loin s'en faut, une meilleure efficacité, au sens d'une meilleure prise sur le réel. Les incidences en sont d'une part un découpage usuel du corps humain en organes ou groupes d'organes, d'autre part une tendance à la « spécialisation » de plus en plus « pointue », le plus souvent rapportée à cette partition du corps en organes, une très nette diminution, également, de la prise en compte du « phénomène subjectif¹ » et, enfin, une régression, de plus en plus notable dans les pratiques, de l'attention portée à la dimension clinique, c'est-à-dire à « l'observation du patient à son chevet », soit au respect de sa singularité irréductible. En d'autres termes, l'évolution de la médecine amène de plus en plus à traiter la maladie (et la souffrance de l'organe), plutôt que le malade (et la détresse du corps), conduit, à rebours du fameux adage, à vouloir guérir plutôt que soigner (et soulager), et aboutit, souvent, à laisser de côté ce sur quoi la science n'a guère prise directe : la douleur, la mort, le cas de conscience, « l'humain ».

1. Autrement dit, une forme de « forclusion du sujet », laquelle est bien repérée comme accompagnant d'ordinaire l'avancée même de la science.

Bien sûr, il serait faux de croire que la médecine n'a pas conscience des inconvénients d'une telle évolution, et qu'elle ne tente pas d'y remédier. Tout au contraire. La seule chose est que le remède qu'elle convoque participe généralement du processus même qu'elle cherche à contrer, et qu'il finit fréquemment par le reconduire au lieu de l'éliminer. Pour s'opposer à cette démission que constituerait le fait de négliger douleur, mort, cas de conscience, dimension de « l'humain », que fait volontiers la médecine ? Elle met en place des structures *ad hoc*, des « spécialistes » de ce qu'elle laisse pour compte, spécialistes qu'elle mandate pour traiter ce qu'elle a fini par forclorre. Elle institue des unités de traitement de la douleur, des unités de soins palliatifs, des comités d'éthique de toutes sortes, et s'adjoint le concours de psychologues. Ce faisant, elle se défausse d'autant plus de ce qu'elle avait pour projet de reprendre en compte ; loin de lui permettre de réintégrer en son champ ce qu'elle en avait exclu, ce dispositif conduit souvent à marginaliser encore davantage ces dimensions déjà délaissées. *A contrario*, il indique assez aux psychologues dont elle s'adjoint le concours la place qu'il s'agit pour eux d'occuper : non pas celle de caution de ce processus, d'instrument facilitant cette forme de démission, voire de tenant lieu du supplément d'âme requis en ce genre de circonstances, mais d'agents permettant à la fois au discours du sujet de se faire entendre, et à la médecine de retrouver en elle-même les capacités de le reconnaître.

Ce constat, aussi inquiétant ou stimulant soit-il, ne s'applique cependant pas de façon identique dans tous les secteurs de la médecine. À l'hôpital, les services sont plus ou moins techniques, plus ou moins centrés sur l'organique, plus ou moins prêts à prendre en compte ce qui échappe à la science : le sujet, sa parole, sa singularité, sa détresse foncière. Disons-le clairement : ce sont bien souvent les services, les spécialités, les plus fréquemment confrontés aux limites des gestes techniques et simultanément préparés à penser l'organique en terme de système qui sont les plus à même de donner à la dimension subjective toute sa place, et les plus susceptibles d'accueillir l'intervention de ceux qui font profession de leur écoute. Ces services, habitués, par exemple, à se confronter à la mort de certains de leurs patients autant qu'habitués à traiter des *maladies de système*, ainsi qu'entraînés à *penser* ces confrontations, sont entre autres les services de cancérologie, d'hématologie, de médecine interne. Y travailler est certainement, pour un psychologue, une épreuve, une gageure, mais c'est aussi une véritable aventure, la chance d'y rencontrer une clinique exceptionnelle, en prise directe avec ce que la subjectivité peut dévoiler d'essentiel – une *clinique du réel*, comme on a pu le formuler (Raimbault, 1982).

Il nous est proposé, ici, de témoigner de notre pratique, d'en rendre compte dans ce qu'elle a, précisément, de singulier. Nous faisons le choix d'en accentuer quelques traits, relevés en fonction de leur valeur

paradigmatique : comment avons-nous été conduits à cette pratique ? Comment s'est-elle construite, qu'y avons-nous inventé, qu'y appliquons-nous ? Qu'en est-il de « l'interdisciplinarité » prônée sans cesse actuellement – comment nous articulons-nous avec ceux qu'on appelle les « soignants », comment avons-nous appris à travailler avec eux et comment ont-ils appris, en retour, à travailler avec nous ? Et avec quelles visées, quels enjeux, quelles contraintes, quels succès, quels obstacles ? Par ailleurs, pour éviter le caractère un peu rebutant d'un tel inventaire, nous faisons également le choix d'introduire chacune de ces thématiques par une « vignette clinique » – comme on dit –, retenue, elle, non seulement pour son caractère illustratif, mais aussi et surtout en tant qu'elle contribue à remettre à la question les fragments de théorie qu'elle convoque. Enfin, nous prenons encore le parti d'ordonner ces témoignages, et les considérations qui s'y rattachent, suivant une progression qui n'est autre que celle du « temps logique ».

1. Rencontres croisées : l'instant de voir

Il y a 25ans, rares étaient les psychologues à travailler dans les services de médecine adulte², encore plus l'étaient les psychanalystes, et *a fortiori* il n'existait aucun analyste intervenant dans un laboratoire d'hématologie. Celui de l'hôpital Antoine-Béclère fut conduit à accueillir une petite fille italienne, amenée en France par ses parents, en crise de confiance vis-à-vis de la médecine de leur pays, pour y traiter la leucémie dont elle était atteinte. L'enfant et ses parents ne parlaient pas un mot de français ; l'équipe médicale pas un mot d'italien. Un interprète facilement joignable semblait de rigueur. La seule personne parlant couramment italien dans un périmètre proche était une psychanalyste attachée au service de néonatalogie voisin. Elle voulut bien accepter cette tâche. Pendant les quelques mois qui suivirent, et qui furent difficiles – la petite fille connut entre autres une très longue phase d'aplasie, émaillée de toutes les complications habituelles –, l'analyste s'acquitta consciencieusement de son rôle. Elle traduisit aux parents et à l'enfant ce que disaient les médecins et les infirmières, et relayait à ces derniers le discours de leurs patients. Puis les complications augmentèrent et la petite fille mourut. Sur le plan médical, les rebondissements qu'avaient connus tant la maladie que ses traitements justifiaient qu'on y consacre un temps conséquent de mise à plat et de réflexion. Le chef de service proposa qu'un staff entier soit dédié à élaborer ce qui s'était

2. Dans les années 1970–1980, les quelques psychologues attachés à l'Assistance Publique étaient pour leur très grande majorité cantonnés dans les services de psychiatrie, pédiatrie, ou gérontologie. En clair, il fallait être enfant, vieux ou fou pour imaginer faire appel à eux. Un adulte, malade mais censé être sain d'esprit, était en quelque sorte réputé n'en avoir aucunement besoin.

passé là. Outre l'intérêt scientifique de la chose, cela permettrait à l'équipe de faire plus facilement son deuil de l'enfant, auquel elle s'était beaucoup attachée au cours de ces quelques mois de lutte commune contre la maladie. On invita aussi l'interprète, qui vint en amenant avec elle toute une collection de dessins accomplis par la petite fille pendant son hospitalisation.

Le staff eut lieu, et fut l'occasion de plusieurs prises de conscience. L'analyste écouta ce que disait l'équipe, intervint un peu, montra les dessins, parla des problèmes de traduction qu'elle avait rencontrés, et saisit qu'elle n'avait pu se cantonner, bien sûr, à son rôle d'interprète. Elle avait accompli, sans le vouloir et, d'une certaine façon, sans le savoir, un véritable travail d'accompagnement thérapeutique. Sous couvert de traduire les propos de la petite fille, elle lui avait permis de parler, de dire ses craintes et ses espoirs, de mettre en mots ce qui lui arrivait, d'élaborer ses angoisses et ses défaillances, et de se retrouver un peu dans cette histoire qui la dépossédait pourtant tellement d'elle-même. L'équipe médicale, quant à elle, réalisa qu'elle avait travaillé avec cette jeune patiente d'une façon dont elle n'avait jamais encore fait l'expérience auparavant. Il lui était difficile de dire précisément en quoi c'était différent, mais il était clair qu'une raison autre que celle des protocoles s'était fait jour, et que les repères habituels de chacun en avaient été bouleversés. Devant ce double constat, cette double révélation, le chef de service opta pour une très simple conclusion : il fallait un analyste dans le laboratoire – quelqu'un qui permette que ce que les patients avaient à dire ait un lieu pour se dire, pour être entendu et, également, pour avoir quelque effet.

C'est ce qui prépara et amena mon engagement.

Alain ABELHAUSER

L'arrivée des premiers patients atteints par le sida dans les hôpitaux, et entre autres dans les services de médecine interne, y modifia de nombreuses pratiques, changea en partie le rapport des soignants aux malades, et fit ressentir de façon plus aiguë le besoin de psychologues. La nécessité d'annoncer aux patients leur diagnostic – c'est-à-dire qu'ils étaient atteints d'une maladie qui, dans les années 1980, était mortelle et pour laquelle n'existait aucun traitement – était une contrainte nouvelle pour la plupart des médecins. Cette contrainte, pour avoir des raisons avant tout d'ordre sanitaire – il s'agissait de ralentir ainsi la progression de l'épidémie –, n'en était pas moins un exercice auquel les médecins, dans leur grande majorité, s'estimaient n'être absolument pas préparés. Lors des séances de formation continue organisées à l'époque, les médecins de ville ne posaient d'ailleurs aux psychologues qui y intervenaient qu'une seule question : comment donc annoncer la séropositivité VIH ?

Ainsi, non seulement les psychologues étaient censés pouvoir aider les patients à assumer les conséquences terribles de cette annonce, une fois celle-ci faite, mais ils étaient aussi supposés détenir un savoir sur la manière d'y procéder, sur la « bonne » façon d'amener quelqu'un à se confronter à la représentation de sa mort prochaine.

Parmi les patients atteints du sida, ce sont certainement les toxicomanes qui bouleversèrent le plus la bonne marche des services et amenèrent les plus grandes modifications des pratiques. Lorsqu'on les admettait à l'hôpital général, ils étaient le plus souvent en manque, recevaient leurs dealers, ne dormaient pas de la nuit, allaient « visiter » les autres chambres et provoquaient volontiers le personnel. Les contraintes horaires, les éventuelles nécessités d'isolement, le fonctionnement habituel de l'hôpital leur apparaissaient comme proprement insupportables, d'autant que les traitements substitutifs étaient rares, ou balbutiants. Les infirmiers avaient beaucoup de mal à trouver leurs veines et les patients se faisaient un malin plaisir de leur indiquer eux-mêmes comment repérer la dernière encore utilisable, jusque sous la langue parfois. Aussi, les psychologues furent-ils sollicités, non seulement pour élaborer avec les médecins des contrats d'hospitalisation et des protocoles de sevrage, mais aussi et surtout pour « expliquer » aux soignants qui étaient ces patients qui dérangeaient leurs repères, qui continuaient à jouer avec la pulsion de mort dans les lieux mêmes où l'on faisait tout pour l'éradiquer, et qui entraînaient de surcroît le personnel sur ces rives suspectes, ne serait-ce que par les risques de contamination qu'ils lui faisaient courir. Qu'un sujet puisse demander à être soigné tout en continuant à se détruire lui-même n'était pas quelque chose de facilement acceptable à l'hôpital, et finalement cette mise en demeure de prendre en compte un tel paradoxe conduisit les équipes médicales à reconnaître alors aux psychologues cliniciens une place dans les lieux de soins, et à leur demander de l'occuper.

Agnès LÉVY

Comment les psychologues, les psychanalystes, les psychologues cliniciens orientés par la psychanalyse en sont-ils venus à trouver à l'hôpital général un lieu de pratique ? Nous pourrions aussi bien formuler : comment l'hôpital en est-il venu à accueillir la peste (Abelhauser, 2004) ? Par des hasards, parfois, des contingences, des formes de rencontre qui dévoilèrent, au fil du temps et le plus souvent dans l'après-coup, des nécessités, sommes-nous enclins à répondre. Il s'agissait de faire reconnaître à la subjectivité une place, là même où elle n'était pourtant pas attendue, mais là même aussi où elle s'efforçait sans cesse de réapparaître, à quelque prix que ce fût, y compris celui, nous venons de l'évoquer, du sacrifice du sujet lui-même.

2. Rencontres croisées : le temps pour comprendre

Un patient est assommé, proprement sidéré par ce qu'on vient de lui apprendre : il est atteint d'un cancer, d'une leucémie, d'une maladie auto-immune grave. Il n'en a plus que pour quelques mois, lui laisse-t-on entendre. Ou alors la situation est préoccupante, lui explique-t-on, mais il y a des solutions, des espoirs, on se battra, lui assure-t-on ; et de citer des chiffres, des statistiques, quelque chose à quoi se raccrocher. Ou, encore, rien n'est de trop mauvais pronostic, lui confie-t-on, mais, évidemment, rien ne sera plus non plus comme avant : il va devoir être traité à vie, il va dorénavant devoir vivre avec cela – et peut-être aussi avec la menace que la maladie évolue, s'accroît, touche d'autres organes et d'autres fonctions. On a été attentif, prudent, l'annonce a été faite avec ménagement, compassion ; pourtant, le patient réagit mal. Il est mutique, semble effondré, alors que l'important, n'est-ce pas, c'est qu'il garde le moral, envers et contre tout. Mais justement, il n'y paraît pas disposé. Que faire ? La réponse semble caricaturale, pourtant elle n'est que trop banale : demandons au psychologue du service de « passer le voir ».

Le psychologue « y va », bien sûr. Il va se présenter, dire qu'il existe, que le patient peut faire appel à lui s'il veut parler, trouver dans les mots un début d'issue psychique à ce qui vient de faire irruption dans sa vie : la menace, diffuse mais désormais omniprésente, la perspective de la mort et l'imaginaire qu'elle déploie, l'exigence de réaménagements de tous ses repères. Le psychologue va « offrir ses services », en soulignant éventuellement leur utilité : faire réponse au « trauma » dont relève le sujet. Tel est bien, en effet, son très exact rôle : faire offre de son écoute. Et cela opère, d'ailleurs : le sujet se saisit la plupart du temps de la proposition, même si c'est parfois pour la détourner ou l'assigner à d'autres fonctions – peu importe. Mais cela ne règle pas pour autant la question de départ, *la* question essentielle : à quelle demande le psychologue vient-il répondre par son offre, ou, plus exactement, quelle demande vient-il tenter de précipiter en émettant son offre, et comment sera-t-il, dès lors, armé pour la traiter ?

Lorsque je fus associé, au tout début des années 1990, au travail d'une unité de traitement des hémophiles, presque une dizaine d'années après avoir commencé à intervenir dans un laboratoire d'hématologie, le sida y avait fait le plein de victimes. Pratiquement 90 % des patients adolescents ou adultes étaient contaminés. Les médecins qui continuaient à les traiter étaient aussi ceux qui leur avaient prescrit les produits infectés. Inutile de préciser que la densité des phénomènes de culpabilité y était clairement perceptible, d'autant que certains hémophiles, mariés ou ayant des relations affectives stables, avaient contaminé à leur tour leurs compagnes. Mais celles qui ne l'avaient pas été

n'en menaient pas pour autant une vie parfaitement idyllique : partager celle d'un mourrant, ou d'un homme en sursis, habité par le sentiment d'avoir subi une profonde injustice n'a en général rien d'une sinécure.

Je fus amené à recevoir une de ces épouses, adressée par le médecin responsable de l'unité. Puis une deuxième. Puis une troisième. Elles me parlaient de la même chose. Elles ne supportaient plus la vie qu'elles menaient, mais n'avaient guère le choix. Comment quitter un homme pareillement condamné, un homme à qui la vie, précisément, avait déjà tout pris ? Il aurait fallu être inhumaine. Et pourtant... Le médecin qui me les adressait venait m'en parler assez souvent. Il s'enquerrait de leur moral, de leurs projets ; allaient-elles tenir le coup ? Au début, je tentais un peu d'éluder, par réflexe professionnel. Ces discours dont j'étais le récepteur, je n'allais pas les trahir en les répétant, n'est-ce pas, même à celui qui s'en informait avec la meilleure des intentions. Puis, je finis par comprendre. Ces patientes ne venaient pas à moi par hasard. Le médecin, qui se vivait comme ayant contaminé et condamné leurs maris, n'avait plus qu'une crainte : que de surcroît leurs épouses les quittent. Ça aurait été proprement insupportable – pour lui, en tout cas. Mais il pensait avoir trouvé une solution : le psychologue ! Un psychologue qui pouvait, par ses conseils avisés et patients, convaincre ces femmes en détresse de ne pas bouger, de ne pas accroître encore la souffrance de leurs hommes – et sa culpabilité à lui.

Je tentais de lui expliquer que cela ne marchait pas de cette façon, que mon rôle n'était hélas pas de « faire le bien », mais plutôt de permettre à chacun de ceux qui venaient me parler de prendre, autant que faire se peut, leurs décisions et leurs responsabilités. Je n'eus pas un très grand succès, inutile de le préciser. Mais auprès des épouses des hémophiles, un peu plus : certaines les quittèrent et partirent, parce qu'il devint clair pour elles qu'elles se le devaient ; d'autres restèrent, parce qu'il devint clair pour elles que la question n'était pas de partir ou non, ou parce qu'elles comprirent qu'elles se le devaient également.

Alain ABELHAUSER

Lorsque des traitements du VIH commencèrent à être proposés et que nombre de patients purent être mis « en sursis », les médecins retrouvèrent tant leur pouvoir de prescription que leurs habitudes et leur « panoplie » usuelles. Il arriva alors cette chose très simple : on entendit les patients se plaindre de ce que le « bon temps » du dialogue avec les médecins leur semblait désormais révolu. Ces derniers avaient à nouveau endossé leur cuirasse de techniciens et, forts de leurs nouvelles compétences, paraissaient avoir cessé de les écouter. Simultanément, de nouvelles demandes étaient adressées aux psychologues. Non plus seulement d'accompagner les patients dans leur cheminement psychique

mais, par exemple, de les décider à accepter de participer à des essais thérapeutiques, d'user de leur influence pour les convaincre que là était leur bien, un peu comme il leur avait déjà été demandé, par le passé, de convaincre des femmes enceintes, séropositives, d'avorter, parce que l'on ne savait pas si la grossesse aggravait la maladie et que l'on pensait qu'elles avaient de toute façon un risque sur deux d'avoir un enfant contaminé, destiné à mourir dans les 2 ans.

Les psychologues avaient-ils à souscrire à pareille attente ? Avaient-ils à se faire les agents de l'ordre médical ? De manière presque symétrique, on commença dans les services à invoquer la « pluridisciplinarité » et à organiser, par exemple, des staffs réunissant toutes les catégories de personnel médical et paramédical, en y incluant les psychologues. Apprendre à travailler ensemble, à partager ses compétences avec d'autres professionnels, à trouver un langage commun pour une efficacité accrue au service des patients n'est-il pas une visée plus qu'honorable, et nécessaire au bon fonctionnement des services ? Les psychologues, en tout cas, ne peuvent qu'en passer par là s'ils veulent faire avec les autres intervenants le lien indispensable à leur propre insertion, à leur propre reconnaissance et à leur propre crédibilité. Mais à quel prix ? Et jusqu'où ? Là apparaissent certainement les limites de la « collaboration » attendue. Si la raison d'être du psychologue clinicien est de donner à la parole des patients un lieu où prendre consistance, alors il vient fréquemment un moment, dans le cadre de son exercice, où il lui faut faire choix de ce qu'il privilégie – à quel discours doit-il avant tout donner la priorité ? Car il est fatal que le discours médical, souvent technique et pragmatique, vienne sur certains points s'opposer à celui des sujets en souffrance, paradoxal et revendicatif. Tout l'art du psychologue est alors d'être suffisamment reconnu lui-même par l'un pour disposer des moyens de donner à l'autre l'espace qu'il requiert, puis, à partir de là, pour lui procurer à son tour la reconnaissance qu'il réclame. Un traitement du *malade*, et non simplement de la *maladie*, en est bien l'enjeu.

Agnès LÉVY

L'offre du psychologue clinicien, tout comme celle du psychanalyste d'ailleurs, est destinée à ce qu'advienne une demande, qui puisse ensuite s'élaborer et à partir de laquelle le sujet puisse reconstruire son histoire, et tout aussi bien s'y perdre que s'y retrouver. Cette demande n'est jamais simple, et se révèle le plus souvent « médiatisée ». À l'hôpital, les choses ne sont pas forcément plus compliquées. Il s'agit d'en passer fréquemment par une demande qui n'est pas celle du sujet, et qui ne concerne pas le sujet, pour permettre ensuite à ce dernier d'élaborer la sienne propre – qu'elle soit en réaction à la première, ou non, peu

importe. C'est finalement ainsi, et tout simplement, que se réconcilie, et retrouve un espace commun, ce que nous venons de présenter comme des discours antagonistes : le discours médical et celui des sujets en souffrance.

3. Rencontres croisées : le moment de conclure

Une pratique n'est pas tout. Encore faut-il qu'elle sache se renouveler, qu'elle sache s'inscrire dans le temps – durer. Un peu comme la clinique, d'ailleurs. Tout dépend de « l'usage » qu'on fait de cette dernière. A-t-elle vocation à être simplement illustrative, ou la veut-on même, de surcroît, démonstrative ? La référence à la psychanalyse incite, là encore, le psychologue clinicien à s'orienter différemment et à considérer la clinique, sa clinique, comme étant avant tout une manière de remettre à la question, à l'épreuve, la théorie sur laquelle il s'appuie. Pas de pratique sans éthique, donc, mais pas de clinique non plus sans éthique, au sens de l'exigence d'un constant renouveau. Cela conduit à poser, bien sûr, tant la question générale de la recherche en psychologie clinique, que celle de l'engagement que le psychologue clinicien, à partir de sa pratique, peut y souscrire, et enfin celle de la place que cette recherche peut et doit prendre dans ses activités au sein des services hospitaliers.

Le temps a suffisamment passé, désormais. Je peux me permettre de raconter cette histoire. D'ailleurs je n'aurai peut-être plus guère d'occasion de le faire. Il y a longtemps, en un royaume lointain, existait un grand hôpital, et un grand service, où l'on traitait de jeunes enfants atteints de leucémie. Il était parfois nécessaire, pour cela, de les greffer, c'est-à-dire de leur injecter de la moelle osseuse saine, et compatible avec leur groupe HLA (*Human Leukocyte Antigen*). Cela supposait soit de trouver des donneurs de moelle apparentés, soit des donneurs ayant un groupe correspondant, ce qui était loin d'être facile tant du fait de la relative rareté de certains groupes que du faible nombre de donneurs volontaires. De surcroît, le fichier qui regroupait ces derniers était géré avec des moyens, disons, rudimentaires, même pour cette époque reculée. Aussi, la liste des enfants en attente de greffe s'allongeait-elle de plus en plus.

Il arriva que le service qui menait ces traitements, et qui effectuait par ailleurs toutes sortes de recherches, recrutât deux jeunes psychologues sur des contrats d'études et leur demandât de pratiquer auprès des enfants malades toutes sortes de tests psychologiques. Les deux jeunes femmes n'avaient rien à y redire : la pratique des tests n'était pas leur tasse de thé, certes, mais elles avaient besoin de vivre, leur statut professionnel était précaire et elles avaient été embauchées pour cela. Elles se mirent donc au travail. Assez vite, elles se rendirent compte, d'une part, que les situations de test étaient la plupart du temps l'occasion

pour les enfants de parler, de se raconter, de dire comment ils vivaient la maladie et tentaient de s'en défendre, et, d'autre part, qu'on leur demandait avant tout de pratiquer des tests d'intelligence – lesquels correspondaient au type de tests pour lesquels elles avaient le moins d'inclinaison et de considération. Aussi, au fil des jours, passèrent-elles de moins en moins de temps à tester les enfants, et de plus en plus à jouer avec eux, à leur parler, à les écouter. Puis, comme dans tous les contes qui se respectent, un horrible secret leur fut dévoilé : ces tests d'intelligence n'avaient pas seulement pour fonction d'être intégrés aux bilans généraux qu'on établissait ; ils participaient également à l'établissement de la liste d'attente des greffes ! En clair, les médecins, en ces temps reculés, ne pouvaient greffer tous les enfants dont l'état l'exigeait, et ne disposaient pas toujours de critères véritables pour déterminer les priorités existantes. Aussi certains s'étaient-ils dit, benoîtement, que l'intelligence des enfants pouvait en être un ; il « n'y avait qu'à » commencer par greffer les « plus doués ».

Les jeunes psychologues eurent le sentiment d'avoir pénétré dans la chambre aux secrets, la chambre interdite. Elles ne savaient quoi faire. Puis elles trouvèrent une solution, pas très élégante, certes, mais qui leur parut provisoirement adaptée à la situation. Elles continuèrent à se consacrer aux enfants, systématisant les entretiens et les accompagnements auprès d'eux, et, parallèlement, se réunirent toutes les deux à intervalles réguliers pour remplir directement les cahiers de tests – de manière fallacieuse, donc. Et comme il ne leur semblait pas y avoir de raison de privilégier tel enfant plutôt que tel autre, elles leur conférèrent à tous, très équitablement, des QI supérieurs à 135 !

Tout n'allait pas pour le mieux, désormais, dans ce lointain royaume, mais au moins les psychologues n'avaient pas le sentiment d'être ceux qui décidaient qui avait quelque chance de vivre, et qui en avait décidément moins. Jusqu'au jour où quelques seigneuries du service, prenant en compte les derniers résultats des tests, se dirent qu'il y avait là quelque chose d'étrange. Elles demandèrent à rencontrer les jeunes psychologues, qui s'en sentirent assez mal, craignant que leur supercherie ne vienne à être dévoilée. Mais ce fut tout le contraire qui se passa. Les seigneuries examinèrent tous les cahiers de test, discutèrent longuement avec les psychologues de leurs conditions de passation – les jeunes femmes tinrent bon et arrivèrent à maintenir jusqu'au bout leur fiction –, sollicitèrent même leur avis général sur la question, puis se retirèrent.

Quelque temps après fut publié un très bel article, qui fit date, et dont les conclusions ne laissaient planer aucune équivoque : il établissait, preuves à l'appui, que les enfants atteints de maladies létales mûrissaient plus vite et devenaient donc, peut-être du fait de cette proximité de la mort, plus intelligents que les autres.

Cet article est à l'origine d'un mythe toujours vivace actuellement.

Alain ABELHAUSER

Si je m'interroge sur ce qui constitue le plus quotidien et le plus caractéristique de ma pratique dans un service de médecine interne et d'immunologie, avec ce qu'elle comporte pourtant d'hétérogénéité et de diversité – surtout si elle trouve, comme c'est mon cas, un prolongement dans un Centre de dépistage anonyme et gratuit –, me viennent à l'esprit ces deux situations qui, de fait, prennent donc valeur paradigmatique.

« *Je sais* », me disait ce patient, « *je sais que je vais bientôt mourir. Le docteur n'a pas voulu me le dire trop ouvertement. Il m'a donné des tas de chiffres, m'a raconté des tas de choses que, de toute façon, je n'écoutais plus, il a essayé de me laisser de l'espoir, mais moi, maintenant, je le sais bien : je suis fichu, je n'en ai plus pour longtemps.* » Que pouvais-je lui répondre ? Sur quelles vaines assurances pouvais-je m'appuyer pour l'inciter à s'accrocher à une vie qui prenait congé de lui, lui semblait-il, sans crier gare et sans autre forme de procès ? D'ailleurs, avais-je quelque chose à répondre ? Mon rôle de psychologue clinicienne n'était-il pas, d'abord, de l'entendre dresser ce constat, ne serait-ce que parce que personne d'autre n'acceptait de le faire, et que l'entendre là où c'était le moins acceptable était bien le premier pas – indispensable – dans un accompagnement destiné tout simplement à ce qu'il se sente un peu moins seul dans son épreuve ?

Les mois, les années passèrent et ce patient ne vit pas venir la fin qu'il attendait. Il s'en étonna, ne voulut pas y croire, puis l'admit, au prix d'un profond malaise : durant tout ce temps, qu'avait-il fait ? Rien – il avait attendu, et « rien » n'était venu. Il s'était installé dans l'attente, avait tué son désir pour mieux se préparer à la mort, et y avait perdu tout ce temps – y avait perdu sa vie. Tout cela parce qu'il « savait », parce qu'il croyait savoir, et avait organisé sa vie sur cette croyance, sur cette conviction. Son prétendu savoir l'avait aliéné et conduit à une forme de mort psychique tout aussi redoutable que la mort réelle. Pouvais-je l'aider, dès lors qu'il faisait ce terrible constat ? À rattraper ces années perdues, certes non. Mais à se déprendre de ce savoir et de ce qu'il avait de mortifère, peut-être, oui.

« *Je sais* », me disait cet autre patient, jeune homme atteint d'une maladie génétique, « *je sais pourquoi je n'arrive pas à avoir de relations satisfaisantes, pourquoi je me sens inadapté, différent des autres, pourquoi je ne peux avoir confiance en eux, et encore moins en moi. C'est ma maladie, elle m'isole, les autres ne peuvent comprendre ce que je vis, on n'est pas dans le même monde, eux et moi.* »

Ce patient aussi savait. Ce que sa maladie avait de singulier était qu'elle constituait pour lui l'explication à tout, l'explication universelle et infaillible. Ses problèmes, pour le dire très simplement, étaient ceux

de tout un chacun. Mais à la différence de la plupart des gens, il pensait savoir très précisément à quoi ceux-ci étaient dus : à « sa » maladie, qui faisait pour lui réponse à tout. Là aussi, ce dont il s'agissait était pour ce patient de pouvoir se déprendre d'un savoir, d'un déterminisme supposé qui venait boucher toute interrogation, toute expectative, et retirait à sa vie ce dont celle-ci a le plus souvent besoin : l'inattendu, en tant qu'il témoigne que rien n'est totalement arrêté.

Le savoir est une chose magnifique, mais aussi une terrible chose. Le psychologue clinicien doit, en premier lieu, « savoir » se garder de ses risques et de ses impasses, dès lors qu'il les repère à l'œuvre chez lui, dans ce qui guide sa pratique. Mais il a aussi à « savoir » s'en défier lorsqu'il en perçoit le fonctionnement chez ses patients, et qu'il comprend alors quelle menace psychique cela constitue pour eux.

Agnès LÉVY

Le psychologue clinicien, le psychanalyste ne reculant pas devant l'intervention en institution peuvent-ils se contenter d'être « purs » praticiens ? Il est rare, dans les CHU, qu'on ne les sollicite pas à venir à d'autres places, par exemple celles de la recherche et de l'enseignement – celles d'un « supposé savoir » ou d'une « supposée acquisition de savoir ». Cela ne nous paraît en rien contradictoire avec leur position de cliniciens, tout au contraire, dès lors que celle-ci est orientée par la reconnaissance d'une « nescience » radicale : que cette recherche voire cet enseignement associé soient pour eux l'occasion de se laisser surprendre et enseigner par leur clinique, et celle-ci aura trouvé là la meilleure des garanties pour rester vive, perdurer, et avoir, en outre, quelques chances de se transmettre.

Remerciements

Que ces quelques pages soient, enfin (!), l'occasion d'exprimer à Chantal François notre gratitude, notre amitié et notre admiration pour le travail qu'elle a accompli, que nous évoquons au début de ce texte.

Bibliographie

- Abelhauser A. (2004), « La Peste à l'hôpital », in Brun D., *Sixième colloque de médecine et psychanalyse*, Études Freudiennes, p. 19-24.
 Raimbault G. (1982), *Clinique du réel*, Paris, Le Seuil.

Pour en savoir plus

- Abelhauser A. (1990), « La Mort et l'inconscient », *Esquisses Psychanalytiques*, n° 13, p. 63-73.
 Abelhauser A. (1995), « Clinique de la “suture” et symptôme de la médecine », in *Psychologie Clinique, nouvelle série*, n° 1, p. 113-126.
 Abelhauser A. (1997), « Temps mort », in Peru (ed.), *L'Inconscient ignore-t-il le temps ?*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p. 139-145.

- Abelhauser A. et Cremniter D. (2000), « De la mort annoncée à l'espoir de la survie », *Annales Médico-Psychologiques*, vol. 158, n° 9, p. 712-716.
- Abelhauser A., Enregle D., Jodeau L. et Levy A. (1999), « Le Voleur de temps », *Le Journal du SIDA*, n° 114, p. 14-16.
- Abelhauser A., Levy A., Goujard C. et Weill S. (1999), « La Prise du traitement. De l'obéissance à l'appropriation », *Le Journal du SIDA*, n°116, p. 11-14.
- Brun D. (dir.) (2005), « Septième colloque de Médecine et psychanalyse », *Études Freudiennes*, hors série.
- Collectif, « Figures du destin. Psychanalyse et médecine » (1992), *Esquisses Psychanalytiques*, n° 17, p. 5-72.
- Freud S. (1915), « Zeitgemäßes über Krieg und Tod », in *Gesammelte Werke*, X, Frankfurt am Main, Fischer Verlag, 1940, p. 323-355 ; trad. fr. : « Considérations actuelles sur la guerre et la mort », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981.
- Freud S. (1915), « Vergänglichkeit », in *Gesammelte Werke*, X, Frankfurt am Main, Fischer Verlag, 1940, p.357-361 ; trad. fr. : « Éphémère destinée », in *Résultats, idées, problèmes*, t. 1, Paris, PUF, 1984.
- Freud S. (1926), « Die Frage der Laienanalyse », *Gesammelte Werke*, XIV, Frankfurt am Main, Fischer Verlag, 1940, p. 207-286 ; trad. fr. : « Psychanalyse et médecine », *Ma vie et la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1950, p.93-184.
- Levy A. et Abelhauser A. (1995), « Que dépistent les Centres de Dépistage ? », *Psychologues et Psychologies*, n° 126-127, p. 28-30.
- Raimbault E. (1976), *La Délivrance*, Paris, Mercure de France.

CHAPITRE 9

En établissements pour personnes âgées dépendantes : présence clinique dans le traitement des démences

C. Valette

« Vieillir n'est pas à la mode » (Jarrige, 2005) ; pourtant, pour le psychologue clinicien, c'est un véritable pari pour l'avenir de la civilisation que de s'engager dans le champ des pratiques liées au vieillissement de la population. Ce dernier, sans précédent dans l'histoire de l'humanité, affecte les styles de vie et les modes de jouir du sujet. Il nous confronte aux grandes questions du vivant que sont la vie, la mort, la sexualité, l'éthique. Il nous contraint sans relâche à devoir apporter des réponses inventives. Il aura fallu être confronté à la canicule meurtrière de l'été 2003 pour qu'apparaisse la ségrégation dont sont victimes les vieilles personnes dans notre société. Mais au-delà de ce constat, que peuvent proposer les psychologues pour rendre au sujet sa dignité dans une société qui exalte, toujours plus, l'objet à consommer ? Constatons avec Jean-Claude Milner que *La Politique des choses* (2005) gouverne les hommes, se substituant ainsi aux décisions humaines faillibles et insatisfaisantes se mettant en travers de la bonne marche du monde.

Notre profession nous a conduits à fréquenter des services accueillant des personnes âgées atteintes de symptômes variés et à y faire des rencontres inouïes. Ces symptômes sont déclinés en autant de troubles par le discours médical : troubles démentiels, troubles mentaux, troubles de la conduite et du comportement, troubles cognitifs. Cette population est désignée par le discours politique sous les mots clés « personnes âgées dépendantes, personnes désorientées ». Ces hommes

et ces femmes avancés en âge rencontrés au quotidien apprennent le goût de la vie jusque dans sa fin et soutiennent – pour peu qu'on y soit attentif – le désir de poursuivre avec eux. Là où nous avons l'idée que c'est la mort que nous apercevons, c'est la vie qui se dit.

1. La pratique clinique dans les structures médico-sociales du champ de la gérontologie

La pratique qu'il s'agit d'interroger dans ce chapitre se déploie dans des structures médico-sociales modernes de prise en charge des personnes âgées. En France, nous assistons depuis une vingtaine d'années à un changement radical des politiques de vieillesse ayant pour conséquence d'importantes mutations des structures d'accueil et de soins ainsi que de nouvelles pratiques professionnelles à concevoir. Ces dispositifs et services offrent une panoplie de prises en charge qui vont du maintien à domicile à l'hébergement dans des institutions sociales ou hospitalières avec des accueils de jour, des accueils temporaires comme moyen terme. Si la pratique du psychologue clinicien vient comme une des réponses aux impasses de la civilisation, nous ne devons jamais oublier qu'une pratique sociale est la mise en œuvre d'une action s'inscrivant dans le discours qui la conditionne. Pour la psychanalyse d'orientation lacanienne, le discours est une forme de lien social répondant à la question : qu'est-ce qui fait tenir les hommes ensemble ? L'expérience analytique enseigne que quelque chose qui a rapport avec le langage permet aux êtres humains de tenir ensemble. Au-delà du sens, la clinique d'orientation lacanienne fait la promotion d'une clinique du réel qui donne une perspective d'intervention dans ces structures version XXI^e siècle.

1.1. La personne âgée existe-t-elle ?

La personne âgée existe-t-elle ? Cette question ouvre une série. Qu'est-ce qu'être vieux ? Est-ce être réduit à l'objet à appareiller ? Y a-t-il un impossible à supporter particulier à la vieillesse ? Dans un passé récent, les structures étaient conçues comme des lieux de repos bien mérités pour les retraités après leur vie professionnelle harassante. Actuellement, elles sont envisagées comme des lieux d'accompagnement et de soins pour des personnes âgées isolées, malades, en impasse dans leur vie. Les institutions accueillant les vieilles personnes en souffrance sont donc diverses et variées aussi bien en ce qui concerne leurs modes de prise en charge que leurs statuts. En revanche, et cela est un point clé de la pratique clinique dans ce champ, elles ont en commun, d'une part, de recevoir sans distinction des personnes âgées dites dépendantes, et d'autre part, d'établir les prises en charge sur un double discours, celui de la médecine et celui des politiques de l'action sociale. Aujourd'hui,

la pratique médicale trouve son appui dans la technique et la technologie de pointe ; les politiques sociales le trouvent dans la gestion et la rentabilité. Cela entraîne un émiettement des réponses apportées et des solutions données sans que le problème soit posé.

La caractéristique princeps de ce champ de pratiques, d'études et de recherches qu'est la gérontologie est la nouveauté de sa création. Le terme de gérontologie apparaît pour la première fois en 1950. La massification des vieilles personnes à l'échelle mondiale, et ce de façon exacerbée dans les sociétés occidentales riches, est à l'origine de cette apparition. Dans le discours politique, l'âge d'entrée dans la vieillesse se calque sur celui de la retraite : 65 ans, puis 60 ans. L'historien Patrice Bourdelais (1993) indique que les auteurs ne se sont jamais mis d'accord sur l'âge d'entrée dans la vieillesse ; jusqu'au XVIII^e siècle, 30, 40, 45 ans ou encore 50, 60, 70 ans tout aussi bien sont proposés. Jusqu'à cette époque, la vieillesse est perçue comme un moment particulier de la vie sur laquelle la volonté de Dieu règne en maître absolu. Les vieillards sont rares, leur place est assignée au sein de l'institution familiale, voire hospitalière quand cette première fait défaut. Le vieillard, alors, rejoint la cohorte des indigents de l'hôpital général. Aujourd'hui, les vieux, de plus en plus nombreux, font peur, mauvais objets d'une société ne supportant pas la moindre dysharmonie et qui se fait le vecteur de la promotion d'une image idéalisée de la vieillesse. Le miroir de la vieillesse offre à la société une image dans laquelle elle ne veut pas se reconnaître, refoulant encore et encore le réel de la mort. D'ailleurs, le mot « vieux », perçu dans sa seule connotation négative, disparaît, comme nous le fait remarquer Françoise Labridy (2005) : « *Maintenant on ne dit plus les "vieux", on dit les "seniors", c'est plus smart.* »

La construction et la promotion du terme « personne âgée dépendante » (PAD) se font en quelques décennies. L'alliance du chiffrage statistique normalisant des démographes et de la médecine de plus en plus ignorante de la clinique va engendrer ce nouveau signifiant. Cette alliance avait déjà créé la catégorie de population des personnes âgées. Un glissement sémantique nous conduit du vocable de l'Ancien Régime vieillard à celui de vieillissement de la population, inventé par le démographe Alfred Sauvy, dans une étude parue en 1928, et au signifiant personnes âgées, spécifiant l'une des tranches d'âge. De façon concomitante, une nouvelle spécialité médicale s'ordonnant autour de trois registres, médical, démographique et sociologique, émerge en France, sous le néologisme de « gériatrie », apparu pour la première fois en 1909 sous la plume de Nascher. La science fait surgir sans cesse de nouveaux domaines d'étude, la gérontologie en est un, les personnes âgées dépendantes en sont un autre. Le terme de PAD émerge ainsi dans les années 1970 pour devenir, dans les années 1980, un incontournable aussi bien des politiques de vieillesse que du

discours médical. Pourquoi et comment ce champ nouveau se constitue-t-il ? Les PAD forment-elles un nouvel objet de la consommation ? À quoi ces deux expressions de personnes âgées et de PAD viennent-elles répondre ?

1.2. Vieillesse et maladie d'Alzheimer

Un des premiers enseignements de la pratique clinique auprès des personnes âgées consiste à dissiper l'amalgame entretenu par le discours politique et la communauté scientifique entre la vieillesse inéluctable des sujets de nos sociétés riches et la maladie d'Alzheimer. Mais qu'est-ce que la maladie d'Alzheimer ? Il est très difficile et délicat d'y répondre, il y a des phénomènes de discours. Ce questionnement fait l'objet d'une recherche universitaire au Département de psychanalyse de l'Université de Paris 8 (Valette, 2005). Cette pathologie se caractérise par un diagnostic incertain depuis sa découverte par le professeur Aloïs Alzheimer en 1905 ; se range sous cette terminologie des symptômes démentiels mais aussi dépressifs, anorexiques, et d'autres encore. Devant cette difficulté diagnostique, la communauté scientifique a regroupé ces symptômes sous le générique : démences de type Alzheimer et troubles apparentés. Le discours de l'action sanitaire et sociale, relayé par celui des professionnels de ce champ, fait état de personnes âgées dépendantes et désorientées.

Ces personnes présentent des symptomatologies des plus hétéroclites. En effet, des personnes avancées en âge, isolées, côtoient des malades atteints de pathologies invalidantes, des déments, des Alzheimer, des dépressifs âgés, des suicidaires, des malades mentaux dits stabilisés, placés dès l'âge de 50 ans dans les services accueillant les personnes âgées ; la liste est loin d'être exhaustive, elle est sans limite, rien ne venant les différencier. La personne âgée n'a plus seulement 65 ans ; elle pose aussi des problèmes sanitaires et sociaux à solutionner. Ces désorientés souffrent, véritables exclus naufragés et angoissés. Ce constat conduit à une série de questions : pourquoi la maladie d'Alzheimer qui a eu d'abord un diagnostic si incertain, au dire même de son auteur, connaît-elle un tel engouement aujourd'hui ? Tous les vieux des pays riches sont-ils condamnés à devenir des Alzheimer ? La maladie de type Alzheimer incarnerait-elle quelque chose considéré comme fondamentalement inhumain au cœur même de l'humain au point que sous ce terme sont regroupés des individus des plus disparates ? Serait-ce un nouveau nom de la folie ? Certains vieux auraient-ils choisi l'agitation ou l'apathie dans une société où la mort n'existe plus et où la demande de légiférer sur l'euthanasie devient pressante ? « Alzheimer » est devenu le mot terrifiant de la vieillesse, l'épée de Damoclès, version XXI^e siècle. Clotilde Leguil (2006) écrit :

“ Un des paradoxes majeurs, et peut-être au fond le paradoxe symptomatique de notre époque, c’est celui qui touche les changements de statut du sujet. En effet, les progrès de la science au XXI^e siècle prétendent conduire à une nouvelle définition de la subjectivité à partir d’un substrat matériel organique observable : le cerveau »

Actuellement, la définition médicale de la maladie d’Alzheimer est celle du DSM-IV (1996), dans lequel elle figure au titre de la catégorie « démence » sous l’appellation : « démence de type Alzheimer (DTA) ». Elle se caractérise par :

“ une réduction des capacités cognitives préexistantes ayant des répercussions sur la vie quotidienne. L’élément central de ce syndrome, indispensable au diagnostic, est la présence d’un trouble de mémoire, nommé trouble mnésique, auquel doit être associée au moins l’une des atteintes cognitives que sont l’aphasie (trouble du langage), l’apraxie (trouble du geste), l’agnosie (trouble de la reconnaissance des objets) et les troubles des fonctions exécutives (trouble d’adaptation du comportement à des situations nouvelles) »

Pour la communauté médicale et scientifique, il est admis que les déficits et les troubles de la maladie d’Alzheimer trouvent leur origine dans les lésions cérébrales (Campion et Hannequin, 2002). D’après le discours politique s’appuyant sur les estimations statistiques, les cas de DTA et troubles apparentés se multiplient en Europe et en Amérique, en rapport avec l’allongement de la vie. Cette démence difficile à diagnostiquer, à différencier, fait peur à juste titre. Elle entraîne des souffrances d’autant plus insupportables et insurmontables que la recherche médicale n’a jusqu’à présent débouché que sur une impossibilité à traiter la maladie. Cette maladie désarrime le malade de la réalité quotidienne, le vouant à errer au gré de la pulsion. À côté de la causalité organique, se pose la question de la causalité psychique chez les personnes malades de type Alzheimer.

1.3. Gérontologie et psychologie clinique

Dans les structures d’accompagnement et de soins pour personnes âgées, l’appel aux psys se généralise. Aussi est-il surprenant que la question de la vieillesse occupe une place si parcimonieuse dans les revues spécialisées en psychologie clinique et dans les ouvrages de psychologie clinique et de psychopathologie. La psychologie clinique ne figure pas en tant que telle dans la définition de la gérontologie ; elle est transversale aux trois registres précédemment spécifiés. La gérontologie comme science du vieillissement a pour objet l’étude des effets de l’avancée en

âge sur les plans biologique, psychologique et social et aux niveaux moléculaire, cellulaire, de l'organe, de l'organisme et de la population.

En pratique, la gérontologie se divise en trois registres. Il y a d'abord la gérontologie *biologique* qui identifie les causes des altérations que le temps apporte aux vivants, mesure la baisse des performances physiologiques et psychologiques d'un individu par rapport à un autre. Ensuite, nous trouvons la gérontologie clinique ou *gériatrie* qui étudie les pathologies des personnes âgées et tente d'en améliorer les traitements. Un autre aspect concerne l'approche psychologique qui prend en compte les modifications mentales et les troubles psychiatriques propres aux personnes âgées. Enfin, la gérontologie *sociale* s'intéresse à tous les changements que l'âge provoque dans les relations sociales de l'homme, ainsi qu'aux conséquences économiques de la retraite et de la dépendance des personnes âgées. Cette définition ne fait pas de la gérontologie une discipline autonome ; celle-ci s'inscrit dans la série des champs d'études qui ont pris leur essor depuis une trentaine d'années : science de l'éducation, science de la santé, alcoologie, victimologie, etc. La clinique a le devoir d'y faire sa place.

Ici, quelques rappels sur la clinique s'imposent afin de cerner au plus près la fonction du psychologue clinicien dans les structures gériatriques et gérontologiques.

L'unité de la psychologie n'existe pas. En effet, cette discipline se partage entre différentes sciences psychologiques et entre diverses pratiques qui peuvent s'affronter. Aussi, dans ce champ de la vieillesse où la valeur sûre n'est ni le symptôme, ni la pathologie, mais le trouble, est-il essentiel de spécifier en quoi consiste la psychologie clinique par rapport aux autres psychologies. Rappelons d'abord que la clinique est multiple et corrélative d'une pratique. La clinique médicale classique est la première à avoir été inventée ; elle découle de la pratique de la dissection des cadavres par la méthode anatomopathologique qui fait correspondre à un symptôme une lésion par la voie de l'observation. Dans la suite de la clinique médicale, et en dérivation, d'autres pratiques ont donné naissance à d'autres cliniques. Suivre Michel Foucault (1994), incontournable sur ce point, permet de dire que la pratique humanitaire de l'enfermement des aliénés a permis l'invention de la clinique psychiatrique. La clinique psychologique, elle, est issue de la pratique explicative des phénomènes psychiques ; sa méthode est largement inspirée de l'expérience analytique. En dérivation de la clinique médicale, Freud invente la clinique psychanalytique en la corrélant à la pratique du sujet qui parle dans le transfert. Il découvre ainsi l'inconscient qui fait de l'homme un exilé à lui-même, jamais maître chez lui. La psychologie clinique se réfère à la psychanalyse pas tant dans un rapport au savoir analytique que dans un rapport à l'éthique du désir

et à la question de l'acte. Aujourd'hui, à côté de cette clinique psychologique de la parole, une pratique psychologique qui se dit clinique revient au premier plan, sans parole, avec la promotion du trouble et son éradication comme traitement par les thérapies cognitivo-comportementales (TCC).

1.4. Le psychologue clinicien est convoqué

Les prises en charge des personnes dites âgées et dépendantes s'opèrent dans des structures éclatées, objectivées, étranglées par les impératifs de rentabilité et d'efficacité, laissant peu de lieu pour le lien social. De ce fait, les pratiques cliniques ne sont le plus souvent ni présentes, ni attendues en tant que telles. Aujourd'hui, elles sont supplantées par l'imagerie médicale, les tests bio-neuro-psychologiques, les traitements médicamenteux et les conseils de bonnes pratiques. Cela est responsable d'un changement dans les modes d'intervention des professionnels. Le psychologue va intervenir sur des temps plus courts et va devoir inventer des pratiques sociales inédites. La clinique analytique d'orientation lacanienne s'y prête, ne se fondant pas sur une conception du monde. Du seul fait de ne pas être une idéologie, elle peut cheminer là où aucun modèle n'indique la voie à suivre et où la demande de « psy » n'est pas élaborée. Depuis une dizaine d'années, le psychologue est convoqué dans ces lieux accueillant des personnes âgées ; il a à y prendre place sans que pour autant son rôle et ses missions soient le plus souvent clairement définis.

Lorsque le psychologue est demandé par un service de *gériatrie* de l'hôpital, son profil se déploie sur deux approches radicalement différentes : celle de la neuropsychologie et celle de la psychologie clinique. En effet, les services hospitaliers gériatriques sont chargés des consultations médicales et des consultations mémoire pour les personnes âgées, dans lesquelles les diagnostics sont établis, en particulier ceux des démences ; le psychologue est alors recherché pour y contribuer en faisant passer des séries de tests. Il est aussi convoqué dans les centres de la mémoire pour lancer et accompagner des programmes de stimulation cérébrale. En dehors de ces consultations, les psychologues hospitaliers interviennent plus classiquement comme dans chacun des services spécialisés. En ce lieu, la clinique psychologique a encore droit de cité.

Lorsque la demande émane d'un service de maintien à domicile ou d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), le plus souvent, le psychologue est attendu comme le réparateur de tous les maux auxquels la médecine n'a pu répondre. Son action au sein de la structure alimente l'illusion de chaque professionnel dépassée par la tâche qui lui incombe.

Observation 1

Au cours d'une analyse de pratiques dans un EHPAD, une discussion a lieu concernant une résidente qui devient incontinente mais seulement dans les parties collectives de la résidence. Les soignants sont en train d'opter pour lui mettre des protections ; une aide-soignante s'insurge et dit à mon adresse : « *Je vous l'ai déjà dit, il nous faut un psychologue pour parler avec les résidents.* » Je lui dis : « *Le psychologue, que pourrait-il dire à cette dame ?* » Elle répond : « *Ce que je n'ose pas lui dire.* » Je lui pose la question : « *Vous avez donc quelque chose à lui dire ?* » Elle acquiesce. Je l'invite à le faire.

Elle quitte la réunion aux prises avec sa propre affirmation. Elle reçoit l'appui de certaines de ses collègues qui lui font remarquer qu'elle a une place particulière vis-à-vis de cette dame et que, du coup, elle peut être entendue d'elle. Elle s'autorisera à lui parler et, de ce fait, une autre réponse que la solution immédiate de la mise de protections sera trouvée.

Le clinicien est là où il n'est pas attendu. À chaque fois que les personnels sont confrontés à des impasses dans leur pratique, ils en appellent au psychologue qui viendrait les combler afin que l'état de bien-être recommandé par le discours médical relayé par celui des politiques sanitaires et sociales de la vieillesse soit retrouvé.

Le pari consiste alors à inventer au fil de la pratique au quotidien et dans l'interdisciplinarité les conditions de la rencontre pour le sujet jusqu'à la fin de la vie. Cet engagement pour le psychologue relève de la noble « mission impossible » à laquelle il est tenu. Là où le trouble est généralisé, où la psychologie clinique n'est pas demandée, que peut-il se produire quand un psychologue s'y aventure, orienté avec une bonne connaissance des discours de la médecine et des politiques de vieillesse et avec sa formation à la clinique analytique ?

2. Le choix de la méthode clinique

2.1. L'orientation clinique

L'appel incessant aux psys dans les services sociaux et sanitaires est soutenu par l'idée que parler fait du bien en libérant les émotions et en donnant du sens à la vie. Parler y est considéré comme une vertu, et le versant satisfaction de la parole que nous retrouvons dans le parler pour ne rien dire, par exemple, n'y est pas aperçu. Seul le discours analytique s'oriente du réel de la dysharmonie, du non-sens et suppose le sujet au cœur de la civilisation et non l'objectivation visant à une maîtrise généralisée. De ce fait, il autorise et il supporte l'accueil de ce qui peut apparaître comme si inhumain au cœur même de l'humain.

Tel le roseau pliant au vent sans jamais céder, travailler dans ce champ conduit le clinicien à adopter une souplesse et une délicatesse dans ses interventions. Aucun modèle, aucune méthode type, aucun savoir préétabli, aucune place bien définie ne peuvent servir d'assise à la pratique. Dans ces services, la dimension clinique n'existe pas ; c'est le règne d'une psychologie et d'une médecine dites scientifiques laissant de côté la place de l'unique au fondement de la clinique. Cette dernière, comme méthode de construction du savoir, vient s'inscrire en faux contre la généralisation, l'universalisation, la standardisation qui entretient l'illusion que tout peut être réduit au même. La clinique, c'est l'émergence du singulier dans ce qui est appréhendé de façon globale. Cette orientation autorise l'ingéniosité indispensable mais toujours contingente pour cette pratique. Le sujet en psychanalyse n'est pas l'homme normal en bonne santé, définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant un état complet de bien-être physique, mental et social. Le sujet, lui, est toujours en déséquilibre, toujours embarrassé, il ne sait pas ce qu'il veut, où il va. J.-A. Miller (1997) écrit : « *Tout ce qui n'est pas physique chez l'homme, n'est pas mental. Il y a quelque chose qui n'est pas mental, même s'il y paraît. C'est la pensée nommée par Freud l'inconscient* ». Classiquement, « *la santé se définit par le silence des organes. Mais il y a l'inconscient, qui ne se tait jamais, et ainsi, il n'aide en rien l'harmonie. Définie ainsi, la santé mentale ne peut nous servir comme telle de critère dans la pratique analytique* ». Il incombe donc au praticien qui se réfère à la doctrine psychanalytique de faire apparaître sans relâche la singularité de chaque sujet, seule et incontournable condition à la civilisation.

2.2. L'interdisciplinarité

La pratique professionnelle me conduit à intervenir dans ces institutions pour y repérer les transformations radicales de discours et tenter d'y maintenir un espace de parole, conditions *sine qua non* à la présence de l'inconscient. Prenons ici l'exemple des soins en gériatrie ; le soin, dans les pratiques paramédicales, est défini comme soin global. Il se concrétise par un ensemble d'éléments complémentaires : tâches, relations et liens adaptés aux besoins et demandes de chaque usager dans une démarche de soin en équipe trouvant son fondement dans la médecine et où le patient est au centre. Les gestes techniques sont accompagnés d'une « relation individualisée » envers la personne prise en soin. Dans la mise en œuvre du soin, force est de constater que la technique prend toujours le pas sur la singularité, le tout sur le particulier, la série des personnes soignées sur le cas. Cela provoque une déshumanisation du soin et entraîne une demande forte des professionnels qui veulent se parler des difficultés qu'ils rencontrent. Le clinicien se doit de saisir

cette plainte et de la transformer en demande de clinique pour que ce sujet âgé, toujours parlé par les autres – la famille, les professionnels –, soit entendu. L'inventivité, un certain goût pour le détail du quotidien terreau de la clinique sont convoqués dans la pratique auprès des sujets âgés objectivés par le soin. Le praticien vise à chaque instant la rencontre avec le sujet âgé ; il construit son intervention au fil de ces rencontres en cheminant auprès de lui et auprès de ceux qui les soignent et les accompagnent. À partir de cette orientation clinique, il va pouvoir exercer sa charge en se servant de divers dispositifs : entretiens cliniques, groupes de parole, groupes d'analyses de pratiques, supervisions d'équipe, ateliers de cas cliniques, dispositifs de formations, etc. Dans le champ de la gérontologie, nous assistons à une généralisation des pratiques de parole et d'écoute centrées sur le groupe au détriment du cas. Le groupe est l'associé du discours médical qui y fait appel et dont il vient recouvrir, compléter, obturer les effets ravageurs. À partir de cette considération, comment pouvons-nous nous servir de ces dispositifs pour la clinique du sujet ?

2.3. Une présence clinique comme méthode

Nous proposons de mettre au travail l'orientation clinique dans quatre moments de la pratique au quotidien : un fragment de travail issu d'un groupe d'analyse de la pratique, deux séquences de formation et une rencontre impromptue. Ce choix vise à souligner que peu importe le dispositif ; c'est « *la clinique comme méthode* » (Ansermet, 1999) qui autorise un rapport au travail sous le mode du désir, suscitant un effet de transfert favorable à une mise au travail pour chacun de la singularité. Par son acte, le clinicien opère sans chercher à comprendre et à tout expliquer, la clinique n'est pas une pédagogie.

Dans un service de maintien à domicile, les travailleurs sociaux et paramédicaux qui accompagnent au quotidien des personnes âgées dites désorientées n'ont que le groupe d'analyse de la pratique pour se rencontrer, discuter des difficultés des situations sociales prises en charge, des malaises qu'elles provoquent et pour trouver des réponses à y apporter. La demande de soutien de la pratique y est forte. C'est à partir du groupe et de l'identification qu'il favorise que je propose à chacun d'analyser les situations qui le mettent en impasse. J'invite chacun à dire quelque chose sur la rencontre qu'il fait avec les sujets accompagnés en s'appuyant sur ses préjugés. « *On n'a pas le droit de travailler avec nos jugements* » dit une soignante. Je m'en étonne, provoquant ainsi une première surprise. Une autre soignante dit alors de son intervention auprès d'un sujet : « *Je fais peut-être n'importe quoi avec elle, mais j'accepte qu'elle berce sa poupée et, ainsi, elle accepte de manger. C'est ridicule, elle a 40 ans.* » Une première mise au travail

est rendue possible dans la recherche du détail qui fait l'originalité de chaque cas loin de l'évaluation globale. Il s'agit là de créer les conditions d'un accueil humanisé dans ces services où l'objectivité l'emporte sur le lien entre les hommes.

Les deux séquences de formation exposées s'adressent à des professionnels paramédicaux. Le thème de cette session de formation est : les démences de type Alzheimer et troubles apparentés ; son objectif est d'articuler les connaissances théoriques avec une interrogation portant sur l'accompagnement et les soins prodigués aux sujets âgés déments par les professionnels. Dès le début de la session, après avoir invité chaque professionnel à se nommer et rappelé le thème au travail, je donne la parole à chacun pour dire ce qui l'a amené à être là. Il s'agit ainsi de faire apparaître les différences dans la prise de parole des professionnels, là où le groupe vise par son fonctionnement à produire un discours pour tous. C'est aussi pour cette raison que je ne fais pas des paroles recueillies une question du groupe. Ils disent donc, un par un, sans que j'intervienne au-delà d'une invitation à préciser. « *C'est insupportable de travailler avec les personnes âgées démentes* » dit une professionnelle. Je lui demande de préciser. « *Une crie tout le temps, une autre déambule sans cesse, une autre parle aux murs de sa chambre, à son mari décédé depuis longtemps...* » Je fais remarquer la différence dans les manifestations symptomatiques chez les personnes soignées, je précise que chaque professionnel dans le groupe est lié par la discrétion, que les patients peuvent donc être appelés par leur nom. Un effet de surprise se produit, plusieurs praticiens ne connaissent pas le nom des personnes soignées et s'étonnent que cela concerne en particulier ceux qui ont « *des problèmes de troubles de comportements* ». Au retour du deuxième temps de la session, plusieurs soignants de services différents ont remarqué que des femmes âgées ne voulaient pas s'appeler de leur nom de famille ou n'y répondaient plus. La discussion s'engage à partir de la question : quelle importance a le nom de famille pour un sujet, son nom d'épouse ?

Au cours de la formation, l'enseignant saisit l'opportunité qui lui est donnée pour proposer aux professionnels une lecture d'un guide de bonnes pratiques apporté par l'un d'eux. *Les recommandations pour bien vivre avec un Alzheimer* (Selmès et Desnouesné, 2006), destinées aux professionnels, sont mises en tension avec des vignettes pratiques préparées par chacun. Le travail consiste à repérer dans la série de vignettes issues de la pratique ce qu'incitent ces recommandations. Les réactions ne se font pas attendre. « *Regarder un dément de type Alzheimer bien en face pour le faire manger* » a pour conséquence un passage à l'acte d'un sujet, une agressivité exacerbée chez un autre. En perspective de la recommandation « stimuler le plus souvent possible le malade », une professionnelle parle de son travail auprès d'une femme

malade de type Alzheimer. « *C'est difficile d'être auprès d'elle* » dit-elle. « *Elle ne parle pas ou presque plus. Comme elle regarde des catalogues une grande partie de la journée lorsque je vais chez elle, je passe toujours un moment auprès d'elle pour les feuilleter. Quand les mannequins sont photographiés sans leur pied, elle crie "pied, pied" de plus en plus fort jusqu'à l'agitation. Alors pour la rassurer, je lui explique mais ça la rend agressive ; plus je lui explique que, sur la photo, ils n'ont pas de pieds, mais dans la vie oui, plus elle est agressive. Depuis la dernière journée de formation, j'ai trouvé un truc qui la calme. Je suis d'accord avec elle pour dire qu'ils n'ont pas de pieds quand ils n'en ont pas sur la photo et c'est suffisant pour la calmer, je vous assure. Je savais que ça l'a calmée de faire ainsi mais j'avais l'impression de ne pas bien faire mon travail de stimulation très très important chez les déments.* » Avec cette orientation, l'enseignant clinicien vise à ce que chacun des professionnels participant à la session de formation fasse émerger la question qui le soucie. Et ce pour que, dans un second temps, chacun accepte de questionner la rencontre qu'il peut faire avec le sujet auprès duquel il intervient. Il réveille ainsi le professionnel qui accepte de réfléchir au-delà du faire auquel sa pratique l'assigne, s'il n'y prend garde. Ainsi, il va pouvoir adosser les apports théoriques sur sa réflexion.

Quel que soit le lieu, chaque moment est propice à la causerie avec celle ou celui qui y consent. Je suis assise dans le salon d'un EHPAD à l'étage des « désorientés ». J'attends, j'ai rendez-vous avec la directrice qui souhaite une amélioration de l'accompagnement par l'équipe des résidents ayant des troubles du comportement et de la conduite. Les personnes âgées déambulent, s'agitent, sont rivées sur leur fauteuil, c'est selon. Une dame s'assoit à côté de la chaise que j'occupe et elle me parle, je considère qu'elle me parle, très vite, sans me regarder : « *Vous êtes de Clermont-Ferrand c'est loin Clermont-Ferrand ma famille, vous les connaissez je veux revoir ma famille comment il m'appelle déjà Mme Blanc.* » Je lui demande : « *C'est votre nom ?* » « *Ginette. Ginette Laforêt.* » « *C'est joli Laforêt* » lui dis-je. Elle me prend la main : « *Vous leur direz que je m'appelle Laforêt.* » Elle reprend son chemin dans le couloir. Une soignante l'appelle lorsqu'elle s'éloigne : « *Mme Blanc.* » Elle se retourne, pour la première fois me regarde, je hausse les épaules, elle rit. Je parle avec l'animatrice de la rencontre avec cette femme. Elle dit qu'ici personne ne prête attention à elle, à ce qu'elle répète inlassablement à longueur de journée à celui qui est là, sans distinction. « *Dès que nous l'appelons, elle s'agite, quand nous la stimulons aussi, elle a tellement de troubles avec sa démence.* » Je lui dis alors : « *C'est à ne rien y comprendre, ce qui s'est passé avec elle, c'est bizarre, sa précision, son rire ? !...* » La rencontre avec Mme Laforêt sera au cœur de la proposition d'une réunion clinique destinée aux personnels que j'adresse à la directrice. C'est d'elle que j'apprends que Mme Blanc

est son nom d'épouse et Mme Laforêt son nom de jeune fille. Dans cette rencontre si singulière avec Mme Laforêt, le clinicien vise quelque chose au-delà du sens via la contingence, un certain bricolage dans la prise de risque.

3. Des rencontres inouïes

Les structures d'hébergement et de soins pour les personnes avancées en âge se caractérisent par des regroupements de populations identifiées à partir d'un symptôme : dépendance, Alzheimer, désorientation, etc. Un extrême isolement des personnes âgées qui y vivent et aussi des professionnels qui les accompagnent frappe celui qui accepte de s'y aventurer. Il se manifeste par une absence de lien social, de lieux de parole et par un morcellement de la vie. Il faut dire que, pour certaines des personnes âgées placées dans ces structures, cet isolement redouble celui imposé par leur pathologie. Chez le sujet dément, de la même manière que chez le sujet psychotique (Miller, 1993), la demande de reconnaissance par l'autre est inexistante. Par voie de conséquence, cela engage celui qui se consacre à son traitement à construire au cas par cas la façon de s'adresser à lui. Le clinicien a pour mission d'autoriser et de soutenir chaque sujet dans sa réponse afin qu'il puisse supporter ce qui lui arrive dans ce moment de sa vie autrement que par la voie de l'éradication des troubles démentiels, cognitifs, mentaux et de la conduite qu'il présente. Il s'agit pour le praticien de découvrir l'invention de chaque sujet qui lui permet de faire lien avec les autres, laissant de côté pour cela le vouloir comprendre. À partir de là, la voie s'ouvre à une série de rencontres singulières, condition *sine qua non* pour retrouver une trace de subjectivité au cœur de la normalisation. La clinique nous enseigne qu'à la fin de la vie, quelque chose de l'étrangeté primordiale du début de la vie se retrouve. La vieillesse incarnerait-elle quelque chose considéré comme fondamentalement inhumain au cœur de l'humain ? Au point que les sujets s'oublieraient et oublieraient dans la perte de mémoire, si flagrante chez certains, ce qui a été l'essentiel de leur vie. Les professionnels, eux, en oublieraient de leur parler, de prêter attention à eux autrement que comme seul objet de soi.

3.1. De la nécessité à la rencontre

La confrontation à ce réel brut, angoissant des personnes âgées désorientées favorise la déshumanisation en secrétant des pratiques normalisantes pour endiguer l'insupportable. Avec cette considération, à quelles conditions une clinique de la fin de la vie peut-elle être possible ?

Dans ces lieux d'accueil, ce qui saisit de prime abord, c'est un insupportable. Les personnes âgées dépendantes (PAD) sont là toutes

pareilles, malgré les efforts considérables déployés par ceux qui s'en occupent dans l'objectif de leur bien-être ; la vieillesse a marqué irrémédiablement leur corps. Corps oubliés dans les maisons de la ville et de la campagne, corps prostrés ou agités, corps déambulants, corps hurlants sans répit dans les couloirs des maisons de retraite, les PAD se présentent à celui qui arrive rivées à leur objet. Avec la psychanalyse, le corps n'est pas un objet, il est le résultat d'un nouage entre les trois registres de la structure que sont le réel, l'imaginaire et le symbolique. Dans notre vie psychique, le registre de l'imaginaire, c'est, en particulier, l'importance des images du corps qui règlent nos relations au corps et aux autres. Le sujet se présente à l'autre par le corps et la relation à son corps dépend du regard que l'autre va y porter. Dans son corps, le sujet va trouver la satisfaction qui peut aller du plaisir à la douleur. Au-delà du corps biologique (Miller, 2000), l'immersion de l'organisme vivant dans le langage fait le singulier d'un sujet. Avec l'appareillage de l'image et du langage, le sujet se débrouille avec le réel irréductible de la pulsion qui résiste à toute éducation corporelle, c'est-à-dire qui ne peut pas trouver à se socialiser. Dans la vieillesse, la pulsion est toujours présente et se manifeste dans ce côté irrépressible de l'agir.

Observation 2

Mme V. est démente. Elle arpente, très vite et sans relâche, les couloirs de la résidence de jour et de nuit, au point que sa vie se réduit à ça ; elle n'a plus une seconde à consacrer à autre chose, manger, dormir, comme le font remarquer les soignantes, les besoins fondamentaux ne sont pas respectés. Elle ne tient pas en place et cela a pour effet qu'elle se déchaine de jour en jour devant les professionnels et les visiteurs effarés. L'équipe ne supporte plus cette situation, mais ne sait comment s'y prendre autrement. Après un long travail de questionnement et de recherche de traitement, les soignants savent maintenant que cette déambulation lui est nécessaire et ne s'y opposent plus. Mais alors ils se posent la question de comment continuer à l'accompagner. Lui parler provoque une accélération de son déplacement, les médicaments n'ont pas l'effet escompté, ils lui entravent sa marche et ainsi elle tombe en se blessant violemment. Je propose sans réfléchir qu'elle puisse être contenue sur un fauteuil à des moments de la journée et de la nuit afin qu'elle se repose. Ma proposition soulève un tollé dans l'équipe qui unanimement est contre. Les protocoles interdisent la contention des personnes âgées, elle est néfaste aux soins et ne respecte pas la dignité de la personne, sauf en cas de prescription médicale. Après une discussion très vive, j'invite les collègues à revenir à la situation de la dame et à demander l'avis du médecin qui, sceptique, donne son accord pour essayer cette contention à quelques moments de la journée. ►

- Les soignantes après coup témoignent qu'une fois attachée sur le fauteuil, Mme V. leur sourit et leur embrasse les mains, seules manifestations affectives extraites de son indifférence apparente.

3.2. Avec la boussole du savoir insu : « maman, maman »

Dans une maison de retraite, au cours d'une réunion clinique, le cri de « *maman, maman* » retentit dans toute la maison, sans que quiconque semble s'en préoccuper. J'interroge alors : « *Cette dame, crie-t-elle souvent ?* » Une soignante répond : « *Oui sans cesse, le jour, la nuit, ça nous agace, ça nous tape sur les nerfs même, mais il n'y a absolument rien à faire.* » Je poursuis : « *Vous avez donc essayé beaucoup de manières pour apaiser ses cris.* » Une des infirmières dit : « *Le médecin a donné des médicaments différents mais ça n'a rien fait. Nous avons aussi, avec mes collègues, essayé de lui parler, ç'a été encore pire, on aurait dit que nous l'étranglions.* » Je pose la question : « *Que lui avez-vous dit ?* » Elle répond : « *Que nous étions là, qu'elle ne risquait rien, elle s'agrippait à moi, au point de me faire mal et elle criait de plus belle.* » La soignante de nuit explique qu'elle a tenté sans succès de la rassurer. Une autre soignante dit : « *Sa fille ne la supporte pas, mais pourtant elle passe toutes ses journées auprès d'elle, ce qui ne l'empêche pas de crier. Nous avons essayé de lui dire de moins venir, mais avec la publicité faite sur les aidants familiaux, elle n'entend rien comme sa mère.* » Je dis alors : « *Prenons-le comme un appel, ce cri, un appel au secours comme le petit enfant appelle sa mère.* » L'infirmière reprend la parole : « *Ah, non, nous ne pouvons pas l'infantiliser.* » Il ne s'agit pas de l'infantiliser mais de tenir compte de l'infantile, ou pour le dire autrement, de l'inconscient en proposant à ce cri une adresse pour qu'il devienne appel. Ce petit travail a eu pour effet que cette dame ne crie plus qu'en présence de sa fille...

La proposition du clinicien d'interpréter le cri de cette dame en appel introduit pour ce sujet un bougé dans sa subjectivité. Alors se dévoile quelque chose des relations primordiales de l'enfant à la mère, dégageant ainsi les soignants de l'incarner. Lacan nomme celles-ci le « *complexe du sevrage* » (Lacan, 1938) qui « *est fondateur des sentiments les plus archaïques et les plus stables qui unissent l'individu à la famille, entièrement dominé par des facteurs culturels* » ; il est radicalement différent de l'instinct. Nous le retrouvons là à cet autre extrême de la vie ; même sublimé, il continue à opérer dans la vie du sujet. Entre la mère et la mort, des relations s'établissent ; dans la mort, le sujet cherche à retrouver l'imaginaire maternel. Dans la clinique, une proximité entre la naissance et la mort est repérable. Naître ou mourir manque de représentation et implique donc l'énigme, naissance ou mort sont dans

un au-delà de l'histoire, dans une question sans réponse. Cette question ne peut se résoudre ni par la science, ni par la détermination familiale. À la fin de la vie, quelque chose des problèmes du début de la vie se retrouve-t-il ? Des traces de l'enfant chez les sujets âgés se recueillent entre symptôme de la mère et objet dans son fantasme (Lacan, 1969).

3.3. Le lien social : la dame au gilet jaune

Dans une maison de retraite, une femme âgée est très aidante avec les personnes qui vivent ou passent dans l'institution. Elle est un peu à côté dans le lien à l'autre, mais elle veut rendre service. Ce qui m'a surpris à chacune de nos rencontres, c'est qu'elle parle sans faire connaissance, sans entrée en matière ; elle vous connaît, ça ne fait pas de doute, de toujours et pour toujours. Les personnels de cette maison de retraite la décrivent comme ayant des troubles du comportement. Elle peut dire n'importe quoi, elle oublie beaucoup de mots, elle est agressive dès qu'on la contredit, elle ne veut pas manger à table à la place qui lui est réservée. Le médecin veut l'envoyer pour être « bilantée » à la consultation mémoire. Quand je vais travailler avec l'équipe dans cette institution, elle porte mon cartable jusqu'à la salle de réunions, puis elle s'assoit dans la galerie couverte à côté de la salle, elle attend que nous ayons terminé pour reprendre mon cartable et me raccompagner jusqu'à la porte d'entrée – enfin, c'est ainsi que je l'interprète. Au début, j'ai hésité à accepter qu'elle porte le cartable mais, devant sa détermination, j'ai dit oui. La conversation se limite à des bribes entrecoupées de silence. Cette femme est toujours bien habillée dans des tons pastels. Un jour où elle était à attendre à la porte un nouvel arrivant, je la croise et je suis surprise par son gilet jaune fluo plein de taches, elle est échevelée. Elle a l'air très égarée, elle me parle de façon incohérente, je saisis qu'elle me prend pour sa sœur. Je dis à l'équipe : « *Qu'est-ce qui s'est passé pour qu'elle soit si perdue ?* » « *Rien, on ne comprend pas.* » En fait, durant le temps de réunion, une soignante dit : « *Mme T. est morte.* ». Alors, je demande : « *Mme T. ne partageait-elle pas la même chambre que Mme F. ?* » « *Eh ! oui* » Alors, je demande : « *Comment ça s'est passé ?* » « *Ça s'est très bien passé. Ça s'est passé la nuit.* » « *Et vous lui avez dit ?* » « *Oh non, elle dormait.* » « *Elle dormait ! Vous avez allumé la lumière ?* » « *Oui* » « *Et vous me dites tout le temps que les personnes âgées ne dorment pas bien.* » « *Oh ! elle prend des médicaments pour dormir.* » « *C'est bizarre qu'elle me prenne pour sa sœur ?* » « *Mais elle n'a pas de sœur.* » Au fil de la conversation qui se noue autour de cette vieille dame, j'apprends qu'elle a eu une sœur qui a été assassinée 40 ou 50 ans auparavant. Il y a quelque chose qui revenait. Une infirmière dit : « *Vous allez toujours chercher de ces trucs mais c'est vrai depuis*

que Mme T. est morte, elle ne s'habille plus comme avant, elle est de plus en plus perdue. » Chacun dans l'équipe percevait les changements chez Mme T. sans que pourtant cela vienne les interroger. Dans l'intervention que j'ai faite, j'ai tenté d'introduire de l'opacité, une énigme : pourquoi ne s'habille-t-elle pas de la même façon ? Pourquoi parle-t-elle de sa sœur ? Elle n'est pas dans le même état que la dernière fois que je l'ai rencontrée. Je n'ai cherché ni à ce que les professionnels m'expliquent, ni à m'offusquer par le fait qu'ils ne lui parlent pas des changements survenus. J'ai plutôt tenté de les faire réagir. Certes, Mme F. est dans des troubles démentiels mais ce n'est pas pour autant qu'elle porte un gilet jaune plein de taches.

Alors, l'infirmière a pu aller auprès d'elle pour lui dire l'événement qu'a été la mort de sa voisine de chambre ; la vieille dame a pleuré, l'infirmière a su qu'elle avait entendu. Le langage introduit une double séparation, une du côté du sens et une du côté de l'éprouvé. Cette femme n'est pas dans le registre du sens à donner à ce qui se présente mais dans celui des affects. Nous savons qu'un sujet à les nommer introduit une perte libératrice mais, pour la femme, c'est une impossibilité. Alors l'infirmière, en nommant pour elle ce qu'elle éprouve, lui permet de se détacher de l'emprise des affects qui la submergent. La femme a pu reprendre la vie qu'elle menait dans la résidence et qui fait lien social pour elle.

Les vieux déments, les personnes âgées désorientées rencontrés nous enseignent qu'il y a quelque chose du corps qui se dénude, au fil du temps ; les appareillages tombent. Dans les institutions, il n'est pas rare de croiser des sujets qui quittent leurs vêtements, se tiennent dans des postures indécentes. L'emprise de l'image fout le camp, il reste le corps disloqué, morcelé, le corps comme pure jouissance. Des bribes de paroles, des mots scandés tout seul rappellent la marque du symbolique. Actuellement, les neurosciences s'imposent dans ce secteur comme fait scientifique incontournable et indiscutable s'alliant au juridique pour contraindre la personne âgée désorientée à une protection par le droit sans son consentement. La science ne cesse de reculer l'échéance de cette fin de vie, en faisant du vieux le spectre de la mort. Le sujet peut-il être entièrement programmé par le cerveau jusqu'à la fin de sa vie au point que l'heure de sa mort y soit inscrite ? Peut-il être protégé au point de n'être plus qu'en sursis ? Les personnes dites âgées sont menacées de deux manières par la fin de vie et par Alzheimer mais, au-delà de cette détermination, qu'en est-il pour le sujet lorsqu'il est confronté à la vieillesse ? Derrière la généralisation des troubles mentaux, des troubles de la conduite et du comportement, des troubles cognitifs au détriment de la clinique du symptôme, c'est la dysharmonie humaine fondamentale qui apparaît et qui angoisse dans le meilleur des cas, ou anesthésie pour le pire.

La psychologie clinique engage le praticien à trouver ce savoir universel et à se saisir de ce qui reste de la vie psychique pour continuer sa tâche civilisatrice, en s'étonnant encore et encore.

Bibliographie

- American psychiatric association (1996), *DSM-IV*, Paris, Masson.
- Ansermet F. (1999), *Clinique de l'origine*, Lausanne, Payot, coll. « Psyché ».
- Bourdelais P. (1993), *L'Âge de la vieillesse*, Paris, Odile Jacob.
- Campion D. et Hannequin D. (2002), *La Maladie d'Alzheimer*, Paris, Flammarion, coll. « Dominos ».
- Foucault M. (1994), *Naissance de la clinique*, Paris, PUF.
- Jarrige M. (2005), « Vieillir », *Mental*, n° 15, p. 70–81.
- Labridy F. (2005), « Nos vieux », *Mental*, n° 15, p. 110–118.
- Lacan J. (1938), « Les Complexes familiaux dans la formation de l'individu », in *Autres écrits*, Paris, Le Seuil, 2001.
- Lacan J. (1969), « Note sur l'enfant », in *Autres écrits*, Paris, Le Seuil, 2001.
- Leguil C. (2006), *L'Anti-livre noir de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil.
- Miller J.-A. (1993), « Clinique ironique », *La Cause Freudienne*, n° 23, p. 7–13.
- Miller J.-A. (1997), « Santé mentale et ordre public », *Mental*, n° 3, p. 15–26.
- Miller J.-A. (2000), « Biologie lacanienne et événement de corps », *La Cause Freudienne*, n° 44, p. 7–59.
- Milner J.-C. (2005), *La Politique des choses*, Paris, Navarin.
- Sauvy A. (1928), *Journal de la Société de Statistiques de Paris*, n° 12, décembre et n° 1, janvier 1929.
- Selmes J. et Desnoues C. (2006), *La Maladie d'Alzheimer. Le guide de l'aidant*, Montrouge, John Libbey Eurotext.
- Valette C. (2005), *La Maladie d'Alzheimer, une question pour la psychanalyse*, DESU de psychanalyse : concepts et clinique, Département de psychanalyse, Université Paris 8.

CHAPITRE 10

En cancérologie : l'épreuve
du réel

N. Bendrihen

L'immersion du psychologue dans un milieu médical tel que la cancérologie (oncologie) ne va pas sans susciter nombre de réactions, dans ce milieu même comme à l'extérieur. Commençons par le plus extérieur, l'inconnu qui, au hasard d'une rencontre, vous demande votre profession. Les yeux s'élargissent, et suit inmanquablement : « *Et ce n'est pas trop dur ?* » Faisons grâce au lecteur des réponses qu'on est, au début en tout cas, toujours tenté de fournir. Plus déroutant encore, quand les collègues psychologues interrogent celui d'entre eux qui travaille dans le champ somatique : avec curiosité dans le meilleur des cas, en se demandant au pire pourquoi se « commettre » dans un tel milieu, imaginant très souvent un exercice où le soutien amical et l'empathie pour celui qui souffre psychologiquement et physiquement tiendraient lieu de pratique. Nous espérons montrer, dans les lignes qui suivent, que la pratique du psychologue dans le champ de l'oncologie ne se borne pas à un soutien bienveillant, et que cette pratique peut se tenir au plus près d'une clinique du réel, réel que Lacan définit lors de l'Ouverture de la Section clinique en 1977 en tant qu'il est l'impossible à supporter.

1. La psycho-oncologie : une discipline et ses acteurs

À l'intérieur même du milieu médical (englobant les médecins oncologues comme les autres spécialistes et les équipes soignantes), on pourrait presque dire que les psychologues ont trouvé leur place (leur présence, réclamée par les patients lors des premiers États généraux

de la Ligue, est inscrite dans le Plan Cancer mesure 42, et n'étonne plus personne à l'hôpital)... et même un peu trop ! En effet, on a vu se former au fil des années deux néologismes : psycho-oncologie et psycho-oncologue, qui peuvent entretenir un certain flou dans la pratique psychologique en oncologie.

La psycho-oncologie se définit, selon Jimmie Holland (Holland et Reznik, 2002), psychiatre américaine qui a forgé ce terme, autour des deux versants suivants :

1- Psychosocial, avec un intérêt particulier pour les réactions psychologiques et émotionnelles (*focus on psychological and emotional responses*) des patients atteints de cancer à tous les stades de la maladie, comme de leurs familles et des équipes soignantes ;

2- Psychobiologique, avec un intérêt pour les facteurs comportementaux et sociaux qui influencent les risques de cancer et sa prévention¹.

Cette définition minimale de la psycho-oncologie, en situant d'emblée son champ d'investigation du côté de l'étude des réactions, pose un certain nombre de questions cliniques et éthiques. Elle laisserait entendre que la survenue du cancer entraîne des réactions spécifiques à cette maladie, et peut-être de là, si on pousse cette définition dans ses limites, qu'une psychologie du patient cancéreux pourrait être dressée. Au-delà des effets ségrégatifs d'une telle conception (une « psychologie » des malades, une autre des individus « sains »), c'est toute l'éthique d'une pratique qui est là questionnée. Le psychiatre ou le psychologue va-t-il construire ses interventions à partir d'une typologie des malades pré-établie, en orientant donc le patient vers une adaptation à cette typologie (dérive de « la psychologie de la santé ») ? Ou va-t-il tâcher de maintenir vive la dimension clinique de sa pratique : laisser ouvert un espace dans lequel le sujet – confronté à un réel – va jouer sa carte (Leguil et Silvestre, 1988), en inventant et construisant ses propres réponses.

Cette définition se veut le reflet d'une certaine conception et du psychisme et de la clinique : pas de place pour l'inconscient et son rôle dans la vie psychique ou la formation des symptômes dans cette approche volontairement objective et descriptive. Une vision positive consisterait à lire cette absence comme une place vide, à occuper, à construire avec différentes pratiques suivant les orientations théoriques de chaque clinicien (pari engagé par nombre d'entre eux depuis plusieurs années). Une vision plus sombre ferait craindre les risques d'une clinique normative excluant donc avec l'inconscient la part la plus subjective d'un patient.

Les « psycho-oncologues » sont les acteurs de cette discipline. Là aussi, avec ce terme, une certaine confusion est maintenue. Sont-ce des psychologues, des psychiatres, des psychothérapeutes, des infirmiers

1. Traduit par nous.

ayant reçu une formation, ou une sensibilisation à la dimension psychique de la maladie, voire des bénévoles intervenant dans l'écoute des patients hospitalisés ? Le psycho-oncologue, quand il est psychiatre ou psychologue, en endossant cet habit, évacue pour ceux à qui il s'adresse (patients, familles et soignants) la spécificité de sa formation (psychiatrique et psychopathologique), et maintient la ségrégation du psy pour malade cancéreux uniquement. Pour ces raisons-là, nous nous inscrivons avec la grande majorité des psychologues cliniciens qui, exerçant en oncologie, refusent le terme de « psycho-oncologues » pour les désigner.

Néanmoins, à *condition* pour le clinicien de ne pas *se croire* psycho-oncologue et de ne pas se laisser réduire à cette fausse spécificité, ce terme permet donc la présence et l'intégration de psychologues et de psychiatres, structurés parfois en unités de psycho-oncologie, auprès des malades à tous les stades de l'affection cancéreuse.

Il est enfin bien entendu que ce qui est mis en question ici n'est pas un « savoir » médical, une culture oncologique que le psychologue exerçant dans ce milieu se doit d'avoir – à la fois en termes de logique médicale, de mécanismes de la maladie, d'avancée thérapeutique, de choix et dilemmes éthiques –, car c'est bien sûr au cœur de telles questions et problématiques que soignés et soignants se trouvent. Mais ce *savoir-là* n'est pas la *vérité* d'un sujet : une des directions du travail clinique avec les patients est bien la reconnaissance, et parfois l'apaisement, de cette tension entre ces deux dimensions, objective (ou tendant vers l'objectivité) pour le savoir, subjective pour la vérité.

2. Aspects spécifiques de la pratique en cancérologie

2.1. L'annonce de la maladie et la question du trauma

L'arrivée d'un patient en oncologie commence bien souvent par un moment qu'il n'oubliera que très rarement ensuite : l'annonce de la maladie. C'est un moment très intense, aussi bien pour le médecin qui apprend la nouvelle que pour le patient qui la découvre. C'est pourquoi, depuis le Plan Cancer, se mettent progressivement en place des consultations d'annonce, spécifiques. Elles donnent un temps plus long au médecin pour faire l'annonce de la maladie, dans les conditions les moins violentes possibles (de temps, donc, mais aussi de confidentialité, de définition d'un plan personnalisé de traitement, etc.). Ces consultations cherchent à atténuer l'impact d'un moment très souvent décrit comme traumatique. C'est ce terme que nous souhaiterions ici interroger. Toute situation d'annonce du cancer est-elle à chaque fois traumatique, au sens d'induire des effets symptomatiques à plus long terme ?

Il est vrai que, dans nombre de situations, le sujet est sidéré par ce qu'il entend de la bouche du médecin. « *J'ai cru que le médecin parlait à quelqu'un d'autre, qui se tenait derrière moi, alors je me suis retournée* » disait cette femme quand elle apprit la présence d'une tumeur pulmonaire. « *Quand j'ai compris que c'était de moi qu'il s'agissait, tout est devenu noir.* » C'est vraiment la description de l'effroi, du sujet paralysé par l'horreur qui lui tombe dessus. « *Le terme d'effroi désigne l'état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse sans y être préparé* » nous dit Freud, dans « *Au-delà du principe de plaisir* » (1920). Les premières réactions qui suivent ce temps d'effroi sont très souvent de l'ordre du choc, de la sidération, témoins de la quasi-disparition du sujet sous le réel qui l'écrase. Le déni violent, qui fait parfois suite à cette sidération, signe le retour du sujet et le début d'une symbolisation, même sous la forme d'un non massif.

Ces situations, que tous les cliniciens connaissent, sont-elles pour autant traumatiques ? À l'extrême, certains patients vont sembler intégrer cette nouvelle, d'autres développer toute une série de symptômes. Nous aimerions laisser cette réponse subjective, c'est-à-dire au un par un des sujets, et rechercher donc, pour ceux qui le veulent, le plus précisément possible ce qui cause l'effraction au-delà des apparences ou de la situation, pour en mieux dégager les effets et les circonscrire. La position clinique se doit d'interroger l'apparente évidence de la situation : annonce=traumatisme, en cherchant en quel endroit le tissage dans lequel chaque sujet est enveloppé a été déchiré.

Ainsi, M. B. a bénéficié du nouveau dispositif de consultation d'annonce quand son cancer du rein a été découvert. Quand je le reçois, quelques semaines après, il est dans une réaction dépressive sévère, que lui-même et son entourage attribuent à la découverte de la maladie et au traitement qui commence. On a pu néanmoins, en suivant le fil de sa parole, reconstruire la séquence. Après la consultation d'annonce, il sort de l'hôpital avec l'idée que sa maladie est sérieuse, mais qu'on va commencer rapidement un traitement par immunothérapie. Or, toute l'information délivrée ne semble pas recouvrir entièrement le réel qui lui tombe dessus, et rentré chez lui il se connecte à Internet et découvre avec effroi que seulement 50 % des cancers du rein guérissent. Ce savoir devient la vérité de son être, être-pour-la-mort, et c'est dans cette alternative, une chance sur deux de vivre, qu'il vit les premières semaines de traitement. Que s'est-il passé là ? D'abord, et malgré la mise en place du dispositif d'annonce, et des précautions dont on peut s'entourer et entourer l'autre pour éviter le choc, c'est toujours une mauvaise surprise que cette rencontre brutale avec le réel (*tuché* évoquée par Lacan en 1964), qui ne surgit pas forcément d'où il était attendu. De plus, le pronostic lu sur Internet a fait vaciller « l'assurance sur la vie » dans laquelle ce patient vivait jusqu'à présent (les 100 % de la vie), la réaction

dépressive pouvant faire évoquer l'ébranlement du sentiment d'immortalité à laquelle il croyait (comme la plupart !). Freud (1915) l'avait déjà noté : « *Personne, au fond, ne croit à sa propre mort ou, ce qui revient au même : dans l'inconscient, chacun de nous est persuadé de son immortalité* ». Le chiffre 50 % est très présent dans les premières semaines : plus que la maladie, son annonce ou son traitement, c'est lui qui est véritablement traumatique, puisqu'il a déchiré en un éclair le voile que l'annonce de la maladie n'avait fait sans doute que soulever. On peut reconstruire deux temps : le temps de la consultation laissant latente la question de la survie posée par le diagnostic (ce qui a motivé sa volonté d'aller voir et en savoir plus sur le net), et le deuxième temps lui apportant une réponse radicale et quasi désimaginariée (présence inéluctable de la mort). Il lui a donc fallu retisser un voile sur le tissu déchiré. Pour M. B., il s'est agi de faire de ces 50 % la présence de la mort dans la vie, présence qui n'annihilait pas sa vie actuelle.

Telle autre patiente ayant subi une mastectomie pour un cancer du sein avait commencé dès le diagnostic un travail psychologique régulier, tant sa difficulté de vivre depuis la maladie était massive. « *Depuis mon adolescence, je pensais que le pire qui pouvait m'arriver était de perdre un sein.* » Au fond, la figure du pire était déjà là avant même l'intervention jugée traumatisante.

Ce qui fait la singularité du traumatisme pour le sujet, c'est qu'au-delà de la catastrophe, tel mot, ou telle image, ou tel silence fasse effraction pour lui, et seulement pour lui. D'où une première indication thérapeutique : cerner, dans une pratique de parole, le plus précisément possible, la particularité de l'effraction.

Il y a bien sûr d'autres angles sous lesquels la question traumatique peut être appréhendée, notamment celui de l'après-coup entre l'événement potentiellement traumatique, l'impact côté sujet et les symptômes développés. Dans le cadre de ce chapitre, et à l'heure des cellules d'aide psychologique post-traumatiques, collectives, nous voudrions simplement rendre sensible le « un-par-un » de la question, et une orientation de travail pour le psychologue.

Observation 1

Le psychologue est appelé en chirurgie pour voir une patiente qui, selon ses infirmières, « refusait de regarder sa cicatrice ». Quand le psychologue se rend au chevet de la patiente, l'infirmière qui lui faisait alors un soin annonce l'arrivée du psychologue. La patiente refuse de le recevoir à ce moment-là.

Le lendemain, on pouvait lire dans le dossier de cette patiente la transmission infirmière suivante : « refuse de regarder le psy ». Regarder la cicatrice/recevoir le psy. Prenons ce lapsus au sérieux !

Si le traumatisme est une effraction dans le tissu subjectif, on comprend sans peine que le traumatisé n'oublie pas. C'est bien ce qui est décrit dans la clinique du trauma : retour du même (image, mot, scène d'effroi, etc.), c'est-à-dire retour du réel non noué à l'imaginaire et au symbolique. Le réel n'est en effet supportable que quand il est bordé par des images, et pris dans les mailles du discours.

Dégageons alors au moins deux niveaux, sans doute pas d'égale valeur, dans le processus d'appropriation de tels événements traumatiques. Le premier est la recherche de sens ; la « transformation de ce réel en réalité, soit [...] injecter une signification », comme l'indique et en montre les limites Danièle Silvestre (1993). C'est à l'endroit du point d'effraction que naissent ainsi les théories causales de la maladie, de pseudo-scientifiques à franchement fantaisistes : elles ont pour fonction d'essayer de réparer l'effraction avec du sens, avec plus ou moins de succès. Du coup, le sujet va chercher, et parfois trouver des événements qui seront qualifiés de traumatiques dans son passé, censés expliquer le traumatisme actuel. Tautologie traumatique faisant néanmoins partie du travail de subjectivation, il y a là un enjeu éthique pour les cliniciens qui doivent soutenir ce travail sans enfermer le sujet et eux-mêmes dans de fausses certitudes explicatives. Le sens, construit par le sujet ou imposé par l'autre, ou le discours ambiant, recouvre en effet la déchirure du voile, ce non-sens par une explication. Mais est-ce pour autant refermer la déchirure ? Plus que de couverture, un deuxième niveau, un autre type de travail s'apparente davantage au re-tissage, pour rester dans la métaphore des tissus. C'est intégrer la scène traumatique, soit ce qui est hors-sens, ce qui ne s'oublie pas, dans une mémoire, c'est-à-dire dans une série : processus de subjectivation là aussi, mais moins imaginaire, afin de pouvoir prendre un peu de distance avec l'événement en l'inscrivant au milieu d'autres, comme un des éléments de son propre destin. Faire du moment traumatique certes un moment d'exception, mais ayant un avant et un après, pour border la déchirure. « *Le faire passer à la mémoire, c'est-à-dire à la trace, à la cicatrice, visible, mais fermée* » (Soler, 2002), pas que cette patiente de chirurgie, qui pour l'instant refuse de regarder, pourrait s'apprêter à franchir.

C'est au sujet, dans sa singularité, de donner telle ou telle suite à sa rencontre avec l'extrême : le recouvrir de sens, ou inscrire ce non-sens dans son histoire personnelle, et de là, écrire la suite, avec s'il le souhaite l'aide du psychologue. C'est comme cela que nous lisons, si le lecteur nous autorise une référence prise hors du champ du cancer, le point à partir duquel l'écrivain Aharon Appelfeld, qui a vraiment été confronté à l'extrême (déportation, fuite, errance, solitude, etc.), raconte dans *Histoire d'une vie* (2004, p. 169) quelque chose du retour de sa vie d'avant le trauma et qu'il avait cru oubliée, et de l'inscription, après-coup, du trauma :

“ Ma vie qui m’avait échappé pendant la guerre et dont le souvenir s’était de plus en plus dissous ressuscita précisément à l’armée. Là, il m’apparut clairement que le monde que j’avais laissé derrière moi – les parents, la maison, la rue, la ville – était vivant et présent en moi, et tout ce qui m’arrivait, ou m’arriverait à l’avenir, était relié au monde qui m’avait engendré. Dès lors que cela m’apparut, je n’étais plus un orphelin qui traînait sa condition mais un homme qui avait prise sur le monde. »

2.2. De la demande

Deux particularités dans la question de la demande caractérisent la pratique clinique dans ce cadre ; l’une concerne le véritable demandeur, l’autre le poids du réel. En effet, même si de plus en plus de patients expriment spontanément une demande d’aide psychologique auprès de l’unité de psycho-oncologie, pour d’autres ce sont les soignants qui seront les médiateurs de cette rencontre. Médiateurs, et même parfois directement moteurs de la rencontre. « *C’est le médecin qui m’a dit de venir vous voir* » entend-on parfois, chez un patient qui semble se faire le porteur d’une demande mais pas de la sienne ! Comme dans chaque rencontre clinique, le travail du psychologue est alors de resituer les coordonnées de la plainte du sujet, pour laisser la possibilité à une demande personnelle et motivée d’émerger. En effet, comme pour la conception du traumatisme qui fait de chaque annonce de la maladie le moment traumatique pour tous, patients et soignants sont pris dans un discours collectif sur la souffrance psychique occasionnée par la maladie. C’est ce qui s’entend parfois à l’orée de la prise en charge psychologique : « *Je viens vous voir car tout le monde me dit que le moral c’est important pour guérir* », signe patent d’un imaginaire collectif encore tenace et qu’il va s’agir d’interroger pour qu’une parole authentique puisse se dire.

Ce travail est à faire quelle que soit l’apparence de la demande : constituée et formulée comme telle par le patient ; portée par le soignant inquiet pour son patient ; se laissant d’abord entendre comme plainte entre les lignes des « transmissions » infirmières. C’est pour cela que l’apparence première de la demande ne dit bien sûr pas tout de l’engagement d’un sujet dans la démarche, et qu’il semble illusoire de ne vouloir recevoir, dans ce cadre hospitalier, que des patients eux-mêmes demandeurs. Ce ne serait vouloir recevoir que les patients qui ont déjà fait une partie du travail psychologique ! L’acte du clinicien est bien de permettre au sujet qui vient lui parler de cerner, au-delà des paroles des autres qui l’entourent, ce qui fait véritablement *symptôme* pour lui et dont il va pouvoir demander à être soulagé. Bien sûr, le psychologue est alors attentif au désir d’engagement du patient dans la démarche, désir

(au sens de volonté) qui ne doit donc pas se confondre avec la demande proprement dite, et qu'il va s'employer à faire émerger.

Pour autant, le psychologue est évidemment attentif au contexte dans lequel lui est adressé le patient, et aux demandes des autres (familles, soignants, etc.) à son égard. Cela est souvent source de tensions entre les psychologues et les médecins (et équipes soignantes) : ces derniers voient, et bien souvent sont interpellés par, des patients se *plaignant* à eux d'une souffrance psychique majeure, qui semble appeler le plus rapidement possible à un soulagement ; et les psychologues rencontrent des patients parfois non demandeurs d'aide, en tout cas pas celle qu'on peut attendre d'un psychologue. Les premières rencontres doivent donc permettre au psychologue comme au patient d'éclairer la demande d'aide : qui demande quoi ? Est-ce que le patient prend à son compte, comme nous l'avons vu, ce qui est signalé comme une détresse psychologique par l'équipe soignante ? Est-ce que les équipes soignantes, en proposant la rencontre avec le psychologue, pensent être quitte de la part de soutien psychologique inhérente à leur pratique ? Les réponses obtenues se doivent parfois d'être confrontées aux perceptions des soignants du patient, dans les cas où ce dernier, en demandant un soutien psychologique, demande en fait plus d'attention de la part de ses médecins et soignants, sans aide spécialisée, donc. On sait aussi, à l'inverse, des moments où la souffrance psychique est si intense qu'elle enferme le sujet qui ne pourra faire la démarche de venir demander de l'aide. Parfois, c'est le psychologue qui prend l'initiative de la rencontre, notamment au travers de ce que peuvent lui rapporter certains soignants.

Le deuxième point, peut-être plus complexe et spécifique, autour de la demande concernerait plutôt les répercussions psychiques d'une telle maladie, dans leur articulation avec une demande d'aide. Le réel de la maladie est parfois si écrasant qu'il rend la parole et le lien de parole fragiles et superflus. « *Que dire ? Trente-cinq ans de bonheur avec mon épouse, et je vais mourir en la laissant seule* », disait récemment un patient rencontré au stade palliatif de son cancer du poumon, qui avait certes accepté la proposition de la rencontre avec le psychologue que lui avait faite ses soignants, émus par la détresse qu'il exprimait, mais sans que nous ayons pu aller plus loin avec lui. Or plus loin, où est-ce ? Notre offre de parole paraît bien mince face au poids d'un tel réel, et la proposition de nous en dire plus sur son souci pour son épouse est restée sans suite. La symbolisation touche là sa limite réelle, dans l'écrasement d'une demande sous l'impossible.

D'autres situations, tout aussi tragiques, préservent cependant un lien de parole, voire en font un fil essentiel. La survenue d'un cancer actualise pour certains sujets des questions latentes et pourtant fondamentales : le rapport au corps, à la dimension sexuelle et affective ; l'image de soi et les liens avec le partenaire, les enfants, les parents ; la

place dans la société et les liens sociaux ; la conscience de sa mort, et les réaménagements qu'il va falloir effectuer dans une vie dont jusque-là on n'avait pas pensé sérieusement qu'elle finirait. À ce titre, le cancer est pour certains sujets une *traversée* rapide et brutale du champ des repères habituels, qui les laissent perdus et désemparés, étrangers dans un monde familier... C'est à ce moment qu'une démarche psychothérapeutique peut être entreprise par un patient, pour reconstruire, autrement, mais avec tout ce qu'il est et a traversé, sa place dans le monde.

3. De quelques symptômes

Cette traversée de la maladie se fait rarement sans symptôme d'une souffrance psychique. Certains d'entre eux touchent à « l'intime » d'un sujet, comme la confrontation avec l'angoisse ou l'installation d'affects dépressifs (la littérature relève une forte prévalence de ces symptômes, ce que la réalité clinique confirme), et que nous allons maintenant examiner. D'autres, que nous verrons dans un second temps, s'inscrivent plus dans la relation d'un patient avec l'entourage soignant.

3.1. Présence de l'angoisse

Dans une telle maladie, cela n'étonne personne que l'angoisse se rencontre plus souvent qu'à son tour. Elle ponctue tous les moments de la maladie (premier signe dans le corps d'un problème, annonce, examens, attente des résultats d'examen, des traitements, de l'évaluation des traitements, etc.) et même bien longtemps après, à chaque consultation de surveillance, ou quand une douleur se manifeste dans le corps, ou même, nous allons le voir, sans que l'objet soit aussi clairement identifié.

Il n'est pas rare à l'hôpital que le psychologue soit appelé pour aider un patient à « verbaliser ses angoisses ». Cette sollicitude soignante heurte néanmoins très vite une limite : l'indicible de l'angoisse, l'évanouissement de la parole quand l'angoisse se fait crise, panique. En effet, l'angoisse résiste bien à un des impératifs de notre époque : parlez, verbalisez ! Elle résiste avant tout par son caractère apparemment « sans objet ». Cela est très sensible dans la présentation clinique : l'angoissé (hors, bien sûr, des situations précises vues plus haut) ne sait pas ce qui l'angoisse ! C'est ce qui fait qu'une certaine partie des théories psychopathologiques ou psychanalytiques définit l'angoisse comme cette peur sans objet. Ce n'est pas la thèse de Lacan, et il s'emploie, dans le séminaire qu'il consacre à l'angoisse en 1962–1963, à démontrer que l'angoisse n'est pas sans objet, en construisant cet objet si spécial qu'est l'objet *a*, cause du désir.

Nous ne rentrons pas ici dans ce séminaire qui fourmille d'indications cliniques majeures. Tirons-en simplement deux fils qui nous paraissent

utiles et opérants pour la pratique du psychologue clinicien. Le premier est un fil très freudien : « *l'angoisse est signal du danger. L'objet de ce danger, lui, ne se présente pas clairement.* »

Observation 2

Une patiente rencontrée en chirurgie, quelques heures après une attaque de panique massive, le matin même, alors qu'elle faisait sa toilette, seule face à son lavabo, nous a rendu cette dimension très sensible. L'entretien eut lieu dans sa chambre, dans l'après-midi. Elle connaissait et son diagnostic de sarcome et l'évolution métastatique péjorative. Elle était elle-même infirmière. Quelques heures donc après cette attaque de panique, il lui était impossible de dire ce qui s'était passé, malgré plusieurs sollicitations par les soignants dans les suites immédiates. Ce moment d'angoisse se présentait comme une coupure dans le déroulement de sa journée, un blanc dans lequel ce sujet avait disparu, s'était effacé. Je décidais de chercher avec elle, parce qu'elle en était d'accord, et qu'elle avait peur qu'une telle crise ne resurgisse, les pensées qui pouvaient être latentes autour de l'événement. C'est-à-dire chercher à resserrer, à border la zone blanche de l'angoisse par son dire à elle, ses propres éléments.

Elle ne comprenait pas. Rien de spécial ne s'était passé ce matin-là, ni examen, ni discussion avec un médecin qui eut pût l'inquiéter. Pas de sensation douloureuse non plus lors de cette toilette. Elle était même contente d'être debout et de la faire seule. Cela lui rappelait le matin à la maison, quand il faut aller vite pour préparer les enfants, et que tout le monde est pressé. Ses associations la conduisent justement sur ses enfants. Nous étions en fin de vacances scolaires, la rentrée des classes s'annonçant. Avec peine, et émotion, elle dit que sans doute elle ne pourra pas être là à cette rentrée. Et ce qu'elle ne dit pas, mais qu'on peut tout au plus supposer, c'est : « *Serai-je là pour les prochaines rentrées ?* » C'est là le contexte associatif dans lequel prend source la crise d'angoisse. »

L'angoisse remplit la fonction de signal du danger : danger de l'irruption de l'idée de sa propre mort, de sa propre disparition, dont Freud, nous l'avons vu, nous dit qu'elle est dans l'inconscient impensable. L'angoisse, comme le signal prévenant le surgissement de cet impensable, du trou dans la chaîne des signifiants ainsi que dans la chaîne des significations : notre propre mort, cet indicible que les paroles ne peuvent qu'approcher, mais jamais dire tout à fait. On voit là que le but des entretiens ne peut être de lui « faire dire » l'objet de l'angoisse, puisque ce dire-là est indicible, mais plutôt de lentement lui permettre de poser la question de sa présence aux autres et de son

avenir, c'est-à-dire d'essayer de border l'impensable par ses paroles, par son dire même de sujet, sans que l'angoisse l'envahisse tout à fait.

Le deuxième fil, toujours tiré du séminaire « L'angoisse », est le lien de l'angoisse avec le désir de l'Autre. Lacan propose une petite fable, celle de la mante religieuse, pour rendre sensible l'énigme et l'effet d'angoisse du désir de l'Autre sur le sujet, quand ce dernier est confronté à la question : que me veut l'Autre ? Les coordonnées de l'angoisse sont à situer là entre la certitude d'être visé par le désir de l'Autre mais dans l'énigme de la nature de ce désir. C'est extrêmement présent dans la situation du cancer, notamment dans les phases avancées de la maladie, quand la dépendance aux soignants est croissante, et les limitations physiques imposées par la maladie majeures. Mme D. est une autre des patientes rencontrées dans cette situation.

Observation 3

Mme D. est une jeune femme de 39 ans, atteinte d'une tumeur cérébrale, propagée également dans le cervelet et la moelle épinière. La tumeur était inopérable, elle l'avait déjà privée de l'usage de ses jambes, et cette patiente guettait chaque jour la survenue de la paralysie de ses membres supérieurs. Cette attente se faisait dans une angoisse croissante, parallèlement à une demande d'euthanasie insistante. Le psychologue essayait tant bien que mal de l'accompagner. Les relations avec elle devenaient difficiles, au fur et à mesure de l'avancée de la paralysie. Elle dit un jour, dans une colère croissante : *« J'arrive de moins à moins à bouger mes mains, j'ai l'impression que j'ai du mal à avaler. Jusqu'où ça va aller ? Est-ce que vous allez me mettre un tuyau dans l'estomac quand je ne pourrai plus avaler, pour me nourrir de force ! ? C'est affreux, il ne va me rester que la parole ! »* « Et donc la possibilité de dire non », répond le clinicien.

Cet épisode a ouvert une autre phase de sa prise en charge, où cette patiente a clairement posé avec les médecins ses choix concernant sa fin de vie, et sa volonté de ne pas être nourrie artificiellement.

Nous voyons là que l'angoisse est maximale quand la patiente s'éprouve réduite à l'objet du désir de l'Autre, en l'occurrence à l'apparent bon vouloir des médecins qui la soignent. Une des figures du pire, figure angoissante pour elle, était « être nourrie de force » : un objet dans les mains de l'autre, avec toutes les résonances inconscientes qu'on peut supposer à un tel gavage. Une des voies possibles pour elle a été de lui rendre sa capacité à décider de ce qu'elle voulait et ne voulait pas, c'est-à-dire à pouvoir créer une sorte de « distance » entre elle et l'Autre tout entier dévoué à ses bons soins, un rempart contre l'angoisse ainsi

suscitée. Nous disions que l'angoisse résiste à l'impératif actuel de verbalisation. C'est que l'angoisse est « signal du réel » (Lacan, 1962-63) par définition in-symbolisable. Cela ne veut pas dire que le psychologue clinicien n'ait pas une place à tenir, indépendamment des traitements anxiolytiques qu'il est souvent nécessaire de mettre en place. La place consisterait à pouvoir dresser le cadre de l'angoisse, soit situer le plus précisément possible avec le patient ses coordonnées d'apparition, ce qui permet déjà de délimiter ce qui semble hors-limite (peur panique de l'invasion, de mourir, de sombrer dans la folie, etc.), mais aussi, parfois – et à réinventer dans chaque cas –, de construire des solutions pour tenir un tant soit peu le réel à distance (poser la question de sa présence aux enfants pour la première patiente ; refuser la gastrostomie pour Mme D.).

3.2. Les affects dépressifs

Les affects dépressifs, parfois connectés à l'angoisse dans le « syndrome anxio-dépressif », sont également fréquents dans la pratique. Le discours ambiant autour de dépression et cancer véhicule souvent deux écueils dans la question, autour d'une même idée : une telle maladie ne peut que déprimer les patients. Le premier écueil, non sans lien avec les réticences individuelles à prendre en compte les aspects psychiques malheureusement rencontrés parfois, est une banalisation : la dépression est une réaction normale et va avec le cancer, donc ce n'est pas la peine de s'en occuper. L'autre écueil est en miroir : tous déprimés, donc tous sous traitement, au mépris d'un diagnostic différentiel plus fin entre la tristesse comme affect et un syndrome dépressif majeur installé. Ces questions sont très souvent au centre des discussions et des formations que psychologues et psychiatres proposent aux équipes soignantes. Dans la clinique, les affects dépressifs font bien souvent signe de la perte qu'a subie le sujet, et là aussi, la première tâche est de cerner le plus précisément possible la perte en question. La dimension subjective est d'ailleurs ici très sensible, car les affects tristes semblent parfois sans rapport, ou en total décalage avec l'expérience vécue par le sujet, et surtout de l'idée qu'on s'en fait ! Telle patiente supporte une puissante chimiothérapie (avec les effets connus de ces produits : alopecie, nausées, vomissements, fatigue) avant l'intervention chirurgicale, qui consiste en une ablation du sein, sans possibilité de reconstruction immédiate du sein, car sa maladie nécessite une radiothérapie locale qui viendra clôturer le traitement. La période de rémission qui commence s'accompagne d'un effondrement thymique de la patiente, qui se sent d'autant plus coupable que ses proches, soulagés et rassurés par la fin des traitements, lui enjoignent de « tourner la page ». Elle-même s'étonne de son état, « alors que tout devrait redevenir comme avant ».

Le suivi psychologique qui démarre à ce moment-là permet la mise en question de ce « comme avant », dans ce qui a définitivement changé avec le cancer, et qui ne saurait redevenir intact, mais soulève aussi des questions latentes préexistantes à la maladie, et qu'il est devenu essentiel de traiter. La dépression, dans ce cas-là, met douloureusement le sujet face à une perte à traiter : perte physique radicale dans le manque du sein, rappel incessant de l'avant- et après-cancer, mais aussi perte du sentiment d'invincibilité et de la capacité à se projeter dans l'avenir. Au sujet alors de retisser sa vie autour de cette perte, dans un nécessaire et éprouvant travail de deuil que le clinicien se devra d'accompagner s'il est sollicité, en sachant faire la place qui revient au traitement médicalement.

3.3. Refus de soins et demande d'euthanasie

La cancérologie, l'avancée de ses recherches, les progrès thérapeutiques confrontent patients et médecins à des choix difficiles en matière de traitement : chirurgies radicales, ou prophylactiques avec l'intégration des données de l'oncogénétique, protocoles d'essai thérapeutiques, décisions d'arrêt des traitements quand ils ne sont plus efficaces. Ces moments clés dans la relation médecin-patient mettent au premier plan la demande d'être soigné, côté patient, et la capacité à soigner, pas sans désir, côté médecin. Ces deux plans ne sont pas toujours synchrones ; ainsi, la demande du patient d'être soigné ne va pas toujours avec une acceptation inconditionnelle des propositions médicales. Cela est bien connu, à tel point que refuser un soin est un droit, maintenant inscrit comme tel dans la loi du 22 avril 2005.

Le refus de soins côté patient entraîne souvent une crispation dans la relation avec le médecin, et parfois le psychologue est appelé sur un tel terrain. Appelé, et même sommé d'agir, si possible en permettant au patient de se ranger aux avis médicaux, évidemment dans le souci louable que le patient ne perde pas de chances dans le traitement de sa maladie. On voit sans peine l'embarras du clinicien. Ce qui semble important, dans de telles situations, est encore une fois de laisser une place au sujet, en tâchant de se dégager – pour un temps – de la commande impérative qui peut être faite au clinicien, et d'appréhender la situation comme un symptôme, soit comme une réponse à une question qu'il s'agit de retrouver et d'éclaircir. Avant tout, quel est le contexte psychique du refus de soins ? La dépression majeure, voire un état mélancolique n'inscrivent plus le refus de soins uniquement du côté d'un dysfonctionnement relationnel entre médecin et patient, mais peut-être aussi dans un contexte suicidaire. Même chose pour le patient confus : la confusion se doit d'être traitée avant toute discussion

profonde sur les motifs du refus. Qu'est-ce qui est refusé dans le refus de soins (les traitements, les soins, les gestes techniques, la douleur) ? Parfois, c'est le malentendu qui est en cause. Tel patient dans un protocole d'essai thérapeutique, et malgré les bons résultats de celui-ci, refusait la dernière cure de chimiothérapie, motivant son refus d'une parole du médecin qui lui avait proposé l'inclusion dans l'essai en lui précisant : « *Vous pouvez sortir de l'essai quand vous le voulez.* » Pris au pied de la lettre, c'était ce qu'il faisait, reprenant ainsi le contrôle qu'il estimait avoir perdu depuis le début de sa maladie. Autre question : à qui le patient refuse-t-il le soin, au-delà du médecin (l'équipe soignante divisée sur le projet de soins, ou sa famille, surtout si les conflits règnent) ? À chacune de ces questions, le clinicien peut s'attacher à faire émerger les réponses latentes, inconscientes du patient, pour éclairer la réponse du sujet et permettre de refaire circuler la parole. Nous renvoyons les lecteurs à un article traitant de la question (Oppenheim et al., 2006).

Enfin, arrêtons-nous un instant sur la demande d'euthanasie, demande radicale et semblant clore le dialogue avec le patient, là où, peut-être plus qu'à aucun autre moment, le lien de parole est à préserver. Le rapport n° 63 du Comité consultatif national d'éthique du 27 janvier 2000 définit l'euthanasie « *comme l'acte d'un tiers qui met délibérément fin à la vie d'une personne, dans l'intention de mettre un terme à une situation jugée insupportable* ». La part qui revient au clinicien, nous semble-t-il, est de permettre de définir au mieux l'insupportable en question. Là aussi, une série de questions peut orienter la réflexion : qu'est-ce qui est insupportable pour le patient ? La douleur cancéreuse, quand elle n'est pas tant que possible calmée, fait bien souvent envisager la mort comme le seul soulagement possible. La peur d'une douleur qui a déjà été éprouvée aussi. La souffrance psychique est également moteur d'une telle demande. La fin de vie peut être un moment de grande dépression, portant à un degré d'intensité rare les conflits, les remords, la culpabilité. Certains états mélancoliques, des crises d'angoisse paroxystiques touchent au sentiment même de la vie, et peuvent motiver ces demandes. Qui demande : le patient douloureux que rien ne soulage ; la famille impuissante devant la plainte du patient, ou qui avait « promis de faire quelque chose quand... » ; les soignants qui ne veulent plus imposer de douleurs supplémentaires lors des soins ? À qui est faite cette demande ? Pas toujours à celui à qui on s'adresse ! Cela peut viser, au-delà de lui, celui à qui on ne peut pas parler de la mort qui approche, ou la communauté des soignants qui ne peuvent plus entendre tant de détresse. Enfin, sur un plan plus inconscient, et au même titre que le refus de soins, la demande d'euthanasie pose de façon radicale la question de la « valeur » de la vie

du patient pour l'autre : que suis-je pour l'autre ? Est-ce que ma vie a de la valeur pour lui ? Dans une époque où le temps, comme l'individu, se doivent d'avoir une utilité, le temps du mourir est souvent vécu comme bien trop long et n'apportant rien. « À quoi ça sert ? » entend-on bien souvent, comme si le service rendu était la seule valeur estimable.

4. Pour conclure

Individu dans l'institution hospitalière, le psychologue construit sa place entre une logique soignante avec laquelle il est indispensable de dialoguer, et la logique si particulière de la rencontre clinique. Participant dans sa fonction singulière à une mission de prise en charge « globale » du patient, le psychologue en oncologie tâche de maintenir vive une dimension de parole et de vie psychique mise à mal par la violence de la maladie, la lourdeur des traitements, la proximité fréquente de la mort. Peut-être plus que tout autre intervenant, surtout quand il est orienté par la psychanalyse, il n'est pas sans savoir les limites de cette parole, parfois pour les avoir rencontrées dans son propre trajet : l'indicible autour duquel les discours tournent, butée réelle de toute symbolisation. Le cancer confronte chaque sujet à une dimension autre et menaçante au cœur de soi, avec laquelle il va s'agir de continuer à vivre. Le travail de parole est une des voies pour ce faire, jusqu'à la limite du réel du corps, comme de ce qui reste hors de portée des mots et de toute symbolisation. C'est en inscrivant cette limite réelle au cœur d'une pratique de mots que le psychologue clinicien pourra peut-être permettre à ses patients de tirer leurs propres conséquences, leur propre savoir d'une telle maladie sur la vie, ainsi qu'aider ses collègues soignants à prendre soin des malades qui leur sont confiés.

Bibliographie

- Appelfeld A. (2004), *Histoire d'une vie*, Paris, L'Olivier.
- Freud S. (1920), « Au-delà du principe de plaisir », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1983.
- Freud S. (1915), « Notre relation à la mort », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1983.
- Holland J.C. et Reznik I. (2002), « The International role of psycho-oncology in the new millenium », *Rev Francoph Psycho-Oncologie*, n° 1-2, p. 7-13.
- Lacan J. (1963-1964), *Le Séminaire, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil, 2004.
- Lacan J. (1962-1963), *Le Séminaire, Livre X, L'Angoisse*, Paris, Le Seuil, 2004.
- Leguil F. et Silvestre D. (1988), « Psychanalystes confrontés au SIDA », *Ornicar ?* n° 45, p. 5-13.

- Oppenheim D., Dauchy S. et Hartmann O. (2006), « Refuser le traitement : responsabilité et autonomie du patient. À propos de l'avis n° 87 du CCNE », *Bull Cancer*, n° 93 (1), p. 133–137.
- Silvestre D. (1993), « Dépression et maladie organique », *La Cause Freudienne*, « L'Autre sexe », juin, n° 24, p. 127–132.
- Soler C. (2002), *L'En-corps du sujet*, Cours du Collège clinique de Paris.

CHAPITRE 11

En soins palliatifs : réintroduire la contingence

V. Comparin-Ainard, C. Doucet, M.-L. Tourenq

Le rapport à la mort dans notre société s'est modifié au cours des siècles. La fable du laboureur qui prépare sa mort entouré de ses enfants semble appartenir à un passé lointain. Aujourd'hui, la mort apparaît comme anormale, presque indécente :

“ Lorsque la mort survient pourtant, elle est ressentie comme un cruel démenti, comme un suprême affront infligé aux progrès de la technoscience, comme impensable, scandaleuse, injuste. (Lamau, 1994, p. 35) »

Pensée en terme d'échec, elle embarrasse tout un chacun qui préférerait n'en rien vouloir savoir, avec pour conséquence la solitude de l'homme moderne face à sa mort. Peu à peu le lieu de la mort s'est déplacé du domicile vers les institutions de soins, entraînant une médicalisation de ce moment de la vie. Pour autant, les soignants, désormais sommés de prendre en charge des patients en fin de vie, ne sont pas moins en difficulté que tout un chacun. D'où la tentation de confier cela à d'autres, en l'occurrence les unités ou équipes mobiles de soins palliatifs ; véritable symptôme d'une société qui reviendrait à faire de la mort une affaire de spécialistes. Les soins palliatifs peuvent-ils échapper à cette dérive ?

1. Aspects institutionnels

Lorsqu'un patient ne fait plus l'objet de soins curatifs, c'est-à-dire concourant à sa guérison ou à une rémission, une autre visée se

substituée à la précédente avec pour but la prise en charge de la douleur, des symptômes inconfortables et le maintien de la meilleure qualité de vie possible. Ces soins sont alors qualifiés de palliatifs. Les soins palliatifs se réclament d'une approche globale visant à prendre en charge ce que Cicely Saunders et Mary Baines, toutes deux médecins et pionnières dans ce domaine, ont qualifié de « *total pain* » (Saunders et Baines, 1986). Cette souffrance totale est composée de quatre éléments : la douleur, la souffrance psychique, la souffrance socio-familiale et la souffrance spirituelle. S'il est admis que la douleur relève d'une prise en charge médicale, la souffrance socio-familiale de l'intervention d'une assistante sociale, la souffrance spirituelle, en partie, de l'action d'un représentant du culte, le psychologue quant à lui a pour mission de prendre en charge la souffrance psychique des patients et de leur entourage. Les psychologues interviennent soit dans des unités de soins palliatifs, soit en équipe mobile intrahospitalière, soit au domicile par le biais des réseaux ville – hôpital, des dimensions représentées par les auteurs du présent chapitre.

1.1. Attentes concernant le psychologue

Les attentes sont multiples concernant l'intervention du psychologue en soins palliatifs : « adoucir » le moment de la mort, favoriser l'acceptation, permettre au patient de parler de sa mort à venir, transmettre un savoir sur la mort, faire taire les symptômes comme l'agitation, l'angoisse. Des attentes qui trouvent pour l'essentiel leur point de départ dans les travaux publiés par la psychiatre Elisabeth Kübler-Ross en 1975. Son étude porte sur l'analyse des entretiens réalisés auprès de patients cancéreux en fin de vie et met en évidence un cheminement psychique commun qualifié de « stades du mourir » dont le terme correspond à l'acceptation de la mort. Au-delà du flou conceptuel qui caractérise cette contribution, elle encourage un travers spirituel chez certains soignants qui se font fort de faire accepter au patient l'inacceptable. En effet, la mort constitue un impensable, elle n'existe pas dans l'inconscient car l'inconscient ne connaît rien de négatif (Freud, 1917). Embarrassés face aux contradictoires mouvements psychiques des sujets en fin de vie et bercés par l'illusion d'une salutaire acceptation, les soignants peuvent solliciter le psychologue pour qu'il œuvre dans ce sens. Le psychologue est alors perçu comme un élément d'un « kit » de prise en charge susceptible de garantir une bonne mort.

1.2. Profil et missions

Au niveau national, le choix de recrutement se porte préférentiellement sur les titulaires d'un master de psychopathologie clinique. Le fait d'être titulaire du diplôme interuniversitaire (DIU) de soins palliatifs est aujourd'hui vivement souhaité par les recruteurs. D'après certains

médecins, ce diplôme serait l'occasion d'apprendre à travailler en interdisciplinarité. Pour les psychologues, il s'agit peut-être davantage d'une initiation aux pratiques et aux vocables médicaux, notamment en matière d'antalgie. Ce savoir peut être utile au psychologue qui rencontre des patients atteints de pathologies graves et douloureuses, pour lesquelles des antalgiques sont prescrits.

Les missions du psychologue portent sur différents aspects : une mission clinique (suivis de patients, de membres de la famille), une mission de soutien et d'éclairage auprès de l'équipe pluridisciplinaire, la participation à la prise de décisions éthiques et aux formations dispensées en interne. Ajoutons la mission de formation et de recherche qui relève du statut des psychologues hospitaliers.

2. Champs d'intervention du psychologue

2.1. Le domicile

L'expérience des réseaux de soins palliatifs ville – hôpital a vu se développer la pratique des psychologues au domicile des patients. Le Réseau Reliance est le réseau de soins palliatifs de la Haute-Garonne. Il a été créé en septembre 2003 en collaboration avec l'Unité de soins palliatifs de l'hôpital Joseph Ducuing, l'Association de soins palliatifs et certains établissements de santé du département. Les objectifs du réseau sont de permettre aux personnes malades de rester selon leurs souhaits le plus longtemps possible à leur domicile. Pour cela, conformément à la circulaire du 19 février 2002, le réseau a un rôle de conseil et de soutien auprès des intervenants libéraux du patient à domicile, mais aussi un rôle de coordination entre les professionnels du domicile et les structures institutionnelles de soins, les associations de bénévoles. De plus, le réseau participe à la formation continue des professionnels de santé, fonctionne avec une équipe de coordination et des équipes mobiles composées de médecins, d'infirmières et parfois de psychologues.

C'est dans les locaux du réseau que la psychologue retrouve l'équipe de coordination et l'équipe mobile chaque jour, autour d'un café matinal ou de début d'après-midi, qui est surtout l'occasion d'échanger brièvement des nouvelles des patients. Ces temps de parole, même informels, sont d'autant plus précieux que les prises en charge à domicile impliquent beaucoup de déplacements qui diminuent les occasions de rencontres entre nous, et par conséquent les possibilités de transmissions d'informations nécessaires au travail d'équipe. Après chaque intervention auprès d'un patient, les professionnels sont tenus de laisser une trace écrite à l'intention de leurs collègues. Pour le psychologue, en plus de ses notes personnelles, il faut donc écrire dans le dossier commun la date de l'entretien, son contexte et les éléments qu'il juge

pertinents à l'intention de ses collègues : motif de la demande, contexte psychique et relationnel du patient, instauration d'un suivi régulier ou non, sa fréquence. Même si le psychologue considère important d'informer ses collègues de sa rencontre avec tel ou tel patient, il est préférable qu'il reste laconique sur ces écrits et partage oralement avec eux ses impressions sur une situation donnée. Le mode oral semble mieux correspondre à ce type de transmissions et participe à une meilleure qualité de travail interdisciplinaire. De plus, la confidentialité qui soutient notre pratique s'accommode mal d'une traçabilité.

Être psychologue en équipe mobile implique d'adapter le lieu de l'entretien clinique au patient. En soins palliatifs, le patient du psychologue peut être la personne malade, ou un membre de son entourage. Le lieu de l'entretien peut donc être le domicile du patient ou le bureau du psychologue. Se déplacer à domicile se justifie uniquement pour les patients qui n'ont plus la possibilité physique de venir jusqu'au bureau du psychologue, ou encore pour ceux qui s'occupent du patient et qui ne peuvent pas s'absenter du domicile.

2.1.1. Le temps de l'entretien

Tout d'abord, il faut déterminer un créneau horaire qui ne chevauche pas celui des autres intervenants à domicile (médecin, infirmière, kinésithérapeute, auxiliaires de vie, etc.). Or, le psychologue ne connaît que très rarement les emplois du temps de l'équipe de proximité. Les patients connaissent généralement le jour ou le moment de passage des infirmières, mais rarement l'heure précise. De plus, ce moment de passage est susceptible d'être modifié à tout moment, si l'infirmière a une urgence dans sa tournée. Quand le psychologue convient d'une heure de rendez-vous, il lui faut également tenir compte de la distance à parcourir et des embouteillages qu'il risque de rencontrer sur sa trajectoire.

2.1.2. Le lieu de l'entretien

Il faut aussi s'assurer que l'entretien puisse se dérouler confidentiellement entre le patient et le clinicien, ce qui est loin d'être évident lorsque, par exemple, l'aménagement du domicile a été réorganisé autour du malade et que son lit se trouve dans la pièce à vivre. Chez le patient, il y a de nombreux paramètres que le psychologue ne maîtrise pas mais avec lesquels il lui faut composer pour sa pratique. C'est à lui de créer un espace qui permette au sujet de se mettre au travail psychique, création à réinventer non seulement pour chaque patient mais aussi à chaque entretien.

2.1.3. Clinique de la parole et non clinique du domicile

Une autre difficulté propre à la pratique clinique à domicile est qu'il n'est pas toujours facile de se déprendre de son propre imaginaire et de se garder d'interpréter à partir de ce que le patient donne à voir

de son environnement et de ses relations avec ses proches. Aller dans ce sens serait aussi abusif que d'interpréter un dessin d'enfant seulement à partir de la production écrite et en se passant des commentaires entourant le dessin. L'observation du milieu de vie du patient et de ce qu'il donne à voir de ses relations avec ses proches livre de nombreuses informations sur lui. Ses photos, ses meubles, ses objets, tout parle de lui sans qu'il ne le verbalise. Ça parle, certes, mais de quoi ? Peut-être plus de la personne que du sujet de l'inconscient. Or, c'est tout de même cela l'objet de travail du psychologue clinicien. Que ce soit à domicile ou en institution, l'outil de travail du clinicien reste la parole, indice des manifestations du désir inconscient du sujet.

2.2. L'équipe mobile intrahospitalière

Un autre dispositif mis en place dans le cadre des circulaires ministérielles relatives au droit à l'accès des patients aux soins palliatifs est les équipes mobiles intrahospitalières de lutte contre la douleur et les soins palliatifs. Constituées de médecins, d'infirmières et de psychologues, elles interviennent dans les différents services d'un hôpital général lorsque les soignants sont confrontés à des difficultés dans la prise en charge de patients douloureux ou en fin de vie. L'équipe mobile est contactée généralement sur appel téléphonique au cours duquel le soignant demandeur indique le type de problème pour lequel l'équipe mobile est sollicitée – conseils dans la prise en charge médicale, infirmière, psychologique, ou dans la prise en charge globale du patient –, moyennant quoi l'intervention seule du professionnel concerné de l'équipe mobile sera décidée, médecin, infirmière ou psychologue, ou bien l'intervention conjointe de tous les membres de l'équipe.

La pluridisciplinarité s'exerce à deux niveaux : auprès des équipes soignantes des services dans lesquels le psychologue peut être appelé (pneumologie, cancérologie, moyen séjour, long séjour, pédiatrie, maison de retraite, pour ne citer que les plus fréquents) et auprès des membres de l'équipe mobile à laquelle il est directement affecté. Concernant le travail dans les services, le psychologue s'occupe soit des malades ou des familles, soit des soignants. Cela suppose de la part du psychologue une certaine disponibilité afin de répondre aux appels des équipes sans toutefois se réduire à un psychologue-urgentiste intervenant uniquement en situation de crise psychologique. Un travail d'information des soignants sur les missions du psychologue et sur l'intérêt d'interventions psychologiques précoces permet d'éviter les actions trop tardives auprès des patients. Enfin, la mise en œuvre de la pluridisciplinarité est fondamentale au sein même de l'équipe mobile. Chacun doit être en mesure d'accepter le savoir disciplinaire de ses collègues jusqu'à donner la priorité d'intervention à ces derniers si nécessaire. C'est le cas par

exemple d'une mise en retrait de l'intervention du psychologue qui ne se présente plus comme une priorité lorsque le patient est l'objet d'une douleur paroxystique. Le psychologue peut demander en premier lieu l'intervention médicale ou paramédicale. Le psychologue qui exerce en équipe mobile accepte la dimension de surprise qui ne manque pas de se manifester dans l'écart entre les situations décrites par les soignants et la réalité de la situation clinique.

2.3. L'Unité de soins palliatifs

Le Centre régional d'accompagnement et de soins palliatifs (CRASP) a débuté son activité en 1995 au sein de l'hôpital Joseph Ducuing à Toulouse. Si, au départ, les lits de soins palliatifs étaient au nombre de six et répartis dans les services de médecine et de chirurgie, depuis 2000 l'unité possède ses propres locaux et a une capacité d'accueil de dix lits.

Le principal motif d'admission des patients est la notion de crise. Celle-ci peut prendre divers aspects : douleurs mal contrôlées, risque de mort violente notamment par hémorragie cataclysmique, détresse respiratoire, agitation majeure, épuisement des équipes et/ou de l'entourage avec une impossibilité du maintien en institution ou au domicile. Toutefois, l'intégration de l'unité n'est pas synonyme de fin de vie imminente : certains patients repartent chez eux et pas toujours pour mourir. Il faut aussi mentionner que des patients douloureux chroniques suivis dans le cadre de la consultation douleur peuvent être hospitalisés pour une évaluation ou une modification du traitement antalgique. Le service est autant pourvu en soignants qu'un service de réanimation : quatre médecins y interviennent à temps partiel ainsi qu'un cadre infirmier. La fonction du psychologue a existé dès les prémices du centre, toujours à hauteur d'un mi-temps. Aujourd'hui, dans les mêmes locaux, le clinicien consacre l'autre partie de son temps à la prise en charge psychologique des patients douloureux chroniques.

3. Deux dispositifs caractéristiques de la pratique hospitalière : la réunion de synthèse et la visite

Parmi les différents dispositifs qui rythment la vie hospitalière d'un service de soins palliatifs, il en est deux, la réunion de synthèse et la visite, dans lesquels la présence du psychologue est requise. Néanmoins, cela implique pour ce dernier qu'il éclaire sa position en ces lieux. Comment dans ces dispositifs soutenir la dimension du sujet ? Comment servir les patients venus dans le service et non servir l'institution hospitalière, très friande de réunions et de remplissage de dossiers ? La présence du psychologue aux synthèses n'a de sens que si ces dernières ne se

confondent pas avec de longues transmissions infirmières. L'enjeu pour le psychologue réside dans la nécessité d'une part de soutenir qu'il n'y a pas lieu de conformer le patient à la norme institutionnelle mais plutôt de soutenir la dimension de vérité à l'œuvre dans le symptôme, et d'autre part d'offrir un dispositif de parole dans lequel le sujet pourra présenter sa demande et favoriser le passage du symptôme médical au symptôme analytique – soit une question que le sujet se pose à lui-même sur ce qui lui arrive.

3.1. La réunion de synthèse

Dans ce cadre, il convient d'aborder les questions relatives à la prise en charge des patients. Comment le psychologue peut-il orienter les discussions ? Comment rendre ce dispositif fructueux ? En effet, s'il n'y a pas de synthèse possible – la somme des savoirs en présence ne permet pas de saisir l'être du sujet –, il est tout de même possible de recueillir des faits cliniques de façon à faire valoir ce qui est en jeu pour tel patient. Parmi les discussions récurrentes, l'on trouve celles relatives aux demandes réitérées des patients, à l'agressivité ou encore celles qui concernent l'alimentation. Comment qualifier tel comportement alimentaire (anorexie, refus de manger, restriction alimentaire) ? Faut-il forcer à manger ?

Il y a aussi celles relatives à la place des familles. Le cas suivant permet d'illustrer le propos.

Observation 1

Melle R., âgée de 40 ans, est atteinte depuis l'âge de 18 ans d'une sclérose en plaques. Sa mère a toujours été auprès d'elle depuis le début de sa maladie. Au fil des différentes poussées de plus en plus invalidantes, elle a fait preuve d'un investissement sans faille. L'état de Melle R., qui vit au domicile de ses parents, s'est aggravé et sa mère, qui a beaucoup de mal à le reconnaître, donne à voir et à entendre un grand épuisement. Quand sa fille intègre le service, le contrat passé avec le corps médical stipule qu'elle sera rapatriée au domicile dès que possible. Mme R. est très méfiante à l'égard des soignants, leur reprochant leur façon de faire qui « n'est pas conforme » à la sienne et vit très mal l'absence de sur-enchère interventionniste du service. Les soignants sont très embarrassés face à son hostilité. À domicile, Mme R. réalisait beaucoup de gestes techniques, notamment des aspirations ; c'est d'ailleurs la multiplication de ces gestes qui a contribué à son épuisement puisqu'elle ne dormait plus du fait d'aspirations nocturnes très rapprochées. Dans l'unité, les soignants ne procèdent pas à ces gestes qu'ils jugent invasifs et qu'ils assimilent à de l'acharnement thérapeutique ; ils se cantonnent à des aspirations hautes et « douces ». Mme R. est affolée, accuse l'équipe d'inefficacité et ►

- lui impute l'encombrement bronchique de sa fille : « *Vous allez la faire mourir.* » Face à cela, une infirmière excédée et démunie tend la sonde à aspiration à la mère afin qu'elle réalise elle-même ce geste. En synthèse, il s'est agi de questionner la place de cette mère. Il est apparu important au psychologue de restituer à l'aspiration sa dimension médicale, avec comme conséquence la nécessité de poser l'impossibilité pour la mère de réaliser ce geste tant que sa fille serait dans le service. Cela eut plusieurs effets. Du côté maternel, le fait de rendre sa responsabilité au médecin permit à cette mère de se dégager d'une place impossible dans laquelle elle sombrait, et surtout ce ne fût plus à elle qu'il revint de prendre les décisions en matière de poursuite ou d'arrêt thérapeutique. Décisions insupportables qui s'apparentaient pour elle à un abandon thérapeutique et signaient la condamnation à mort de sa fille. Du côté médical, en se réappropriant la décision en la matière, les médecins optèrent pour la réduction du nombre des aspirations, jugées traumatisantes pour la patiente. Dans un second temps, les apports alimentaires (nutrition parentérale) furent diminués afin de ne pas accentuer l'encombrement. Du côté de la patiente, une amélioration symptomatique de l'encombrement eut lieu, s'accompagnant d'une suspension des aspirations et de la possibilité de permissions au domicile.

En soins palliatifs, où l'accompagnement met l'accent sur le « relationnel », la tentation d'une dérive affective est grande. Thomas Louis-Vincent, 1975. Louis-Vincent Thomas (1975) a déjà abordé cette dimension de la tendresse, interrogeant les raisons de sa présence massive en soins palliatifs, comme si l'amour venait recouvrir l'horreur d'une double castration, celle infligée par le réel, et celle résultant de l'impossibilité de sauver. L'étymologie du terme « palliatif » nous le rappelle : en latin, *palliare* signifie « couvrir d'un manteau ». Qu'est-ce qu'on tente ici de voiler, sinon l'effroi suscité par la rencontre avec la plus implacable des castrations, le réel de la mort ?

Une des difficultés pour les soignants est la rencontre avec la subjectivité du patient. Coutumiers de techniques visant à l'objectivation, du recueil exhaustif de signes pouvant aboutir à une protocolisation, ils sont démunis face aux manifestations du sujet. À partir de cela, ils peuvent saisir le psychologue pour lui demander des recettes, des grilles de lecture et de comportement. Plutôt que d'indiquer « comment faire avec ce patient », le clinicien essaie d'ouvrir sur « pourquoi il ou elle fait ça », façon de réintroduire la cause et de positionner les choses *versus* sujet.

3.2. La visite

La visite quotidienne de l'équipe médicale au chevet du malade est un temps fort de la vie hospitalière. Elle est l'occasion pour la psychologue

de rencontrer les patients et de faire une offre de parole. Ce moment permet bien souvent un accrochage transférentiel. C'est aussi l'occasion pour le clinicien d'entendre le discours que le patient adresse au médecin.

Observation 2

M. G. a un cancer du poumon polymétastatique dont il connaît le diagnostic. Tout en nous disant qu'il a un cancer, il demande un surplus d'exams « afin de voir où j'en suis ». En sortant de la chambre, nous discutons avec le médecin à propos de sa demande, en reprenant l'entretien et les énoncés du patient : « avec cette machine [la pompe à morphine], je n'ai plus mal, je me demande même si je sais qu'il [le cancer] est encore là, si je ne suis pas guéri. »

Nous pointons que sa demande n'est pas tant de savoir – ça voir – que d'être conforté dans son fantasme de guérison. Notre position sera donc de conseiller la non-prescription d'exams supplémentaires qui grèveraient les possibilités d'espoir du patient et le confronteraient à une réalité médicale en inadéquation avec sa vérité psychique. Il nous semble, en effet, qu'il y a une différence entre entretenir de faux espoirs et ménager l'espoir.

4. La pratique clinique auprès des patients

4.1. Clinique du réel mais pas du mourant

Parmi les difficultés auxquelles se heurtent les soignants, il y a celle qui découle du refus du patient quant au soulagement de sa douleur. Il faut préciser que, dans certains cas – nous excluons ici les douleurs cancéreuses –, la douleur participe d'un équilibre psychique. C'est ce que Michel Renault (1999) repère sous l'expression « niveau de douleur consenti ». Dans la psychose notamment, on a pu constater que le soulagement total de la douleur pouvait déclencher une décompensation sur un mode délirant. Cela nous conduit à nous questionner sur la fonction de la douleur et sur le fait qu'elle peut avoir valeur de symptôme au sens psychanalytique du terme. Le psychologue ne va pas s'attacher à éradiquer le symptôme, mais va chercher à repérer ce que le sujet tente d'articuler de cette façon. Parfois, parler de sa douleur évite d'aborder autre chose ; ainsi, il est flagrant que les patients douloureux chroniques venus rencontrer le psychologue à partir de l'insupportable de leur douleur se mettent très vite à parler d'un autre insupportable. La douleur revêt un sens et une fonction dans l'économie psychique que le psychologue a pour compétence de repérer.

Une autre question à laquelle le psychologue a maille à partir est celle des prescriptions médicamenteuses anticipées. À l'origine, celles-ci concernaient la prise en charge de la douleur. Certes, il est très important et légitime de vouloir soulager quelqu'un qui souffre et de se donner les moyens techniques de le faire. Mais le problème réside dans la systématisation de cette pratique qui conduit à se passer de la demande du patient. Ajoutons que le patient peut aussi se plaindre et ne rien demander tant en matière de prise en charge de la douleur que d'un point de vue psychique. On entend souvent : « *il (elle) pleure, tu devrais aller le (la) voir* » ; ou encore : « *il est mort et il n'a pas parlé* ». La liberté de rencontrer le psychologue fait partie des rares derniers choix qui restent encore aux patients ; c'est d'abord par ce biais que la fonction du psychologue est hétérogène à la fonction soignante. La rencontre avec un psychologue ne se prescrit pas, elle se propose.

4.2. Clinique du deuil

Qu'elle s'exerce à l'hôpital ou au domicile des patients, un dénominateur commun de la clinique en soins palliatifs est la problématique du deuil. Deuil de sa santé pour la personne malade, deuil du proche pour les personnes de l'entourage. Dans ce dernier cas, le suivi peut débuter pendant la maladie du proche et se poursuivre après le décès, pour quelques semaines, quelques mois, voire dans des cas plus rares des années. Pour un sujet confronté à une perte réelle, il semble en effet important de pouvoir faire perdurer la fonction d'arrimage que le clinicien peut représenter pour son patient. Il peut également arriver que, durant la maladie du proche, la « famille » – à entendre comme celui ou celle qui dans l'entourage est présent auprès de la personne malade – ne souhaite pas rencontrer le psychologue, mais que cette demande émerge plus tard, après le décès.

C'est le cas de M. B. qui a pris rendez-vous 8 mois après le décès de sa mère. Cet homme, d'une cinquantaine d'années, n'avait jamais eu affaire à un psychologue jusqu'alors et la découverte que cette rencontre pouvait se dérouler dans un contexte non psychiatrique avait dédramatisé les représentations qui étaient pour lui (pour lui mais malheureusement encore pour d'autres) rattachées à notre profession. Au cours du premier entretien, il a exposé la très vive douleur causée par la mort de sa mère, et les répercussions de cette douleur dans sa vie. En perdant sa mère, il se trouvait en proie à une détresse profonde, dominée par un intense sentiment d'abandon et de solitude. L'une des choses les plus difficiles pour lui et qui le faisait pleurer à gros sanglots, un peu à la façon d'un enfant, était l'idée que plus jamais il n'entendrait sa mère l'appeler « mon fils ». Le deuil de sa mère engendrait une véritable crise psychique, qui – c'est l'essence même de la crise – bousculait

tous ses repères. Il l'exprimait très explicitement : depuis plusieurs mois, il ne se reconnaissait plus, il n'était plus le même, son caractère avait changé, plus grand-chose de ce qui l'intéressait jusqu'alors n'avait d'attrait à ses yeux ; ni son travail jusqu'alors très investi, ni sa vie conjugale, familiale, amicale. C'était un désintéret pour tout ce qui ne le ramenait pas vers sa mère.

Il était sans le savoir très freudien dans ce qu'il disait de sa souffrance. Les manifestations qu'il décrivait correspondaient exactement au processus décrit par Freud en 1917 :

« L'épreuve de la réalité a montré que l'objet aimé n'existe plus et édicte l'exigence de retirer toute la libido des liens qui la retiennent à cet objet. Là-contre s'élève une rébellion compréhensible, on peut observer d'une façon générale que l'homme n'abandonne pas volontiers une position libidinale même lorsqu'un substitut lui fait déjà signe. »

Le processus normal consiste à arriver à défaire toute la libido rattachée à l'objet désormais perdu afin de l'investir sur les objets toujours présents ; c'est-à-dire à renoncer à l'objet perdu, mais pas renoncer pour rien d'autre à la place. C'est encore ce que disait Freud : « *Nous ne savons renoncer à rien, nous ne savons qu'échanger une chose contre une autre* ». Il s'agit d'une tâche ardue, dont il ne faut pas sous-estimer la difficulté, et il n'est pas anodin de parler de « travail » de deuil à ce propos. Un travail, cela implique un véritable effort, et une certaine durée, qui peut être plus ou moins longue. Pour ce patient, cela n'a duré que quelques semaines, le temps pour lui de faire des choix, de poser des actes. Pour l'instant, M. B. a pu sortir de l'état de crise dans lequel il était plongé ; il n'a plus d'idéations suicidaires, idéations qui traduisaient son désir de rejoindre l'autre maternel perdu, et il n'est plus en proie à une culpabilité écrasante et paralysante. La culpabilité est d'ailleurs très fréquente dans le tableau clinique du deuil. Souvent, elle est contrebalancée par une idéalisation de l'être perdu : celui qui n'est plus est revêtu de toutes les qualités.

Mais ne nous leurrions pas sur les principes moraux qui retiennent d'exprimer reproches et colère à l'égard de celui ou de celle par qui le sujet se sent abandonné. Plus la colère est refoulée à l'égard de celui ou de celle qui n'est plus là, plus importantes encore seront la culpabilité et l'idéalisation. Ainsi, M. B., au début des entretiens, paraît sa mère de toutes les qualités, un être exceptionnel auquel il n'avait rien à reprocher, la mère dont tout un chacun aurait pu rêver. Il se reprochait de n'avoir pas été suffisamment là, d'avoir dû se forcer à lui rendre visite alors qu'elle déclinait, d'avoir eu des difficultés à soutenir son regard et celui de ses proches témoins de son impuissance ; il s'en voulait encore de s'être lancé dans la création d'une nouvelle entreprise pour justifier

cette fuite d'une réalité devenue dès lors insupportable. Cette évocation l'avait ramené 30 ans plus tôt, alors qu'il était adolescent et qu'il s'était trouvé confronté au décès d'une de ses grand-mères. Déjà là, il se souvenait qu'il n'avait rien pu faire d'autre que de se tenir en retrait. Mais à cette époque, sa position avait été mieux tolérée car justifiée par son jeune âge. Le souvenir de cette grand-mère qui l'avait quasiment élevé lui avait un peu permis d'entamer l'idéalisation de sa mère, moins idéale puisque, en définitive, elle s'était délestée de la charge de son éducation sur cette grand-mère. Il repérait aussi que le traumatisme actuel de la disparition récente de sa mère réveillait des souvenirs plus anciens où il avait déjà éprouvé un sentiment d'abandon. Qu'une évocation en appelle une autre, réveille des réminiscences du passé, c'est le principe de la démarche du travail clinique, c'est-à-dire le principe de l'association libre, qui nous amène sur les rives fantaisistes de l'inconscient. Ce principe favorise de nombreuses surprises parce qu'il implique que le savoir ne se situe pas du côté du praticien mais du côté du patient. Il s'agit là du savoir inconscient, bien entendu. Du fait de ce renversement de savoir, il est impossible de savoir à l'avance combien de séances seront nécessaires pour un travail de deuil.

4.3. Des effets thérapeutiques rapides

La question des effets thérapeutiques mérite plus particulièrement notre attention car elle fait l'actualité du champ psy. En effet, si le débat trouvait son origine dans les controverses qui ont traversé l'histoire de la psychanalyse, il se reporte à présent dans la pratique des psychologues qui exercent dans des lieux divers et ont affaire à des demandes variées en lien avec la subjectivité de leur époque. Il faut à ce propos préciser d'emblée que la question des effets thérapeutiques de son acte préoccupe le clinicien. Cependant, la modernité repose la problématique de la thérapie et du soulagement à partir d'une idéologie, traiter le symptôme rapidement, ce qui nécessite de la part du psychologue une interrogation sur la visée de son acte. Il est question de mettre l'accent sur une pratique qui ne renonce pas à un abord du sujet qui tient compte du réel qui le fonde, des demandes de son époque et de la dimension de vérité à l'œuvre dans le symptôme.

L'efficacité thérapeutique est à rapporter à *l'acte du clinicien* ; l'acte qui se différencie de l'action en tant qu'il n'est pas pensé à l'avance et dont on ne peut mesurer que dans l'après-coup s'il en était bien un.

Observation 3

Mme C. détaille au cours d'un des premiers entretiens le déroulement de sa maladie. En 1994, elle se découvre atteinte d'un cancer du sein qui ►

- nécessite une ablation. Quelques années après, elle présente un cancer de l'estomac qui se solde par une gastrectomie. En pleurs, elle dit : « *Je suis un cancer ambulante.* » Ce à quoi la psychologue rétorque : « *Vous avez un cancer, vous n'êtes pas un cancer.* » Question de l'être et de l'avoir et question du sujet, pas tout du sujet n'est pris dans la maladie, il y a un écart.

Cela eut pour effet immédiat de la faire sortir de son lit, de lui permettre de demander les séances de kinésithérapie qu'elle refusait jusque-là. À nouveau, elle s'habilla, se maquilla et laissa sa porte ouverte aux soignants et aux amis qu'elle tenait à l'écart depuis quelque temps.

Le cas de Mme A., quant à lui, met en évidence les coordonnées et attendus de l'acte clinique. Elle est hospitalisée dans un service de pneumologie pour des vomissements et pertes de connaissance avec suspicion de métastases cérébrales. Elle présente une récurrence de cancer du sein avec échappement thérapeutique et envahissement tumoral notamment des métastases cutanées, du cuir chevelu et cérébrales. C'est une infirmière du service qui lui a proposé de rencontrer la psychologue de l'équipe mobile intrahospitalière. La patiente avait adressé à l'infirmière une demande de prescription d'un traitement médicamenteux pour traiter son anxiété, demande qui n'avait pas manqué d'alerter cette soignante.

L'entretien a lieu en face à face. La patiente décrit sa maladie, son corps : l'ablation du sein, les métastases dispersées sous sa peau, la chute des cheveux. Elle évoque l'aggravation de son état et ses craintes quant à la progression de sa maladie. Elle insiste alors sur sa peur des traitements à venir : « *Lors de la première chimiothérapie j'ai vomi 40 fois le premier jour. J'ai peur des traitements qui vont être plus forts maintenant, au point que j'ai envie de sauter par la fenêtre. Je ne peux pas dire ça à mon mari [elle pleure]. Il m'aide beaucoup, je ne peux pas lui dire ça.* » Elle insiste alors longuement sur la prise en charge médicale lors des premières chimiothérapies : « *Je leur disais, aux médecins, que ça repoussait entre les chimios. Ils me disaient que ce n'était pas possible. D'ailleurs, j'aurais dû ne plus avoir mes règles et pourtant je les ai. Ils disent qu'ils ont jamais vu ça. Les traitements n'ont pas agi, mes cheveux repoussaient pendant la chimio. Je sentais que ça n'agissait pas, je sentais la tumeur qui continuait à pousser* ». Elle poursuit : « *Les gens dans mon entourage me disaient : "Il faut que tu te laisses faire par le traitement, tu résistes" ; mais moi je disais : "mais je ne fais rien contre, je laisse"*. » Le clinicien témoigne son étonnement quant aux formules de l'entourage. Elle évoque ensuite la découverte de son cancer, le choc de l'annonce, d'autant que : « *J'avais une vie saine, il n'y a pas de cancer dans la famille, je faisais attention à mon alimentation,*

on avait tout pour être heureux. » Elle demande au clinicien de lui prescrire un médicament pour passer cette étape difficile. Ce à quoi ce dernier réplique que ce n'est pas de son ressort et qu'il est seulement possible de lui offrir un lieu pour parler de ce qui se passe. Elle poursuit alors sur sa peur des traitements. Puis, à nouveau, évoque sa « résistance » supposée aux traitements. « *Moi, je n'ai pas lutté contre les traitements.* » Le clinicien intervient alors fermement : « *Je vous crois. Il y a des choses dont nous n'avons pas la maîtrise.* » Un entretien est alors prévu deux jours après.

La patiente fait appeler à son chevet le psychologue plus tôt que prévu car sa sortie de l'hôpital est avancée. Elle se sent mieux. Un retour à domicile de quelques jours est organisé avant une nouvelle hospitalisation dans un autre établissement et de nouveaux traitements dont elle sait qu'ils vont être particulièrement puissants. Elle veut réussir ces moments en famille auprès de ses enfants et de son mari. Elle décrit des relations difficiles avec sa jeune fille au début de sa maladie. Celle-ci ne voulait plus l'approcher, ni surtout l'embrasser, par peur d'être contaminée par la maladie. Son petit garçon est « très proche ». Lorsqu'elle est fatiguée, il s'allonge auprès d'elle un moment. Mais « *les choses s'arrangent avec les enfants. Ma fille a compris. Elle avait peur d'avoir le cancer comme moi, je lui ai expliqué* ». Elle évoque alors son attachement à son mari. « *Je voulais que vous me prescriviez une pilule du bonheur.* » Elle montre l'anxiolytique resté dans le pilulier et indique qu'elle ne l'a pas pris. « *Je suis contente de rentrer chez moi.* »

L'effet thérapeutique manifeste réside dans le dire du clinicien qui donne du crédit à ce qu'elle dit (« je vous crois ») et qui différencie ce qui serait de la volonté du patient (résister aux traitements) du symptôme médical (le réel de la maladie, l'impasse du savoir médical sur sa maladie). Nous voyons là les effets du discours contemporain qui voudrait traiter le symptôme médical sur le même mode que le symptôme analytique. Ce qui intéresse le clinicien n'est pas l'exactitude, du registre de la science, mais plutôt la vérité, à savoir la position du sujet face à ce qui lui arrive. C'est pourquoi il est envisageable de donner du crédit à la parole du sujet. L'angoisse cède, une rectification subjective s'obtient. Ce dont la patiente fait part au deuxième entretien. Elle va profiter des quelques jours auprès de ses enfants avant de s'engager dans cette nouvelle partie que constituent les prochains traitements. L'acte n'a pas visé à adapter la patiente à sa maladie pour lui permettre d'affronter la situation redoutée (elle n'est pas conditionnée à accepter les traitements), mais à la désolidariser des paroles écrasantes de l'Autre. Nous pouvons dire qu'il soulage une culpabilité inutile, au sens où, dans cette situation, il est possible de s'en passer. Dès lors, elle renonce à la pilule du bonheur et s'engage dans l'existence, même si un doute persiste. Il

apparaît clairement que cette pratique clinique contrevient aux conceptions contemporaines selon lesquelles notre pratique dans ces services se réduirait à faire parler les patients sur leur mort prochaine. La clinique de la parole consiste plutôt à faire surgir le sujet en instaurant un écart par rapport aux identifications et significations sous lesquelles il était réduit, moyennant quoi un « réveil » subjectif s'opère.

4.4. Une clinique décalée

Le plus souvent, le psychologue doit, comme avec les patients, maintenir une place vide. Ce n'est pas facile car les attentes de l'équipe sont multiples, mais il ne doit pas intervenir précisément là où on l'attend. Ainsi, se taire et faire exister le manque est très important dans ce type de structure. Plutôt que de sur-interpréter, le psychologue doit tenter de mettre à l'épreuve et de questionner les certitudes. Place subversive s'il en est, qui impose la vigilance afin de ne pas être phagocyté par le discours médical d'un côté et le discours institutionnel de l'autre. Le discours du psychologue orienté par la psychanalyse met en avant la notion de singularité, le un par un, et son acte découle d'une conception du sujet comme divisé. Il s'agit dès lors d'extraire le patient de la catégorie du mourant dans laquelle il est bien souvent enfermé, pour saisir plutôt le ratage à dire ce qu'il est. Ainsi, le clinicien dans son travail avec le patient essaie de permettre au sujet de se départir des déterminations qui l'aliènent. Il a pour objectif une « rectification subjective », c'est-à-dire que l'histoire du sujet ne va pas changer, mais celui-ci va modifier la relation qu'il entretient avec son histoire. Pour cela, le clinicien va être à l'écoute de tout ce qui cloche dans le discours du patient, les ratés, ce qui dérape, qui échoue, car là est la marque de l'inconscient et du plus intime du sujet. Il n'y a pas de bon moment pour entamer un travail avec un psychologue, même si dans ce lieu, ce travail est conditionné par une certaine urgence subjective en lien avec l'imminence de la mort.

5. La dimension éthique au cœur de la pratique

S'il existe un lieu dans lequel l'obligation d'agir de façon responsable, c'est-à-dire de façon raisonnable et prudente, est de plus en plus prégnante, c'est bien l'hôpital. C'est le cas notamment pour l'exercice médical auprès des personnes en fin de vie, pour lequel l'évolution des techniques et la découverte de molécules chimiques ont conduit à un questionnement renouvelé relatif au contrôle de cette période. La complexité des situations de fin de vie conduit à un regain de l'éthique, un appel à une éthique qui se cherche par la voie des comités (Laurent et Miller, 1997). D'ailleurs, nombreux sont les hôpitaux qui mettent

en place en leur sein lesdits comités. L'appel à la dimension éthique se présente comme un recours face aux malaises et impasses suscités par la complexité des situations cliniques qui ne se laissent pas résorber par le savoir (les référentiels, les guides de bonnes pratiques), la règle (juridique, déontologique) ou encore la morale et l'éthique médicale. En quoi le psychologue est-il concerné par cela ? À partir de quoi le psychologue peut-il sortir de l'embarras créé par ces situations cliniques ? Le concept d'éthique de la psychanalyse nous semble propre à contribuer à ce questionnement issu de la discipline médicale, même s'il y a bien évidemment un écart entre le dispositif de la clinique hospitalière et celui de la clinique psychanalytique.

La situation suivante présente un abord de la question éthique en soins palliatifs dans lesquels les manifestations du réel sont propres à faire vaciller le nouage indispensable à la pratique médicale entre déontologie, morale et éthique. L'équipe mobile de soins palliatifs est appelée par un médecin du service de gastro-entérologie afin de l'aider dans la prise en charge d'une patiente atteinte d'un cancer du pancréas en phase palliative. Il ne sait plus comment faire. L'hospitalisation de la patiente fait suite à une altération de son état général. Conformément aux directives soigneusement codifiées, la patiente a été informée des résultats de ses examens ; elle se déclare « prête à mourir », mais précise qu'elle ne veut pas retourner à son domicile familial. Cependant, depuis l'annonce conjugquée à l'hospitalisation, « la patiente ne mange plus ». Cette attitude diagnostiquée par les soignants comme refus alimentaire suscite dans le service de multiples interrogations : faut-il la forcer à manger ? Comment faire face à un état qui se dégrade rapidement du fait d'un apport calorique et hydrique insuffisant ? De son côté, l'entourage familial accuse le corps médical de passivité. La pose d'une sonde de gastrostomie est alors envisagée et proposée à la patiente, ce à quoi elle répond : « *Vous faites ce que vous voulez.* » C'est d'ailleurs cela qu'elle répond dès que les soignants lui proposent quelque chose.

Il est possible de considérer que cet énoncé qui renvoie à l'Autre médical la charge de prendre sur lui la responsabilité de ce qu'il est bien de faire dans ce type de situation, provoque une disjonction entre déontologie, morale et éthique, laissant le praticien dans l'incapacité à dire la préférence raisonnable et à agir. D'où l'appel fait à d'autres professionnels, l'équipe mobile de soins palliatifs, pour résoudre la situation et l'invocation de la nécessité d'un comité d'éthique dans pareil cas (« *Si au moins on avait un comité d'éthique !* », dira le médecin). Dans la situation évoquée, l'incapacité dans laquelle se trouve le médecin à dire ce qu'il vaut mieux et à agir suggère la mise en jeu de la dimension éthique (concept de *prohairesis* d'Aristote). En effet, si la morale demande uniquement à l'acteur la capacité à se désigner comme l'auteur véritable de ses propres actes, les normes

réglant les conduites (neutralisation du désir), en ce qui concerne l'éthique, c'est le désir qui « structure la totalité du champ pratique » (Canto-Sperber, 2004). Suite à l'énoncé de la patiente, un signe de division subjective se manifeste côté médical, rendant impossible de réduire l'acte médical à un simple formalisme. Le « *principe subjectif* » (Kant) interfère avec la volonté opérant un dénouage entre déontologie, morale et éthique.

Quelle « *est l'originalité, la révolution de pensée que comporte l'effet de l'expérience freudienne concernant le domaine de l'éthique ?* » (Lacan, 1959-1960). Ou, pour le dire autrement, qu'apporte de nouveau, de tranchant, la découverte freudienne en matière d'éthique ? Lacan place la notion de réel au centre de l'éthique de la psychanalyse. « *La question éthique [...] s'articule, d'une orientation du repérage de l'homme par rapport au réel.* » Lacan donne la primauté au langage et à l'économie de la chose freudienne qui ordonne l'introduction dans le réel d'une béance, d'un trou. Expérience singulière qui fait de l'être humain un sujet désirant. « *Desidero, c'est le cogito freudien* » écrit Lacan (1963-1964, p. 141). La question du désir est au centre de l'éthique de la psychanalyse, celle du sujet de l'inconscient également (laisser dire l'inconscient et y être vigilant). La patiente, paradoxalement, en refusant de manger, témoigne de la fonction « féconde » du désir ; refus du corps dans l'hystérie, anorexie, etc. L'enjeu ici n'est pas le diagnostic différentiel mais la nécessité d'entendre dans « le refus de manger » la manifestation du sujet qui tente de sauver son désir : *primum vivere* – cela implique toutefois d'être informé de la distinction entre demande et désir. Le patient n'a parfois pas d'autre choix que de refuser les soins afin de rester vivant d'un point de vue psychique.

La question de la considération du désir et de ses paradoxes est également centrale en ce qui concerne l'acte du clinicien lui-même. « *L'éthique, écrit Lacan, consiste essentiellement en un jugement sur notre action* » (Lacan, 1959-1960). L'éthique implique de porter un jugement sur l'action, d'interroger le rapport de l'action au désir qui l'habite. Cela invite à repérer la nature du désir qui est au cœur de la pratique.

Qu'en déduire concernant l'intervention du psychologue dans le cas présenté ? Il s'est agi de proposer une lecture clinique en réintroduisant le sujet et non de se positionner à partir d'un savoir établi. Le psychologue, pas davantage que le médecin ou les soignants, ne sait pas *a priori* ce dont il s'agit pour cette patiente, ni ce qui doit être fait. Il s'agit de produire un discours « déboîté » par rapport à la commande sociale dont l'objectif est la recherche d'un consensus patient – famille – soignant, afin que la patiente accède à une mort paisible et réconciliée (même s'il s'agit là d'une position légitime de la part des soignants correspondant au nouveau modèle du bien mourir dont l'application pèse sur la subjectivité des sujets). Le psychologue clinicien se fait auxiliaire

du sujet en indiquant, après un entretien avec la patiente en présence du médecin, et au cours d'une discussion avec l'équipe soignante, que le refus alimentaire s'envisage comme position de sujet, le refus étant à entendre comme modalité du désir. Ainsi, l'enjeu pour le psychologue clinicien, dont l'éthique de la psychanalyse peut être la boussole, est de faire émerger la particularité d'une position subjective. C'est la seule condition pour que le psychologue clinicien ne soit pas rabattu du côté d'une psychologie médicale ou d'une simple assistance technique.

L'approche globale dont se réclament les soins palliatifs contribue à soutenir l'illusion que la mobilisation des différents intervenants serait un gage de bonne mort ; avec comme corollaire le fait de ne rien vouloir savoir du manque ! Un autre écueil de ces services est la surenchère interprétative, comme s'il fallait que tout ait un sens à tout prix. Vouloir mettre du sens partout se présente comme une tentative pour récupérer un peu de maîtrise là où elle est mise à mal. La rencontre réitérée de l'impuissance est source de souffrance chez les soignants qui, en dépit d'un important travail d'élaboration, cherchent des réponses.

Face à ce réel implacable qui insiste quotidiennement, les soignants et les familles peuvent être tentés de faire plusieurs types de demande ; côté soignant, l'euthanasie est bannie, mais pas du côté des familles. Les soignants peuvent parfois – et il est important de repérer à quel moment cela émerge – faire des demandes de sédation (sommeil induit) ; mot que l'on peut aussi orthographier « cédation », et alors que s'agit-il de faire céder ? Des rationalisations ont cours, elles sont autant de projections sur le patient de l'insupportable rencontré par les soignants : « *Il faut que ça cesse, il souffre trop, il faut le sédater* ». Injonction d'endormir l'autre à entendre dans toute son équivoque ! Le psychologue doit être attentif à cette question, car il doit se faire, dans ce lieu peut-être plus qu'ailleurs, l'auxiliaire du sujet. N'a-t-on pas le droit d'être agité quand on a pris conscience que l'on va mourir ? Le principal écueil reste la tolérance de l'équipe à une manifestation symptomatique bruyante et l'idéalisation d'une prise en charge qui viserait l'absence totale de symptômes. Il faut ménager ce positionnement car les soignants sont confrontés quotidiennement aux questions existentielles que ces situations suscitent. C'est pourquoi les discussions éthiques sont centrales dans cette pratique, nécessitant pour chaque professionnel une interrogation sur les fondements de son acte. « Au nom de quoi agit le praticien ? » Ou encore : « Qu'est-ce qui guide sa pratique ? »

6. Conclusion

La pratique clinique auprès des patients confrontés à leur fin de vie est guidée non par des standards mais par des principes. Elle ne promet pas un nouvel art de mourir valable pour tous, s'éloignant en cela des

sagesses ou des guides de bonnes pratiques édictés dans ce domaine. Il s'agit plutôt de s'intéresser au mode toujours singulier qu'à un sujet de traiter le réel de la mort ainsi qu'à la création subjective auquel ce dernier peut être conduit (Doucet, 2003). L'intervention du psychologue est donc orientée vers le réel du sujet, ce qui fait énigme pour lui, l'intraitable et l'indicible, et vise à réintroduire la contingence. « *Je fais du rab* » disait une patiente dans une angoisse majeure qui avait dépassé le délai de survie annoncé par l'un de ses médecins. En faisant valoir la dimension du fortuit et du hasard, l'intervention du psychologue clinicien a « décollé » la patiente de ce destin funeste auquel elle était assujettie, provoquant une sédation de l'angoisse tout en offrant la possibilité à cette dame de s'intéresser à nouveau aux menus détails de son existence. Par son acte, le psychologue clinicien orienté par la psychanalyse peut résister à la tentation institutionnelle de faire des soins palliatifs une spécialité (Castra, 2003) et du mourant une catégorie (Higgins, 2003) soumise aux idéaux contemporains du « bien vivre sa mort ». Il revient au psychologue clinicien de soutenir dans ce lieu la singularité du sujet et la présence de l'inconscient dans le discours médical courant.

Bibliographie

- Canto-Sperber M. (dir.) (2004), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, Paris, PUF, 2 vol.
- Castra M. (2003), *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*, Paris, PUF.
- Doucet C. (2003), « L'Intervention du psychologue clinicien en soins palliatifs : une pratique orientée par la psychanalyse », *Revue Francophone de Psychoncologie*, vol.2 n° 3, p. 91-94.
- Freud S. (1917), « Deuil et mélancolie », in *Métapsychologie*, Paris, coll. « Folio Essais » 1986.
- Higgins RW. (2003), « Fins de vie : un temps pour quoi ? Demandes d'euthanasie et soins palliatifs : l'invention du mourant », *Esprit*, n° 291, p. 139-169.
- Kübler-Ross E. (1975), *Les derniers instants de la vie*, Genève, Labor et Fides.
- Lacan J. (1963-1964), *Le Séminaire, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil.
- Lacan J. (1959-1960), « *L'Éthique de la psychanalyse* », *Séminaire, livre VII*, Paris, Le Seuil, 1986.
- Lamau M.-L. (1994), *Soins palliatifs. Origine, inspiration enjeux éthiques*, Paris, Centurion.
- Laurent E. et Miller J.-A. (1997), « L'Autre qui n'existe pas et ses comités d'éthique », *La Cause Freudienne*, n° 35, p. 7-20.
- Renault M. (1999), « Douleur, souffrance, deuil », enseignement dispensé dans le cadre du DU de Soins Palliatifs de L'Hôtel Dieu.
- Saunders C. et Baines M. (1986), *La Vie aidant la mort. Thérapeutiques antalgiques et soins palliatifs en phase terminale*, Paris, MEDSI.
- Thomas Louis-Vincent (1975), *Anthropologie de la mort*, Paris, Payot.

Postface

La psychanalyse semble d'autant plus nécessaire pour la médecine qu'elle se trouve être aujourd'hui, d'une certaine manière, un des derniers lieux de la clinique classique. La prédiction de Lacan en 1975 à l'Université de Yale, qui fait de l'invention freudienne la « dernière fleur de la médecine » (Lacan, 1976, p. 18), démontre en effet de nos jours sa pertinence dans le milieu médical. La psychanalyse constitue ainsi bel et bien un avenir pour la médecine dans la mesure où elle maintient ses repères dans ce qu'enseigne la méthode clinique, par trop rejetée dans le champ de la médecine aujourd'hui.

On peut en effet constater en psychiatrie – de même que dans des domaines de la médecine somatique – un certain recul de la clinique comme méthode de pensée. Le déclin de la clinique fait qu'il n'en reste souvent que l'exploitation d'un savoir préétabli. La clinique est devenue pour le médecin sa pratique, et non plus la construction discursive du savoir qui la sous-tend dans les conditions particulières de sa rencontre avec son patient. Aux potentialités de la démarche clinique s'est substitué l'épinglage de ce que l'on sait déjà : on préfère retrouver ce qui est déjà connu plutôt que de faire face à l'inconnu.

Même si les standards des guides de bonne pratique laissent inévitablement échapper le singulier, celui-ci finit toujours par faire retour. Or c'est justement ce retour du sujet qui frappe tant les médecins en milieu somatique et qui les conduit à faire recours comme en urgence aux cliniciens de la psyché. Encore faut-il que ces derniers puissent relever ce défi.

Il n'y a de réponse possible à cet appel de la médecine qu'à partir d'une clinique du sujet, qui est justement au centre de la psychanalyse. Sa méthode se fonde en effet d'abord sur l'expérience de la singularité en tant que telle. Sa clinique ne procède qu'au cas par cas, à partir d'un particulier qui doit chaque fois se reconstruire de façon nouvelle, tout patient venant potentiellement objecter à tout ce que l'on savait jusqu'ici.

Ce livre pointe très bien les enjeux d'une clinique orientée par la psychanalyse lorsqu'elle se déploie en prise directe avec le champ médical. Les technologies avancées auxquelles se réfèrent la plupart des chapitres de ce livre – que ce soit en néonatalogie, auprès des patients porteurs de VIH, en immuno-hématologie ou en cancérologie – permettent

d'intervenir sur la réalité sans avoir la possibilité de mesurer les effets subjectifs qui en découlent, qui plus d'une fois surprennent, ou peuvent même se révéler traumatiques.

Les avancées de la médecine, ses succès même, génèrent des points de butée et impliquent une demande nouvelle à la psychanalyse. Faut-il vraiment que celle-ci se prête à ce type d'appel ? La psychanalyse est convoquée dans le champ de la médecine à partir d'universaux, alors que l'opération analytique ne procède que du particulier. De plus, la psychanalyse n'est pas là comme une spécialité à ajouter à celle des autres. C'est ainsi que la rencontre entre médecine et psychanalyse se fonde sur une sorte de malentendu – un malentendu devant lequel on ne peut reculer, un malentendu qu'il s'agit de supporter, d'utiliser même, dans la mesure où il peut se révéler fécond, à condition de supporter le paradoxe d'ordonner une pratique à partir de la reconnaissance du malentendu qui la fonde.

Faire face à l'appel de la médecine dans ce type de situation extrême nécessite un type particulier d'intervention. Ainsi amené aux limites de la parole, il s'agit de fabriquer des modes de réponse qu'on ne peut ni programmer, ni anticiper, qu'on ne peut que découvrir et recréer de façon imprévisible au cas par cas, en étant attentif à ce qu'invente chaque sujet, au-delà des nécessités qui s'imposent à lui. Il s'agit d'entrer dans une pratique de l'inattendu, d'oser intervenir à côté, au-delà de ce qui est attendu, de façon décalée. Une solution s'ouvre parfois à partir d'un détail, au-delà de la problématique qui nous convoque : et c'est ce détail qui va justement peut-être permettre au sujet de trouver une possible réponse.

Il s'agit donc de travailler une logique de la réponse plutôt que de la cause, ou de ne retenir de la cause que ce qui cloche¹. Suivre le particulier dans ses surgissements contingents, telle est la boussole qui semble avoir orienté les différents auteurs de ce livre, qui cherchent à retrouver le sujet là où il est le plus exclu, dans ses potentialités parfois étonnantes face à l'univers contraignant dans lequel il se trouve plongé.

Oser se risquer à devenir des praticiens des couloirs, au-delà des repères habituels d'une psychanalyse : ce qui est présenté ici est aussi un enseignement pour la psychanalyse. Cette clinique est aussi une leçon sur ce qui se joue aux frontières du réel dès lors qu'on accepte de s'y risquer. La médecine voudrait que tout soit possible, en tout cas elle cherche à rendre possibles ses idéaux de soin. La psychanalyse s'appuie au contraire sur l'impossible, et cherche sur la base de l'acceptation de cet impossible à ouvrir un nouveau champ des possibles. C'est ainsi que la psychanalyse peut être vue d'une certaine manière comme l'envers de ce sur quoi se fonde la médecine. Il y a là un renversement difficile à

1. Pour paraphraser Lacan (1964, p. 25) : « [...] il n'y a de cause que de ce qui cloche ».

exprimer. C'est particulièrement important dans la mesure où la maladie en elle-même peut devenir un piège d'identité, qui soustrait le sujet à ses potentialités. Le patient peut faire de sa maladie une identité, un piège de causalité auquel peuvent participer ceux qui s'occupent de lui, s'ils n'ont pas la perspective paradoxale de miser sur l'impossible à supporter pour ouvrir une voie où s'inventer différemment.

Quoi qu'il en soit, la médecine confronte aux limites de l'humain, qu'elle voudrait faire reculer. Quoi qu'elle fasse, quels que soient ses succès, la médecine n'est pas toute-puissante. Elle finit par perdre la partie menée contre la mort. Il y a là une contradiction inéluctable dans la médecine, toujours en échec par rapport à ses idéaux de soins, dans une inéluctable faillibilité, qui blesse tant le médecin que ceux qui mettent en elle leurs espoirs. Entre la vie et la mort, il y a une tension impossible à éviter, à laquelle s'affronte la médecine. Tout se déroule aux confins de l'immortalité et de la condition mortelle, à la frontière entre le monde du jour et l'univers des ténèbres.

La confrontation à la mort, c'est la rencontre du réel dans sa crudité, impossible à supporter. Mais c'est aussi la mise en tension d'une autre version de la mort, celle qui sous-tend la vie², seule raison valable de vivre au-delà de la maladie, et de rester engagé dans ce curieux détour³ que chacun vit sur le chemin de sa propre disparition.

François Ansermet
*Psychanalyste, chef de service,
 service de psychiatrie d'enfants
 et d'adolescents,
 Hôpitaux universitaires de Genève
 et Université de Genève, Suisse.*

Bibliographie

- Freud, S. (1920). « Au-delà du principe de plaisir », in Essais de psychanalyse, Paris, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 1981.
- Lacan, J. (1963-1964), Le Séminaire, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse, Paris, Le Seuil.
- Lacan, J. (1966), « Subversion du sujet et dialectique du désir », in Écrits. Paris, Le Seuil.
- Lacan J. (1976), « Conférences dans les Universités nord-américaines », Yale University Kanzer Seminar, 24.11.1975, Scilicet, n° 6-7, p. 18.

-
2. « Car il ne suffit pas d'en décider par son effet : la Mort. Il s'agit encore de savoir quelle mort, celle que porte la vie ou celle qui la porte » (Lacan, 1966, p. 810).
3. Freud (1920, p. 83) présente en effet la vie comme un détour sur le chemin de la mort.

INDEX

A

- accompagnement
 - psychologique 78
 - psychothérapique 24
- acte 4
 - clinique 69
 - présence en 4
- acting-out 20
- affect 8, 38
- aide psychologique 143
- amour 55
- angoisse 38, 145
- angoisse de mort 39
- approche borroméenne 86
- après-coup 17
- attaque de panique 146
- autonomie 7
- Autre
 - (désir de l') 2, 20

C

- cas 4, 86
- castration 15
- causalité 26
 - organique 77
 - psychique 9, 77
- choix 75
- classifications 94
- clinique 2, 31, 168
 - de la parole 156
 - du réel 106
 - élève de la 4
 - orientation 128
 - psychanalytique 168
 - séminaire 31
 - sous transfert 100
 - vignette 107
- complaisance somatique 3
- conflit 13
- consultant 31
- contingent 25
- conversation 53
- conversion 15
- corps 3, 13, 168, 169
 - jouissant 13

- manifestations du 3
 - rapport au 2, 3
 - refus du 3, 169
 - représentation du 3
 - statut du 3
 - usage du 3
- coupure interprétative 12
- culpabilité 20

D

- déchiffrer 2
- défense 12
- demande
 - d'euthanasie 149
- déontologie 168
- désir 169
 - de l'Autre 20
 - d'enfant 65
 - de reconnaissance 2
 - paradoxes du 169
 - sexuel 54
 - sujet du 6
- détermination 26
- déterminisme 2
- détresse 144
- deuil 67
 - clinique du 162
- diagnostic
 - annonce du 57
 - différentiel 20, 89
- dire 53, 76
 - impossible à 27, 146
- discours médical 113
- dossier
 - médical 7
 - patient 7
- douleur 17, 82
 - morale 82
 - psychique 82

E

- écouter 76
- effet 168
 - ségrégatif 138
 - thérapeutique 8, 86, 166

- effraction 141
- enfant 39
- entretien 2, 56, 77
 - clinique 2
 - lieu de l' 156
- épilepsies 94
- étayage 14
- éthique 68, 168
 - comités 167
 - médicale 168
- étiologie
 - organique 9
 - psychique 2
- événements 2
- exactitude 166

- F**
- familles 144
- fantasme 26, 104
- fonction
 - d'autoconservation 15
 - phallique 86
 - vitale 15
- frustration 15

- G**
- gérontologie
 - biologique 124
 - clinique 123
- guérison 47

- H**
- hasard 62
- humain 105
- hystérie 8

- I**
- idéal du moi 102
- identification 21, 103
- imaginaire 86
- inconscient 12
- indétermination 2
- indicible 18, 45, 145
- inhibition 62
- instant de voir 27

- J**
- jouissance 14, 61
 - autoérotique 13

- L**
- langage 2, 83
- libido 3, 27
- lien social 10

- M**
- malade 105
- maladie 1
 - d'Alzheimer 122
- malentendus 1
- médecine
 - prédictive 24
- médicale 8
- méthode 7, 124
 - clinique 128
- mission 154
 - clinique 154
 - d'éclairage 155
 - de formation 155
 - de recherche 155
 - de soutien 155
- modifications subjectives 3
- morale voir ÉTHIQUE 168
- mort 140
 - rapport à la 153
- Munchhäusen
 - syndrome de 17

- N**
- névrose 8
 - obsessionnelle 20
 - post-traumatique 16
- Nom-du-Père 100

- O**
- objet 86
- observance 3, 57
- Œdipe 89
- offre de parole 57
- organisme 3

- P**
- paralysies
 - hystériques 15
 - organiques 15
- parler 76
- parlêtre 89
- parole 1, 81
 - effets de la 16
 - efficace de la 81
 - groupes de 4
- particulier
 - logique du 6
- passage à l'acte suicidaire 20
- pathomimies 3
- peur 38
- plainte 56
- pluridisciplinarité 112
- position
 - du sujet 85
 - subjective 74
- pratique 7
 - analyse de la 4
 - clinique 7, 100
- praxis 3

présentation de malades 84
 prévention 30
 privation 15
 psychanalyse 1, 77
 psychopathologie 123
 psychose 8, 20, 88
 ordinaire 89
 psychosomatique 3, 16
 psychothérapie 7, 58
 puberté 63
 pulsion 3
 d'autoconservation 14
 de mort 22
 sexuelle 14

R

recherche 100
 rectification
 subjective 2, 3
 réel
 signal du 148
 refus
 de savoir 21
 de soins 149
 relation d'aide 2, 72
 relationnel 9
 rencontre 8
 résistance 9
 responsabilité 52
 réunion
 clinique 133
 de synthèse 158
 rêves 17

S

savoir 115
 schizophrène 20
 sciences
 humaines 2
 médicales 3
 secret professionnel 7, 68
 sémiologie 11
 sens 2
 sexualité 54, 61
 signifiant 2, 14
 soignants 143
 souffrance 40
 des soignants 4
 psychique 31, 154
 socio-familiale 154
 spirituelle 154
 totale 154

stress 27
 structure clinique 20
 subjectivité 82
 suggestion 16
 suivi
 psychologique 149
 psychothérapeutique 5
 sujet 1, 13
 acte du 2
 dément 131
 destin du 29
 effet 13
 énonciation du 29
 position
 du 85
 psychotique 131
 supervision 31
 symbolique 86
 symbolisation 16
 symptôme 1, 9, 166
 analytique 9, 166
 de conversion 3
 hystérique 16
 médical 9, 166

T

tableaux cliniques 11
 temps 11, 56
 de l'attente 56
 logique 27
 pour comprendre 12, 27
 transfert 2
 transmissions 143
 traumatisme 12, 26, 142
 troubles 93, 119
 cognitifs 119
 de la conduite 119
 démementiels 119
 du comportement 119
 mentaux 119
 tuché 140

U

urgence 19, 24
 subjective 19

V

vérité 8, 52, 166
 vie
 (fin de) 147
 visite 160
 volonté 169