

La Collaboration médecins – psychanalystes

Dr Guite Guérin

La collaboration entre médecins et psychanalystes, même lorsqu'elle paraît souhaitable, est jugée trop difficile, sinon impossible. Cette impossibilité est, en général, attribuée à une différence de vocabulaire entre deux champs conceptuels hétérogènes. Ce point de vue nous paraît superficiel et très partiel.

Travaillant depuis plus de dix ans avec des médecins, nous avons rencontré un nombre certain de difficultés. Celles qui sont liées au vocabulaire sont les plus aisées à surmonter. La critique du vocabulaire psychanalytique recouvre en fait une opposition à la collaboration.

En quoi cette collaboration médecins - psychanalystes est-elle nécessaire ? La question d'une survie du patient toujours limitée n'est pas le centre du malaise médical qui se situe en fait dans l'inefficacité de sa puissance devant le mal-être de vivre. Aussi paradoxal que ce soit, c'est justement dans le temps où le pouvoir technique des sciences biologiques s'accroît de façon considérable, que les médecins –techniciens se trouvent confrontés à l'impasse de ces sciences devant l'être souffrant de l'homme. La faille entre les connaissances concernant le corps biologique, leur enseignement, leur efficacité d'une part, et l'étendue de la prolifération des plaintes, des symptômes, de la souffrance des corps vivants qui ne répondent pas à cette science, sinon en y faisant obstacle, d'autre part, devient éclatante. Cette faille ne peut que se creuser davantage entre la Science et le Sujet de la souffrance. La Science n'est pas adéquate à traiter le sujet de la souffrance. Et en un sens, plus la science étend sa maîtrise sur le corps biologique, plus le sujet est dépossédé de ce corps par l'anonymat de la science qui le comptabilise, le diagramme, plus ses plaintes et symptômes, son mal à vivre vont déborder de toute part les coordonnées scientifiques. La médecine est là devant. C'est d'ailleurs, et en un sens paradoxalement aussi, au moment de la naissance de cette science que Freud découvre la psychanalyse, c'est-à-dire découvre que le savoir ne définit pas le sujet, qu'il y a dans le sujet un autre champ, l'inconscient. Ce qu'on savait avant concernant l'être souffrant relevait de la mythologie, ou de l'amour. C'est lorsqu'un savoir scientifique s'est constitué que l'on s'est aperçu aussi qu'il n'y avait pas de savoir scientifique concernant les contenus de l'inconscient ce qui ne veut pas dire que sa structure ne soit pas l'objet de science.

Nous assistons actuellement aux effets des progrès de la science sur la relation de la médecine avec le corps. Ce qui est exclu de la connaissance du corps par la science concerne le corps du vivant en tant qu'il n'est pas réductible au corps biologique. C'est le corps d'un être qui habite un langage spécifique, en relation avec une image du corps spécifique et dont les possibilités de plaisir et de souffrance sont liées à une histoire particulière, à des fantasmes particuliers qui ne deviendront jamais généralisables comme objets de savoir, mais sont pour lui – corps vivant - sa vérité.

Quelle serait la visée fondamentale de l'analyste ?

Ce serait de faire assumer par le corps médical la double nécessité à laquelle le médecin est livré. D'une part, il est celui qui, suscite, permet la mise en forme et recueille les paroles du patient. Au côté du patient, au côté de son ignorance, de celle qui parle comme et quand elle peut, le médecin est récepteur de symptômes, de paroles. De là nécessité qu'il appréhende à longueur de journée, à longueur de consultations.

Mais par ailleurs, il est livré à une autre impérieuse obligation : celle d'être médecin représentant du savoir scientifique. Ce savoir n'est pas du même ordre que celui énoncé par le patient. Il ne l'annule donc pas, ne s'oppose pas à lui, ne le double pas, si le médecin accepte de ne pas en faire le seul savoir circulant entre lui et son patient.

Même close comme science, la médecine ne peut être contenue dans le discours scientifique, car elle est appel et question d'un sujet vivant à la science. C'est sur le fait d'être mal – vivant que le sujet questionne la médecine. Cette question, parce que le sujet souffrant est en dehors de la science, ne peut recevoir une réponse scientifique, tant que le sujet lui-même n'a pas de statut scientifique, et le médecin ne peut donc pas pour y répondre ne s'appuyer que sur la science. Mais jusqu'à présent on laisse au sujet médecin le soin de répondre au sujet malade. Il s'appuie sur la science, mais répond en tant que sujet.

Imbriqué au désir de pouvoir et ne se supportant pas comme désir non satisfait, le désir de savoir a mis en place tout au long de l'histoire médicale une série de faux savoirs. C'est l'ensemble de ces faux - savoirs, sorte de mythologie médicale, que l'analyste se propose de questionner avec les médecins : l'action de l'analyste serait donc un travail sur la mythologie (ou idéologie médicale). Il n'y a pas de théorisation globale de la Médecine. Sa pratique repose d'un côté sur un Savoir Scientifique, de l'autre sur des trous dans le savoir que sont venus combler des idéologies, des croyances, des mythes, auxquels malades et médecins participent. C'est la mise en cause de ceux-ci, leur dévoilement, et dépassement, que l'analyste

Si les buts de la collaboration médecins – psychanalystes sont atteints, le psychanalyste aura contribué à augmenter le pouvoir du médecin. Certains psychanalystes et sociologues s'en sont émus, pensant que le médecin possédait déjà socialement un pouvoir trop important. Pour cela ces psychanalystes refusent le travail en commun avec les médecins. Cet argument joue sur les multiples sens du mot pouvoir. L'analyste a un certain pouvoir sur l'inconscient. C'est un pouvoir qu'on peut dire technique, voire scientifique. Par ailleurs, tout travail analytique suppose un lien particulier appelé « transfert » entre le patient et l'analyste. Ce transfert entraîne effectivement un pouvoir de manipulation, séduction, agression, mensonge, dont le moins qu'on puisse dire est que son éthique exclut que le psychanalyste s'en serve. Le pouvoir médical peut aussi se répartir sur deux versants, l'un technique, clinique, scientifique, d'où découle un certain pouvoir thérapeutique, justifiant la fonction médicale. Ce pouvoir là est le pouvoir sur la maladie. L'autre est le pouvoir que la position médicale, le titre et « l'honneur », et l'adhésion nécessaire du patient lui confèrent. Il est pour lui aussi médecin, exclu qu'il en abuse, ou même qu'il en use. De toute façon, le pouvoir que l'analyste augmente chez le médecin, est du côté thérapeutique. Rien jusqu'à présent ne justifie les craintes exprimées par certains analystes d'une déviation vers une utilisation répressive et manipulatrice du pouvoir. D'ailleurs si cela était, pourquoi un tel abus serait-il le fait des médecins seuls et non analystes ? Cet argument développé par un certain nombre de collègues ne nous paraît donc pas recevable.

Avant d'envisager la question de l'enseignement, ses modalités et ses contenus, nous nous demanderons pourquoi tant de résistances se manifestent chez les médecins qui, par ailleurs, ont accepté de collaborer avec les psychanalystes ?

Nous parlerons d'abord des chercheurs et « maîtres » en sciences fondamentales. Jamais la psychanalyse n'a dit que l'anatomie, la biologie ou la physiologie étaient fausses. Cependant nous recevons de nombreuses et violentes critiques quand nous disons que tel fait clinique est en rapport direct avec la théorie psychanalytique. La difficulté nous semble être dans la coopération entre plusieurs théories dont chacune explique une partie des faits cliniques. Les chercheurs vouent une passion à leur théorie, à celle qui pour eux a éclairé et ordonné le monde, à celle par laquelle ils ont acquis progressivement une certaine vision du monde. Chaque science fondamentale, en effet, régit et ordonne un certain nombre de faits appartenant à un champ précis et chacune respecte le champ de l'autre. Ce que l'analyste met en cause n'est pas telle science fondamentale mais le fait clinique brut et la pratique médicale. La psychanalyse traite de l'ensemble des conséquences liées au fait que l'homme parle. Elle a pour possibilité ou prétention d'ordonner une série de faits cliniques qui relèvent aussi des autres champs. C'est cela qui n'est pas supportable pour les tenants des sciences fondamentales.

Deux ordres de motifs rendent compte, nous semble-t-il, de cette intolérance, de cette incompatibilité. D'une part, donc, la passion, l'investissement de tel discours scientifique, d'autre part, pourquoi pas ? La passion de l'ignorance concernant « l'être », et donc, également « l'être malade ». En ce qui concerne les médecins praticiens, leur hostilité ou leur peu d'ardeur à la collaboration nous paraissent liés au peu d'efficacité immédiate qu'ils trouvent dans cette collaboration. Il est vrai que le travail médecins – psychanalystes n'entraîne pas un accroissement rapide de l'efficacité médicale, du pouvoir médical. Il est vrai également qu'au bout de quelques années, la pratique de ces mêmes médecins est notablement modifiée. Dans l'ensemble chacun d'eux témoigne que son travail clinique est devenu à la fois beaucoup plus intéressant et beaucoup plus difficile.

Nous envisagerons maintenant la dernière raison, peut-être la plus importante, rendant difficile, voire problématique la collaboration psychanalystes – médecins. Elle est à relier au scandale que représente ce que révèle l'analyse. L'analyse prétend cette chose folle :

« il y a en nous un texte qui fait loi bien que nous ne le connaissions pas ». Pas plus que les autres, les médecins ne sont prêts à si vite reconnaître que leurs patients et eux mêmes, et tout homme en ce monde, n'est pas seul à l'origine de sa parole. En arrivant aux USA, Freud disait qu'il y apportait la peste. On peut dire (et pourquoi s'étonner ?) que la résistance à la collaboration médecin – psychanalyste représente un essai de repousser cette peste.

Malgré ces résistances, nous avons donc poursuivi notre travail en commun. Comment ? Comment envisager la transmission d'un enseignement ? Est-il judicieux et nécessaire ? Si oui : quoi et comment enseigner ? Si non : comment ne pas enseigner tout en travaillant avec les médecins ? Cette alternative ne reçoit de réponse que selon le sens donné au mot enseignement. Si l'enseignement est ce qui passe du maître à l'élève, la réponse est non, nous n'enseignons pas. Si l'enseignement est ce que les médecins apprennent d'eux-mêmes, par eux-mêmes, à travers leurs périples et péripéties cliniques, grâce aux questionnements et discussions avec le psychanalyste, la réponse est oui, nous enseignons. Si l'enseignement est ce qui vient empêcher les questions de surgir, la réponse est non. S'il est ce qui fait passer d'une question à une autre, en approchant progressivement d'une vérité personnelle, la réponse est oui. En somme, nous espérons que nous n'enseignons rien aux médecins mais qu'ils apprennent beaucoup avec nous. Nous supportons et portons leurs questions.

Leur surdité à l'égard des malades n'est pas totale. Elle est variable et modifiable dans certaines limites. Ils peuvent appréhender l'étude du transfert des patients à leur endroit, et, versant opposé, l'étude de leur transfert sur leurs patients (ici le transfert est de même nature que dans le travail analytique).

Nous pouvons préciser ce qui, pour nous, représente le contenu de cet enseignement. L'analyse tente de montrer qu'il ne s'agit pas pour la médecine d'accroitre son pouvoir sur le corps biologique du malade, mais d'articuler autrement le rapport du sujet à son corps. L'analyse met en évidence qu'un corps traité en objet scientifique laisse échapper la dimension de corps propre à tel sujet. L'analyse tente d'apprendre à rendre le sujet à son corps, ou le corps au sujet. Elle tente de maintenir chez le médecin une ouverture au discours tenu en mots, soutenu par des corps, grâce à un éclairage qui ne lui viendrait pas du seul projecteur de l'objectivité scientifique. Le médecin n'est pas là pour laisser tout dire, mais à travers, au-delà des plaintes médicalisées, il peut écouter, entendre le patient. L'analyse essaie de faire en sorte que tel symptôme présenté par tel patient soit pour le médecin éclairé par le discours même de ce patient au lieu d'être lu à travers une grille scientifique qui réduit chaque corps à un corps anonyme.

Ce que l'analyse souhaite transmettre au médecin tourne autour de la notion de corps   rog  ne. Le corps auquel a à faire le médecin est un corps qui n'est pas régi uniquement par des faits anatomiques, biologiques, physiologiques. Il ne se réduit pas à une étendue, à un volume, à des organes et à des fonctions. C'est un corps dont l'une des dimensions essentielles est elle de la souffrance et du plaisir. Le médecin concerné par la souffrance du corps de son patient ne peut pas ne pas être concerné par le plaisir de ce même corps.

Apprendre ce dont le patient souffre et ce qu'il désire lui ouvre l'accès à ce qui sous-tend une part certaine de la pathologie : le rapport de ce corps au champ de la souffrance et du plaisir qui n'est pas sans effets sur la physio-pathologie corporelle.

Un autre contenu de l'enseignement concerne le rapport discours - corps. Le corps de l'enfant est pris dans le monde de mots qui habitent sa mère, réseau de mots dont il est un des éléments avant même qu'il ne parle. C'est dans son rapport à un corps qu'il est de façon privilégiée lié et relié à ce qu'il en est de sa mère.

L'enseignement cherche à rendre attentif au discours :    sa détermination, à son émission, à sa réception, à sa transmission, et à ses effets. Il essaie de mettre en évidence la réalité psychique : le fait qu'elle s'impose constamment chez patients et médecins qu'elle que soit la réalité objective de la clinique. Où se repère cette réalité psychique ? Dans les différents discours patients - médecins. Entendre ces discours, c'est accéder à cette réalité méconnue, recouverte par les faits médicaux ou psychologiques. D'où l'enseignement : aucun signe ou symptôme n'est à référer à un savoir préalable. Tout symptôme au sens le plus commun du terme est d'abord une question. Chaque trouble du sommeil, chaque anorexie, chaque syndrome clinique de l'enfant est pris dans le discours du ou des parents. Envisagé isolément, chacun d'eux n'apprend rien ou peu sur l'individu qui le supporte. Le risque majeur est un décodage stéréotypé entraînant un traitement unique, lui aussi stéréotypé : il n'y a pas plus de clé des symptômes que de clé des songes.

N'est-ce pas là encore un enseignement que d'indiquer qu'il existe des repères, des rapports, des points d'arrêt, des signifiants qu'il s'agit d'appréhender, de chercher ? Rappelons que n'importe quel élément du discours peut être un signifiant. Certains appartiennent au seul discours individuel. D'autres au discours commun ou au discours médical. La démarche diagnostique et l'écoute ne sont pas libres de toute supposition. Elles se poursuivent dans une filibre d'hypothèses à confirmer ou à infirmer.

L'analyste montre au médecin que si la source du savoir est pour lui psychanalyste chez le médecin, pour le médecin, elle est chez son patient.

Comment en arriver là. Par Quels moyens ?

Nous précisons rapidement le matériel qui est l'objet du travail commun médecins – psychanalystes : le psychanalyste peut faire part au médecin de ce qu'il a entendu auprès des patients et lui proposer d'y réfléchir ensemble. Le médecin peut faire part au psychanalyste du matériel recueilli auprès de son patient. Les deux personnes, médecin et psy (ou les deux groupes) peuvent réfléchir à des patients que chacun d'eux connaît. Plusieurs médecins peuvent discuter au sujet d'un même malade ou plusieurs médecins réunis peuvent présenter chacun un malade que ses collègues ne connaissent pas. Le même type de discussions à 2 – 3 ou X personnes peut avoir lieu avec les étudiants : de la même façon le matériel peut être apporté par le psychanalyste, les médecins, ou être commun aux deux. La discussion dans tous les cas porte soit sur la dynamique de la symptomatologie du patient, soit sur la dynamique du médecin en rapport avec ce patient-là.

Pour le médecin, l'analyste-enseignant serait celui qui connaît l'inconscient, peut transmettre cette connaissance sans que l'enseigné ait à passer par les chemins de cette connaissance. Le médecin attendrait de connaissance la possibilité d'en inférer certains faits, certaines conséquences immédiatement applicables dans sa pratique.

En fait, l'impact du rapport médecin-analyste se joue à l'intérieur des champs suivants : la curiosité (ce que les analyses appellent la pulsion épistémophilique), la possibilité de reconnaître l'autre, la nature des connaissances médicales.

La curiosité, particulièrement évidente chez les médecins qui se consacrent à la recherche, est appelée par l'analyste à s'appliquer hors du secteur délimité par les sciences exactes, donc dans tout le champ clinique. Comprendre les malades, se repérer dans leurs questions, leurs énoncés, leurs doutes, leurs croyances, donne un plaisir certain – celui de l'exercice de cette curiosité. Interroger la réalité psychique des autres et la sienne, au lieu de classer ou de la juger ou de la tenir pour allant de soi, est un grand changement. Mais cet exercice, cette mise en jeu supprime tout ce qui est habitude, coutume, voile. Une telle éradication risque fort de s'accompagner d'une plus grande difficulté, un plus grand malaise, une plus grande insécurité pour le médecin. Pour les uns, le plaisir de la découverte prime son contenu, quel qu'il soit, même désagréable. Pour d'autres, le déplaisir du découvert annule l'agrément de la démarche. C'est donc la mise en marche et le maintien de la curiosité appliquée au champ clinique de l'être souffrant que l'analyste tente d'établir chez le médecin. Partagé avec le patient, le résultat de la curiosité peut, pour certains symptômes, conduire à une guérison ou à un soulagement plus solides que ceux obtenus en calmant, en droguant, en dopant ou en endormant.

Un deuxième point d'impact du travail de l'analyste avec le médecin vise à induire chez celui-ci le désir de reconnaître l'autre. Reconnaître l'autre dans son être particulier, suppose, pour ne pas être de pure forme, sa connaissance. L'efficacité de cette reconnaissance est une dimension majeure de l'efficacité médicale. Elle est fondée sur le supposé théorique que nul ne peut exister si, d'abord, son existence n'est pas reconnue. La possibilité de reconnaître l'autre s'opère chez le médecin par différents mécanismes. Il se voit, lui, reconnu dans ses dires par l'analyste. Il constate que la reconnaissance du patient par l'analyste n'entraîne chez celui-ci ni compromission ni collusion avec, mais qu'elle est un acte qui modifie la symptomatologie du patient.

Du fait de la projection par le médecin sur le patient d'idéaux, d'idées, de sentiments qui lui sont propres, sa disponibilité vis-à-vis du malade peut être diminuée et il prête au patient les demandes que lui médecin ferait en tant que malade à son médecin, les plaintes dont il aurait, lui, à être soulagé. Il identifie le patient à lui au lieu de s'identifier au patient. Il ne lui est pas facile (ni à aucun autre) d'appréhender chez le semblable la différence qui sépare l'autre de soi. Le glissement est toujours proche entre rejeter l'autre comme non-semblable et nier qu'il soit différent de soi. Reconnaître la différence et la similitude chez l'autre semblable met en jeu et dévoile toute une gamme d'identifications, possibles ou non. Grâce à ces possibilités d'identifications, le médecin est en mesure de remettre en cause nombre de formations imaginaires concernant sa conduite, ses affects, ses jugements, sa thérapeutique. Il peut également remettre en cause sa fonction sociale si souvent du côté de la normalisation, de la censure, du refoulement.

Dans la pratique, nous proposons au médecin de prendre acte d'une identification privilégiée du patient, qu'elle lui paraisse ou non acceptable. De prendre acte également des autres identifications du patient, que, pour chacune d'elles, il se reconnaisse semblable possible. Quand nous parlons de l'identification à l'autre, il ne s'agit pas d'identifier l'autre à soi (ce qui est pourtant courant comme en témoigne la phrase

« C'est normal de .... Ce n'est pas normal de ... » toujours énoncée en référence au jugement personnel sur cette norme), mais de s'identifier à l'autre, tout en restant soi – sans devenir un double – ce qui peut être très difficile. Cela revient à faire connaissance avec le patient et à accepter tel et tel élément de son monde intérieur tel qu'il nous le communique.

L'élaboration imaginaire proposée par l'analyste est une technique absolument contrainte à toute approche médicale traditionnelle où l'on cherche précisément à se défaire de cet imaginaire que ce soit celui du malade ou celui du médecin. Cette élaboration est utilisée pour mettre en évidence les positions préconscientes du médecin, positions qui déterminent et limitent son écoute et son regard, c'est à dire son examen. Elle est également utilisée pour situer la relation médecin – malade et pouvoir la lire à travers le texte du médecin – situer le malade au lieu de rejeter, méconnaître, censurer ses positions par un discours médical presque toujours contrôlé. La valeur ainsi reconnue de l'élaboration imaginaire comme connaissance s'oppose à l'efficacité attribuée habituellement à la logique, à la raison, qui impliquent le contrôle permanent des pensées et des sentiments.

Ce type d'enseignement est difficile. Il convient d'éviter un certain nombre de pièges. En premier lieu, l'analyse sauvage, c'est à dire l'interprétation – vraie ou fausse – de la conduite, du comportement du médecin, fondée sur un savoir psychologique largement discutable et intervenant sans le moindre respect des convictions du médecin et de l'image qu'il a de lui-même. Ce type d'interventions a des effets bloquants, et persécuteurs pour le médecin.

Les conseils concrets d'aménagement de la praxis médicale risquent de leur côté de ne pas laisser la possibilité d'en élaborer les soubassements.

Autre piège : l'enseignement ex cathedra. L'analyste « sait ». Il transmet ce savoir et obture les fondements de la pratique des médecins, la vérité de leur position. Il maintient ainsi une dépendance sans fin, une aliénation supplémentaire, barre la curiosité, et empêche toute dialectisation de leur fonction. Ce chemin de la plus grande dépendance apporte au médecin un savoir « psy » qu'il intègre au même titre qu'un savoir anatomique ou biologique, à cette différence près qu'en ce domaine, le savoir colmate, prend la place de ce qu'eux-mêmes et leurs patients avaient à faire entendre.

Que l'analyste se propose comme modèle aux médecins est une autre difficulté à éviter, non la moindre. Car d'un modèle, on passe sans heurt à une norme, avec tout ce qui s'engouffre là comme nécessité de s'y conformer. La normalité est le lieu privilégié de la censure et l'analyste s'en fait alors l'agent. Les médecins ne peuvent plus rien apprendre sur leurs désirs et sur ceux de leurs patients. Ils cherchent la conformité.

Que l'analyste n'entende pas est un autre risque. Il parle, d'autant plus qu'il n'entend rien. Il dilue le discours du médecin, le généralise, le banalise ou l'arrête en rassurant. Il édulcore et finalement tient pour nuls ses propos.

Si l'analyste entend et répond par son propre discours aux fantasmes des médecins, il oppose ou propose ses propres fantasmes concernant patients, médecins, symptômes et médecine. Il plaque sa propre vérité, mais ce qu'il dit est reçu comme venant de celui qui en sait plus, ce qui donne à ses paroles un poids qui transforme ses fantasmes personnels en savoir vrai. Ce piège nous paraît avoir pour les médecins des conséquences plus graves que le rejet pu et simple de l'analyste.

Un dernier risque enfin est celui d'établir une relation de dépendance du médecin non plus avec la personne de l'analyste mais avec les références de pensée qu'elle représente. Eviter cette dépendance suppose que le médecin ait métabolisé ces références de pensée à travers un long travail d'élaboration. La transmission passe par une série de demi-mensonges, de demi-vérités, de compromis, qui donnent une suite de réoétitions, de variantes autour d'un thème central. Cela demande beaucoup de temps. Métaboliser implique rejet ou faire siennes ces références. Si cette métabolisation n'a pas lieu, la pensée du médecin – dans ce domaine – reste dépendante d'une pensée extérieure à lui. Cette question reste posée, non résolue. Le médecin peut-il apprendre un mode de pensée à la fois centré sur le texte du patient et dégagé par rapport à lui ? Sa réponse est fonction de la structure de chacun, médecin ou non.

Pour nous, l'intérêt, la nécessité et l'efficacité de ce travail en commun se supportent de l'idée que pour tous, la vérité, même si elle n'apporte pas dans l'immédiat plus de bonheur que le mensonge, s'avère plus propre à soutenir une existence. Nous pensons, en effet, qu'il est difficile, voire impossible de soutenir une position mensongère toute une vie. Et surtout, nous pensons que lorsque tel est le cas, les enfants, les descendants paieront dans leur vie, le prix de cette tromperie. Le médecin est la jonction des causes et des effets. A lui, bien souvent, revient la charge d'éviter que ne se réalise le proverbe