

La psychanalyse, une chance pour la médecine ?

Isabelle Galland

C'est de ma place de psychologue clinicienne que je vais intervenir aujourd'hui, de « psychologue en service de médecine »¹ C'est le titre d'un livre paru il y a quelques mois, écrit par un collectif d'auteurs, tous psychologues à l'hôpital, qui rendent compte du quotidien de leur pratique, avec comme référence la psychanalyse lacanienne. C'est ma référence également.

Je travaille à l'hôpital dans deux services différents : l'un accueille des personnes séropositives et malades du sida, l'autre s'occupe d'Aide Médicale à la Procréation, accueille des couples, des femmes surtout, qui n'arrivent pas à avoir d'enfants. On pourrait se croire aux antipodes, d'un côté la maladie grave, sexuellement transmissible, connotée de maladie mortelle même si les traitements aujourd'hui et dans les pays industrialisés la traite en partie, et de l'autre une clinique de la vie, de l'aide à la vie.

Les médecins qui travaillent dans ces services sont des spécialistes, infectiologues, sidénologues ou gynécologues, biologistes ... Par contre le psychologue travaille de la même façon dans un service ou dans l'autre : il n'est pas un expert d'une clinique médicale : il propose un lieu aux patients où ils vont pouvoir parler de ce qui leur arrive. Le psychologue n'a pas de préjugé ni d'a priori, c'est le patient qui va l'enseigner.

La médecine s'intéresse au corps, le psychologue va s'intéresser à ce que le patient dit de son corps, la manière dont il ressent ce corps qui le lâche, l'abandonne, le fait souffrir. Ce corps, la médecine va le photographier, y débusquer des virus, le chiffrer en nombre de CD4 pour la clinique du sida ou en pourcentage d'hormones pour celle de l'AMP. Le corps est objectivé. Pour le psychologue, le corps est subjectif, il n'y a pas de dire d'un sujet qui vaille pour un autre sujet.

¹ Sous la direction de Caroline Doucet. Masson

La médecine se fonde sur les statistiques, les protocoles, les procédures. Si c'est significatif statistiquement ça vaut pour le plus grand nombre. Il reste pourtant une part d'intraitable dont la médecine ne sait que faire. Le psychologue s'intéresse à cette part d'intraitable et pour cela va soutenir la clinique du cas par cas.

A partir de ce préambule, je vais prendre un exemple de ma clinique pour tenter d'illustrer ce que je viens de dire

L'observance

Reprenons l'histoire du sida. Au départ il n'y avait pas de traitements et les patients mouraient après quelques années de rémission. Puis il y a eu l'arrivée des trithérapies, depuis 1996 les traitements permettent d'éviter l'entrée dans la maladie sida. C'est un progrès considérable, de nombreux patients qui se croyaient condamnés, revivent grâce aux traitements.

Et pourtant on découvre que quelques uns ne prennent pas leurs médicaments. Les résultats biologiques prouvent même que certains mentent en disant qu'ils prennent leur traitement, puisqu'on ne retrouve pas les molécules dans leur sang. La difficulté a d'abord été attribué au nombre de gélules qui avoisinaient les 40 par jours, puis aux effets secondaires. Des protocoles de recherche ont vu le jour. On a commencé à parler de non-compliance, terme traduit directement de l'anglais, puis de non-adhésion, terme plus français mais qui faisait trop penser à obéissance, alors on a trouvé le terme d'observance.

On parle de non-observance lorsque les patients ne suivent pas les consignes du médecin. Face à la maladie grave qu'est le sida, on a des armes à proposer et pourtant il existe encore des décès dus au sida parce que les patients n'ont pas pris le traitement proposé. Ca rend perplexe, c'est à ne pas en croire ses oreilles, surtout pour les médecins qui travaillant dans la clinique du sida depuis 1985, et qui ont assisté impuissant à la mort de nombreux patients, qui eux, auraient tellement voulu avoir accès à un traitement .

Il est légitime que la question de l'observance ait pris beaucoup d'ampleur aujourd'hui. On a mis en place des consultations d'observance, on parle même de *consultations d'éducatives à la santé* : une discussion avec le patient de sa prise de traitement, une évaluation des meilleurs moment pour la ou les prises, on lui propose des schémas

pour se repérer dans la journée etc...Et malgré tout cela, les résultats sont là, certains patients ne prennent pas leur traitement.

Face à ces questions, que propose le psychologue ? En premier lieu, et cela peut sembler incongru, mais cela lui est égal que le patient prenne ou non son traitement. Ce qui lui importe, c'est ce que le sujet va dire de sa difficulté, empêchement, inhibition à prendre ce traitement. Le psychologue va le soutenir dans cette élaboration-là. En opposition au psychologue comportementaliste, le psychologue qui se réfère à la psychanalyse n'a pas de recette, il sait que ce qui marche pour un sujet ne marche pas pour un autre sujet. Pour lui, la non-observance est un **symptôme** : une défense du sujet dont il souffre mais qui inconsciemment le protège.

Prendre le symptôme comme signe du sujet, prendre en compte la dimension de vérité du symptôme c'est surtout ne pas vouloir l'éliminer, le gommer, le boucher, le faire taire. Le psychologue qui se réfère à la psychanalyse sait qu'il a à faire avec la pulsion, avec l'impossible à dire, avec le réel et qu'il s'agit de soutenir le sujet à trouver sa propre réponse.

Pour cela, il faut nous défaire de tout a priori : par exemple, ne pas savoir à l'avance qu'un accident va avoir un effet traumatique. Je m'explique : L'hôpital a créé des cellules de crises et a embauché des psychologues avec comme pré requis qu'il faut faire parler les personnes traumatisées le plus rapidement possible, directement sur le lieu de l'accident. La psychanalyse oppose à cet a priori de la cause, une clinique de la conséquence. On ne sait jamais par avance quels sont les mobilisations psychiques possibles pour un sujet. Il s'agit de se déprendre de la fascination / répulsion, et de soutenir la dimension de la contingence : les effets psychiques sont toujours imprévisibles.

Le psychologue comportementaliste a des recettes toutes faites. Il calque son travail sur celui du médecin, du coup son discours est plus familier : il utilise des questionnaires d'évaluation où le patient va devoir cocher la réponse la plus adéquate pour lui, pour faire ensuite une étude statistique et donner des réponses toutes faites qui valent pour un grand nombre, ce que la médecine fait déjà très bien. Un psychologue clinicien qui se réfère à la psychanalyse va pouvoir aborder le reste, l'intraitable de la médecine et en cela ces psychologues ne sont-ils pas une chance, non seulement pour les patients pris en compte dans leur singularité la plus unique, mais aussi pour la médecine ?

C'est ce que j'essaye de transmettre aux étudiants en psychologie à l'Université, A partir de la clinique, enseigner la fonction du symptôme. A l'hôpital il y a de l'impossible à supporter, c'est le réel, il s'agit de repérer où est le réel sans le recouvrir avec des signifiants. Il s'agit de soutenir le sujet à trouver sa propre réponse, miser sur l'invention du sujet.

« Faire le pari du sujet » nous dit François Ansermet² pédopsychiatre et chef de service d'une unité de liaison en périnatalité à Lausanne, « il s'agit d'être des praticiens de l'imprévisible ».

² Clinique de l'origine. Editions Payot Lausanne. Psyché