

Collection « Actualité de la psychanalyse »

dirigée par Serge Lesourd

Thérapeutique du sujet, la psychanalyse est aussi une théorisation du rapport du sujet au monde, en ce qu'il s'inscrit dans l'inconscient. Les transformations sociales intéressent donc au plus haut point la psychanalyse tant dans sa pratique que dans sa théorie. Psychanalyse et actualité sont ainsi en liens intimes l'une avec l'autre, et c'est leur double articulation qui constitue le projet de la collection.

Ainsi, la collection « Actualité de la psychanalyse » se propose d'une part d'éclairer par la psychanalyse ce qui fait l'actualité, l'actuel des mouvements sociaux, d'autre part de transmettre l'actualité de la recherche en psychanalyse. Le travail de la clinique psychanalytique étant de fait pris dans ce double mouvement d'innovation et de compréhension de ce qui s'actualise pour le sujet, lui-même pris dans une actualité de la société.

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

La douleur du malade

DU MÊME AUTEUR :

L'instant de dire

Le mythe individuel du malade dans la médecine moderne

Toulouse, érès, 1997

Marie-José Del Volgo

La douleur du malade

Clinique, psychanalyse et médecine

Collection « Actualité de la psychanalyse »

é
éditions
rès

Certaines parties du présent ouvrage ont déjà paru dans les publications suivantes :

- DEL VOLGO, M.J. 1997. « De la géographie, des noms et des mots : exil et migrations dans la langue », *Cliniques méditerranéennes*, 55/56, 57-65.
- DEL VOLGO, M.J. 1998. « Le mythe individuel du malade dans la médecine moderne », Actes de la journée de l'Association nationale pour l'éthique de la médecine libérale, 23 mai 1998, Montpellier, 9-19.
- DEL VOLGO, M.J. 1998. « L'instant de dire : éthique d'une pratique. À propos de psychanalyse et médecine », *Psychologie clinique*, 5, 121-138.
- DEL VOLGO, M.J. 1998. « Les mythes psychogénétiques individuels dans la médecine moderne », *PTAH* (Psychanalyse, traversées, anthropologie, histoire), 5/6, 183-190.
- DEL VOLGO, M.J. 1999. « Trabalho psicologico, medicina do trabalho e ato medico », *Pulsional Revista de psicanalise* (Sao Paulo), 118, 58-64.
- DEL VOLGO, M.J. 1999. « La peur du Sida ou la peur de Saïd », *Adolescence*, 34, 143-146.
- DEL VOLGO, M.J. 1999. « Complémentarité ou causalité psychosomatique ? » *Cliniques méditerranéennes*, 61, 91-105.
- DEL VOLGO, M.J. 2000. « La douleur du malade et le corps maternel de la médecine », *Psychologie clinique*, 10, 131-148.
- DEL VOLGO, M.J. 2000. « La place de la psychanalyse en médecine : un site pour l'humain ? », *Cliniques méditerranéennes*, 62, 63-74.
- DEL VOLGO, M.J. 2001. « Psychanalyse et médecine : de la séparation à la réconciliation », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 36, 167-176.
- DEL VOLGO, M.J. ; GORI, R. 2001. « L'éclosion d'une passion homosexuelle et l'échec de son refoulement », *Adolescence*, 37, 155-164.
- DEL VOLGO, M.J. ; GORI, R. 2002. « Chronique d'une vindication et d'un ravage passionnels », *Psychologie clinique*, 13, 25-42.
- DEL VOLGO, M.J. 2003. « La mémoire au corps », *Cliniques méditerranéennes*, 67, 117-126.

Conception de la couverture :

Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBNPDF : 978-2-7492-1954-7
Première édition © Éditions érès 2003
33 avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Table des matières

Introduction.....	9
1. LA DOULEUR DU MALADE ET SON RÉCIT CLINIQUE	
Le colloque singulier dans la clinique d'aujourd'hui	33
<i>Un premier amour pour Monsieur M.</i>	35
<i>De l'éthique médicale à la psychanalyse</i>	36
<i>Haykiel et sa mère, une histoire de chute</i>	44
L'instant de dire : éthique d'une pratique	47
<i>Monsieur B. ou « La folie du masque »</i>	48
<i>Madame J. ou « les chocs de la nuit »</i>	50
<i>Le devoir éthique d'écouter</i>	52
Le symptôme et son roman en langue vulgaire	55
<i>Monsieur Sr ou « De la géographie, des noms et des mots »</i>	56
<i>La peur du sida ou la peur de Saïd : à propos d'Ali</i>	60
Des fixations somatiques pathologiques et la question de l'hypocondrie du récit	65
<i>Monsieur C..., « À propos d'un "violent coup de pied" »</i>	66
La douleur du malade ou le corps maternel de la médecine	71
<i>Quelques repères historiques</i>	72
<i>Monsieur D., un essoufflement et une fatigue à l'effort mais encore...</i>	77
<i>La loi de la mère et l'erreur technique de Balint</i>	80

De la douleur et de l'angoisse : la mémoire à l'œuvre	85
<i>À propos de Karim, récit à trois voix sur un passé interdit ...</i>	85
<i>Monsieur A., un lieu de mémoire pour le corps</i>	88
<i>La mémoire affectée, mémoire d'un passé douloureux</i>	90
La conception psychanalytique de la vie.....	95
<i>La vie rêvée des anges.....</i>	95
<i>La vie sexuelle et amoureuse</i>	96
<i>Monsieur V. ou « l'histoire d'un homme dévitalisé par un autre homme »</i>	99
2. MÉDECINE ET PSYCHANALYSE :	
DE LA SÉPARATION À LA RÉCONCILIATION	
Petit débat avec Freud	113
L'enseignement de l'hystérique.....	117
<i>L'instant de dire et la cure psychanalytique.....</i>	117
<i>L. ou « d'une opération à une séparation »</i>	123
La médecine psychosomatique d'hier et d'aujourd'hui.....	127
<i>Quelques définitions</i>	127
<i>Psychosomatique et psychanalyse</i>	128
<i>Psychosomatique et psychobiologie</i>	132
<i>Quelques réflexions épistémologiques</i>	134
Complémentarité ou causalité psychosomatique ?.....	137
<i>Madame B. ou « le faux mariage de l'asthme et du psy »</i>	138
<i>Monsieur S. ou « Une beauté cachée »</i>	145
<i>Un travail de groupe en médecine du travail.....</i>	149
Le statut du premier entretien.....	153
<i>Anne-Lise ou « une naissance en instance »</i>	153
<i>Madame A. ou « une nouvelle naissance »</i>	156
<i>D'un mythe à un autre et d'un roman à un autre</i>	158
De l'ordre biologique à l'ordre de la parole	163
Conclusion	167
Bibliographie	171
Post-scriptum	180

Tout médecin sait, pour l'avoir parfois appris pour sa propre confusion,
que la conscience sensible immédiate de la vie organique
n'est pas d'elle-même science de ce même organisme,
n'est pas connaissance infaillible de la localisation
ou de la date des lésions pathologiques intéressant le corps humain.
Voilà peut-être pourquoi la pathologie a jusqu'à présent
si peu retenu le caractère qu'a la maladie
d'être vraiment pour le malade *une autre allure de la vie*.
Certes la pathologie est en droit de suspecter et de vérifier
l'opinion du malade qui croit savoir aussi, du fait qu'il se sent autre,
en quoi et comment il est un autre.
Parce que le malade se trompe manifestement sur ce second point,
il ne s'ensuit pas qu'il se trompe aussi sur le premier.
G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, 1943, p. 51.

Ce malade-qui-n'a-rien est justement celui qui manifeste
de la façon la plus évidente et la plus radicale
que le recours au médecin signifie autre chose
que la simple recherche d'une assistance technique.
L. Israël, *Médecine : relation médecin-malade*, 2000, p. 3.

Introduction

Pour la médecine, divisée en tant de spécialités, la psychanalyse est une bénédiction, car elle recommande, dans toute forme de maladie, de traiter le malade aussi bien que la maladie. Cela fut toujours reconnu comme un principe, mais, pourtant, rarement réalisé dans la pratique par manque de connaissances psychologiques. [...] Il est certainement temps de prendre au sérieux l'expression « traitement individuel du patient. »

S. Ferenczi, 1933, p. 121.

À l'hôpital, sans doute plus qu'ailleurs, la médecine technoscientifique réduit le malade à n'être plus que le support des maladies alors que la souffrance psychique se trouve actuellement et le plus souvent récusée dans le champ psychiatrique au profit de la notion vague de « troubles du comportement ». La douleur du malade, comme sa souffrance, serait réduite à un dysfonctionnement cérébral, voire neuronal ou moléculaire, qu'il conviendrait de corriger par des substances pharmacologiques, comme la morphine, ou plus largement à l'aide des traitements de la psychiatrie biologique. Ainsi la spécificité de la souffrance humaine se trouve méconnue. À l'époque de la télémédecine, le colloque singulier médecin malade serait condamné à disparaître au profit des innovations technologiques. La clinique traditionnelle, cette médecine au chevet du malade, se trouve le plus souvent réduite à une peau

de chagrin, celle des bons sentiments et d'un humanisme coincé entre l'économiquement « acceptable » et le scientifiquement « correct ».

La psychanalyse est née de la médecine et de sa clinique. Freud a très tôt reconnu et rendu hommage à l'enseignement de ses patientes hystériques. Dans les tout premiers temps de son invention, la psychanalyse s'est maintenue dans ce champ avec l'intention de son inventeur de traiter grâce à cette nouvelle méthode des maladies marginalisées en médecine, comme l'hystérie et ses symptômes somatiques. Pour certains des successeurs de Freud l'ambition de faire disparaître par la psychanalyse les pathologies somatiques les plus diverses s'est affirmée. Un grand nombre de maladies devenaient alors « psychosomatiques » et étaient susceptibles d'être traitées par la psychanalyse. Ferenczi par exemple avait pour objectif de guérir la tuberculose et pour Groddeck, il s'agissait de traiter par la psychanalyse toutes les maladies. Plus récemment Pierre Marty et ses élèves, convaincus d'une causalité psychosomatique concernant certaines maladies, ont pu favoriser la croyance d'une guérison de l'asthme, des allergies, de la rectocolite hémorragique sous l'effet de psychothérapies analytiques... D'autres enfin ont pensé de même à propos des cancers susceptibles pour certains patients, et même pour des thérapeutes, d'être guéris par la psychanalyse ! Parallèlement à ces tentatives risquées, Freud et un grand nombre de ses successeurs se sont au contraire progressivement dégagés de la médecine, voire de la clinique et une tension s'est maintenue entre un courant qui s'éloignait de la médecine comme paradigme et un courant qui en explorait le champ clinique traditionnel.

Pour bien des psychanalystes actuels, il conviendrait, dans leur démarche, de se dégager de la clinique, ancrée historiquement dans la médecine. Dans l'histoire des sciences, le moment de séparation entre deux champs, l'ancien et le nouveau, est identifié en tant que « rupture » (Bachelard) ou « coupure » (Althusser), d'où cette séparation admise communément, encore de nos jours, entre psychanalyse et médecine. Dans cette vision quelque peu caricaturale du progrès de la connaissance, reconnaissons que la révolution freudienne n'a pas encore eu lieu en médecine et les déconvenues du traitement psychique des maladies somatiques ont sans nul doute contribué à radicaliser un peu plus cette séparation.

Mais si la psychanalyse s'est éloignée de la médecine dont elle est pourtant issue et a progressé le plus souvent pour son propre

compte, pour Freud « la psychanalyse *fāra da sé* », la clinique en médecine s'est aussi radicalement transformée pour des raisons tant épistémologiques que socio-historiques. Lorsqu'on pense aux progrès scientifiques en médecine les noms de chercheurs qui nous viennent en mémoire sont ceux des biologistes, Darwin et Pasteur, ou de la physicienne, Marie Curie par exemple. Or ils n'étaient pas médecins. Claude Bernard, pourtant médecin et fondateur de la médecine expérimentale, a fréquenté les malades et l'hôpital pendant ses seules années d'internat. Grmek (1997) fait observer que Claude Bernard n'a jamais exercé la médecine et qu'il nourrissait des sentiments ambivalents à l'égard de la pratique médicale alors qu'il bâtissait les fondements d'une nouvelle médecine. Le prix Nobel de « physiologie ou médecine » a été attribué en 1965 à trois chercheurs français, Lwoff, Monod et Jacob, pour leurs travaux de génétique ; or si deux d'entre eux étaient médecins, Monod était un biochimiste.

Cette évolution se manifeste de manière exemplaire dans les changements des noms des revues. Ainsi les *Archives internationales de physiologie*, revue historique fondée en 1904 s'intitule, lorsque j'y publie en 1980, *Archives internationales de physiologie et de biochimie* et 12 ans plus tard, en 1992, elles deviennent *Archives internationales de physiologie, de biochimie et de biophysique*.

Les médecins en général, qu'ils soient praticiens ou praticiens-chercheurs, ont tendance à se rallier à une vision technoscientifique de la médecine et pourraient réagir à la manière du médecin de l'anecdote suivante rapportée par Gadamer. Dans *Philosophie de la santé*, Gadamer (1993) raconte qu'à la fin du XIX^e siècle lors de la représentation théâtrale d'*Avant le lever du soleil* de Gehart Hauptmann la scène d'un enfantement s'éternisant et les douleurs en arrière-plan faisant régner sur cette scène une extrême tension, dans le public un médecin, exaspéré, lança un forceps sur la scène. Gadamer remarque à ce propos que le médecin initié au savoir mythique qu'il rencontre sous la forme de personnages dans la poésie et la *mimesis* tragique, ce même médecin ne saura pas pour autant transposer pour lui-même ces énoncés de l'art et pourra réagir comme dans le cas cité.

La clinique en médecine s'est radicalement transformée depuis les années 1960 si bien que la médecine clinique a pratiquement disparu. Pour Petr Skrabanek (1994) nous assistons actuellement à *la fin de la médecine à visage humain*. Or les deux humanismes peuvent, à mon avis, être conjugués : l'humanisme de la médecine ten-

dant à disparaître de manière quasi-inexorable et l'humanisme psychanalytique issu du premier et manifestant sa contestation radicale de « l'ordre médical » (Clavreul, 1978). C'est la gageure de mon parti-pris praxéologique : il est temps de réconcilier ces inconciliables. Bien des praticiens souhaitent sans doute davantage d'humanisme, mais la manière d'y parvenir demeure problématique.

L'émergence dans les années 1950 de la psychiatrie biologique puis dans les années 1980 des neurosciences a aussi sans doute contribué à renforcer la résistance des médecins à la psychologie clinique en général, à la psychanalyse en particulier. Les démarches psychologiques sont discréditées dans leurs prétentions scientifiques comme dans leur efficacité thérapeutique. Ignorance et résistance font bon ménage dans les préjugés des médecins à l'encontre de la psychologie. En médecine, la psychologie est médicale, cela va de soi. La psychologie médicale est du ressort des psychiatres, ils en assurent l'enseignement ; cet état de fait tend à psychiatriser la souffrance au sein de la médecine, à faire de la souffrance une maladie mentale qu'il conviendrait de traiter avec les moyens de la psychiatrie moderne, c'est-à-dire ceux d'une anesthésie généralisée. Cette répudiation de la souffrance dans le champ psychiatrique contribue sans doute également à la disparition de la clinique en médecine.

La clinique est bien souvent oubliée ou ignorée lorsqu'il s'agit de psychanalyse et médecine, alors qu'elle demeure le trait commun entre ces deux champs. En 1960 Lacan écrit à propos de la clinique : « Ne boudez pas, j'évoque de biais ce que je répugne à couvrir de la carte forcée de la clinique » (p. 800). Dans une de ses lettres aux interlocuteurs de son séminaire du jeudi regroupées sous le titre *Aussi, je vous aime bien*, Conrad Stein écrit : « Ne vous ai-je pas dit plus d'une fois que, quant à moi, rien ne m'ennuyait plus que la relation – écrite ou orale – de ce qu'on appelle un "matériel clinique". Qu'il s'agisse des soi-disant minutes d'une séance, ou de la soi-disant biographie nommée "histoire de cas" : c'est du flan » (1978, p. 32). Pour les analystes, la clinique souffre du soupçon du médical et n'est pas analytique, pour les médecins la clinique doit être rationalisée scientifiquement, elle devient technoscientifique et déshumanisante, derniers vestiges obsolètes d'une archéologie de son discours. Pierre Fédida considère que « ce n'est pas d'insuffisance scientifique dont souffre la psychanalyse mais bien plutôt de ce qu'il faudrait peut-être appeler sa "culpabilité clinique" » (1994a, p. 7).

Dans un numéro récent de *La lettre des neurosciences* (1998, n° 15), bulletin officiel de la Société des neurosciences, Jacques Demotes-Mainard oppose science et clinique, recherche expérimentale et médecine, dans un article intitulé « Neurosciences et clinique, je t'aime, moi non plus ? » Il considère qu'avant l'ère neuroscientifique, la médecine devait ses découvertes à des observations empiriques, et la clinique, même de nos jours, procéderait ainsi. Pour cet auteur, les médecins seraient actuellement « les utilisateurs des savoirs produits par les seconds [les neuroscientifiques] » (p. 5). Notons au passage que la recherche clinique appartiendrait au seul champ de la médecine, la psychologie et la psychopathologie cliniques demeurent totalement ignorées par l'auteur. L'opposition entre recherche scientifique et clinique se maintient tout au long de ce texte. Dans un autre texte (Bouhassira et Besson, 1998) de ce journal, on retrouve l'opposition entre « chercheurs et cliniciens », et dans un encadré de la page 8, on y lit que les centres d'investigation clinique permettent la création d'une « interface entre clinique et recherche ».

Les neuroscientifiques non médecins et médecins se sont organisés dans le cadre de l'importante Société des neurosciences créée en 1988. L'expansion de cette société a bénéficié de l'impulsion d'une vague idéologique scientiste ; elle est en cela artificielle, donc précaire. Les jeunes médecins constituent un apport majeur d'étudiants dans les formations doctorales de neurosciences, et même s'ils ne sont pas des « chercheurs purs » (p. 8), autrement dit non dénaturés par la clinique, ils ne sauraient être écartés de la recherche neuroscientifique. Or la tradition de la médecine est millénaire et fondée, selon Canguilhem, sur l'« appel du malade ». Canguilhem écrit : « C'est donc bien toujours en droit, sinon actuellement en fait, parce qu'il y a des hommes qui se sentent malades qu'il y a une médecine, et non parce qu'il y a des médecins que les hommes apprennent d'eux leurs maladies » (1943, p. 54). Les neurosciences, très jeunes au contraire, se trouvent déjà menacées dans leur existence par la biologie moléculaire de ces dernières années et vers laquelle la médecine se tourne inexorablement. On peut citer le traitement actuel du sida, un progrès sans précédent dans l'histoire de la médecine et qui revient à la recherche moléculaire. Dans un tel contexte, les neuroscientifiques ne peuvent que constater amèrement que la psychiatrie actuelle s'engouffre avec avidité dans la médecine moléculaire. Mais plus récemment encore, la génomique vient en première ligne pour expliquer nos maux et nos

pathologies. Pour Roland Gori (1999), le patient se trouve ainsi réduit à ne devenir que le support de la molécule, le psychiatre clinicien réduit à devenir le moyen trouvé par un neuroscientifique pour produire un autre scientifique, comme on peut dire que l'homme n'est que le moyen trouvé par un gène pour produire un autre gène.

La souffrance et la clinique au sens étymologique, autrement dit cette « médecine exercée près du lit du malade », « au chevet du malade » (Rey), se trouvent en médecine de plus en plus hypostasées. La recherche clinique, si elle désigne une recherche effective, n'est plus qu'un simulacre de clinique. Elle serait clinique parce qu'elle consisterait en investigations sur l'homme, sain ou malade. Le chercheur, médecin ou non médecin, peut n'avoir affaire par exemple qu'à des échantillons de sang, mais comme ils proviennent de sujets humains, c'est de la recherche clinique. Edouard Zarifian va encore plus loin dans ce constat puisqu'il estime que la recherche pharmacologique en psychiatrie, en ne partant plus de ses fondements cliniques, ne cesse de se stériliser. Ses dernières et véritables découvertes datent maintenant de presque 40 ans. Il précise qu'« aucune révolution thérapeutique n'est venue bouleverser le traitement médicamenteux des troubles psychiques depuis 1961 » (1994, p. 77). Il écrit encore : « C'est donc sur la base de l'empirisme, de la sagacité, du hasard, de la chance, de l'observation clinique obstinée et curieuse que la totalité des psychotropes ont été découverts. Quand la science a récupéré la direction des opérations, l'innovation s'est éteinte. On a mouliné à loisir la répétition inlassable des mêmes molécules, modifiant un détail de-ci de-là. Voilà plus de trente ans que cela dure... » (1994, p. 83).

Au sein de notre médecine technoscientifique, les discours humanistes sont de bon ton et l'éthique, omniprésente, humanise une médecine trop souvent déshumanisante. On humanise dans l'après-coup ce que l'on a déshumanisé dans la procédure heuristique, pour se donner bonne conscience, alors qu'il faudrait faire de l'éthique au cas par cas et au jour le jour. Ce n'est pas utopique et il n'y a qu'une manière de procéder qui consiste à raconter sa pratique, à parler de pratique dans ses moindres détails, à être et à devenir sujet de ses actes, c'est-à-dire à prendre en compte le contexte de parole et de langage dans lequel la souffrance se donne. Autrement dit le praticien a à reconnaître la part subjective de ses actes, de ses décisions, de ses choix, il a à reconnaître son humanité, cette « omniprésence du langage humain » (Lacan). Le praticien

peut faire le choix soit d'écarter, d'annuler la subjectivité, soit de l'admettre. Dans ce dernier cas, il choisit la difficulté de dire « je », Christian Bobin écrit : « [...] dire "je". C'est difficile, c'est comme se perdre dans la forêt, loin des chemins, c'est comme sortir de la maladie, de la maladie des vies impersonnelles, des vies tuées » (1989, p. 22).

Je ne suis pas psychiatre, je suis néanmoins médecin. Mon travail analytique s'inscrit dans le champ de la psychopathologie clinique et de la psychanalyse. Plusieurs histoires de patients, que j'ai reconstruites, parlent d'exil, et c'est sans doute la perception de mon propre exil, d'un exil d'enfance à un exil de la médecine, qui a fait « écho », « double rencontre », et m'a amenée à retenir des récits et des histoires de patients en exil. Dans le dernier chapitre de *L'enfant imaginaire*, Conrad Stein amène ce concept de « double rencontre » à propos d'un entretien avec une jeune fille, une seule et unique rencontre avec elle. Il écrit : « [...] ma rencontre avec la patiente est une double rencontre puisque l'analyse révèle qu'un tiers y est présent dans ma pensée [...] » (p. 350). Et plus loin : « Une quelconque rencontre ne ressortit à la psychanalyse que si elle trouve à s'inscrire dans l'œuvre psychanalytique d'un des partenaires [...] » (1971, p. 360). Pour Alain de Mijolla, « la parole agit par les échos qu'elle éveille » (p. 8). Admettre la double rencontre dans le travail analytique évite les impasses de la psychanalyse appliquée, les illusions du soutien et de l'aide psychologique ainsi que des diagnostics psychopathologiques ou psychiatriques¹ et autres objectivations de tous ordres où le praticien se défendrait de sa propre implication subjective dans l'écoute et le dialogue intersubjectif.

Maître de conférences de physiologie en médecine et praticien hospitalier dans un laboratoire d'exploration fonctionnelle respiratoire depuis 1986, assistante dans ce même laboratoire depuis 1979, ma pratique clinique actuelle est celle d'un sujet en exil, exil de la transdisciplinarité au sein d'une médecine encore préhistorique du point de vue de la révolution freudienne. Un peu plus de cent ans après la découverte de l'inconscient freudien, la médecine n'a toujours pas pris en considération cette connaissance et son impor-

1. « Un diagnostic clinique en psychiatrie est toujours approximatif ; il exprime une probabilité et jamais une vérité enfermant le patient dans un cadre définitif. [...] On peut donc être schizophrène ou pas selon le système diagnostique choisi », E. Zarifian, 1994, p. 33.

tance dans la pratique quotidienne du médecin. L'inconscient n'a pas d'autre valeur que celle d'un préjugé, d'une croyance, auquel le médecin pourrait idéologiquement adhérer. L'étudiant de troisième année de médecine est assez à l'aise pour parler d'IRM, de scanner ou de toute autre technique médicale alors qu'il ne sait rien, ou si peu, de l'inconscient freudien et que cette ignorance ne saurait en aucune manière lui être reprochée au cours de ses études comme plus tard lorsqu'il exercera la médecine. Ma thèse de psychologie intitulée *L'instant de dire. Historisation et roman de la maladie en milieu médical*, soutenue en 1995 et l'ouvrage, publié en 1997 dans la collection « Psychanalyse actuelle », *L'instant de dire. Le mythe individuel du malade dans la médecine moderne* – même s'ils traitent des relations entre psychanalyse et médecine – demeurent *étrangers* à la médecine. Notons ici, d'ores et déjà, que Balint considérait comme un « véritable corps étranger » (1970, p. 27) dans la médecine de notre temps « l'entretien long » qu'il préconisait pour une fonction psychothérapeutique du médecin.

Mes recherches et ma clinique tentent de relancer de manière originale cette question des rapports entre médecine et psychanalyse. Mes travaux traitent des conditions de mise en œuvre d'une pratique psychanalytique en milieu médical et j'ai conceptualisé dans sa méthode comme dans sa théorie le dispositif de « l'instant de dire » apparenté par sa durée à « l'entretien long » de Balint. L'instant de dire, au fur et à mesure de son élaboration, quelle que soit la situation clinique, relève étroitement de la méthode et de l'éthique de la psychanalyse. Bien qu'inscrit et développé dans une pratique individuelle, ce travail devrait inciter, et c'est déjà le cas pour un certain nombre de praticiens, d'autres chercheurs, médecins ou psychologues, à éprouver cette conception originale du travail psychanalytique au sein de leurs pratiques cliniques.

En 1901 avec *Psychopathologie de la vie quotidienne* Freud montrait comment certains actes (*lapses*, oublis de mots, erreurs...) se trouvaient surdéterminés inconsciemment. Cent ans après je souhaite montrer dans cet ouvrage, *La douleur du malade*, comment dans une consultation ordinaire de médecine, la rencontre avec le patient peut être le lieu où se révèlent les processus psychiques complexes que la méthode et la théorie analytiques permettent d'expliquer. Autrement dit la psychanalyse ne saurait se trouver cantonnée aux seuls lieux où la médecine déshumanise le plus par ses prouesses techniques, ou encore là où, malgré ses progrès, elle continue à rencontrer des échecs (douleur, fatigue, maladies men-

tales...). De la plainte la plus ordinaire, la plus banale, à la plainte la plus sophistiquée du point de vue de l'objectivation médicale, « le mode de réponse » (Lacan) à la demande des patients en tant que sujets parlants se trouve dans la référence du praticien à la méthode psychanalytique. Seule, la méthode freudienne peut révéler dans la rencontre intersubjective les déterminations inconscientes de toute demande, sa vérité subjective, et éviter ce faisant les surenchères des actes médicaux.

Si Balint souhaitait apporter au médecin généraliste une technique appropriée au cadre de sa consultation, pour ma part je considère que le « mode de réponse » à la demande du patient, qui consiste à l'écouter, détient sa validité de se trouver strictement référé à la psychanalyse. En cela mon travail tout en se situant dans la perspective de celui de Balint ne manque pas de s'y opposer. En effet Balint a travaillé la question de la fonction psychothérapeutique du médecin et outre les difficultés qu'il relevait tel que le manque de temps en consultation et le changement nécessaire de personnalité du médecin, l'une des impasses de Balint a été de concevoir « une technique appropriée au cadre de la consultation médicale » (1970, p. 21). Le médecin parviendrait à ses fins thérapeutiques par une compréhension du patient et en fouillant de la cave au grenier. Cette technique se trouve assez éloignée de la psychanalyse par le projet même qui la soutient mais également du propre aveu de Balint et de certains psychanalystes qui « en trouvent l'esprit tellement contraire aux principes de la technique analytique traditionnelle qu'ils ne parviennent jamais à se familiariser avec elle » (Balint, 1970, p. 31).

« Comment écouter ? » disait Plutarque et la question conserve toute sa pertinence encore de nos jours, car si nous sommes tous d'accord sur la nécessité d'écouter et de prendre du temps pour écouter le patient, les praticiens en général ne savent pas comment faire. Sans méthode, le risque est alors de demeurer éternellement dans l'empirisme aveugle. Une pratique médicale sans la rationalité de son exercice est aveugle, une recherche médicale, scientifique, sans l'exercice de sa pratique clinique concrète, est vide. Le relationnel, la relation médecin-malade, relèverait alors du simple humanisme individuel qui pourrait suffire à cette tâche. Or cette position idéologique amène le médecin à agir, à proposer des solutions thérapeutiques motivées par des préjugés sans réponse véritable à la demande du patient dont la souffrance et la plainte se trouvent inconsciemment déterminées et ignorées par le praticien

faute d'une formation adéquate. Pour Bruère-Dawson par exemple, l'agir se trouve du côté du besoin, et le désir du côté de la parole, en ce sens l'agir psychosomatique peut être rapporté à une mise en acte du corps médical, ainsi une hémorragie digestive, sans objectivation d'une pathologie organique, peut avoir pour conséquence un acte médical, une colectomie. « L'agir se situe dans l'impossibilité pour le sujet du désir de tout travail d'élaboration psychique de la demande de l'Autre, l'instance maternelle à l'occasion » (Bruère-Dawson, 1991, p. 94).

La position d'écoute et la méthode de référence sont déterminantes dans le traitement du discours du patient lorsqu'il propose des explications à sa souffrance : l'écoute opératoire fait advenir le discours opératoire, l'écoute idéologique fait advenir le discours idéologique, l'écoute flottante dans l'intersubjectivité fait advenir le discours associatif. Dans le domaine des plaintes difficilement objectivables, comme les douleurs chroniques et la fatigue par exemple, le praticien propose des examens complémentaires, des traitements (antalgiques divers, hypnose, psychanalyse, mésothérapie, acupuncture...), il peut encore affirmer qu'il n'y a rien de pathologique. Ces différentes conduites relèvent des préjugés théoriques et des croyances thérapeutiques du praticien, elles maintiennent la pratique médicale dans le champ des idéologies et des préjugés. Dans un article intitulé « Psychiatrie et philosophie penchées sur la douleur », *Le quotidien du médecin* du 25 août 2001 observe qu'en matière de lutte contre la douleur, les mentalités ont changé, qu'il faut aussi penser à la douleur morale, que les médecins gagneraient à s'interroger sur ce que signifie la plainte douloureuse.

Le dispositif de « l'instant de dire » permet d'accueillir la plainte du patient dans sa valeur de vérité subjective sans avoir à l'engager dans un traitement précis de la part subjective de sa plainte et de sa souffrance qui lui appartiennent en propre. La proposition thérapeutique, cet agir du praticien, risque bien souvent de ne pas prendre en compte le désir du patient car elle est la réponse du praticien à sa propre conception scientifique du monde, de la maladie et de la santé. Toute plainte, authentique demande d'amour, se trouve sous-tendue par l'inconnu du désir ; dans toute demande où la souffrance s'exprime, il s'agit bien de cette insatisfaction, en conséquence la réponse technique, instrumentalisée, peut difficilement traiter le patient comme ordonnateur de son désir, elle l'hypostasie comme support obligé d'une maladie.

« Avant tout ne pas nuire », dit le vieux précepte hippocratique. J'ai pour ma part constaté l'intérêt de m'en tenir à l'instant de dire, à même d'amener le patient à réordonner son histoire subjective, à construire son « mythe individuel » d'où procède son efficacité thérapeutique. L'instant de dire est un « mode de réponse » authentiquement analytique à la demande du patient, c'est un mode de réponse nécessaire et suffisant dans le cadre de ma pratique. La brièveté de cette intervention ne peut cependant se satisfaire d'approximations méthodologiques. Lorsque le praticien décide d'engager son patient à s'avouer dans sa parole, il instaure ce faisant « l'ordre de la parole » (Lacan, 1953/54). Il convient de prendre toute la mesure de cet ordre de la parole et d'accepter les conséquences éthiques et épistémologiques de « la preuve par la parole » (Gori, 1996). Balint lui-même, pourtant tenté d'offrir aux médecins une technique appropriée au cadre de leur consultation, observe dans un texte intitulé « Psychanalyse et pratique médicale » (1964) que « nous ne devrions former personne à une forme édulcorée d'analyse ». Nous ne pouvons faire l'économie des questions d'ordre épistémologique et méthodologique, le simple humanisme individuel constitue une condition nécessaire mais non suffisante à l'accueil de la plainte du patient.

À partir de ses cours, de ses expériences de groupe et de ses travaux à la faculté de médecine de Strasbourg, Lucien Israel, psychiatre psychanalyste, apporte une information sur la relation médecin-malade à l'intention des étudiants des dernières années de médecine et des praticiens dans son ouvrage « le médecin face au malade » (1968). Il regrette à ce sujet qu'« une énorme catégorie de malades [soit] menacée par ce lien magique qui constitue trop souvent encore la relation médecin-malade » (p. 332). C'est de magie dont semble procéder l'efficacité thérapeutique lorsqu'elle demeure dans le flou de la relation sans prendre la mesure de ce que la psychanalyse freudienne peut nous enseigner.

Dans son ouvrage, *Chroniques médicales d'un psychanalyste. Médecine et psychanalyse*, Pierre Benoit, médecin généraliste et psychanalyste, témoigne de manière très émouvante de son expérience de médecin éclairé par la psychanalyse, une expérience d'autant plus passionnante que l'auteur a traversé tout le vingtième siècle. Pierre Benoit est âgé de 72 ans au moment de la publication de son livre en 1988. Or l'éclairage qu'il apporte sur l'efficacité de sa pratique clinique paraît quelquefois plus magique que scientifique. Ainsi à propos d'Aline, patiente stérile depuis plusieurs années et

venue en consultation avec un énorme dossier, Pierre Benoit lui propose sans trop savoir pourquoi : « Jetez tout là-dedans et ça ira directement à la poubelle. » Un mois après cet acte, Aline est enceinte. La dernière chronique est encore plus étrange. Claude O., un de ses patients qu'il connaît depuis longtemps, se plaint de son abdomen, cette plainte ne se résout d'aucune façon, si bien que Pierre Benoit décide de se « muer en guérisseur » (p. 195) en pratiquant sans dire un mot des injections quotidiennes d'un complexe bromo-calcique. Ce traitement sera efficace. Autrement dit, appliquée à la médecine la psychanalyse a cette fâcheuse tendance de se perdre en chemin, elle devient magie ou idéologie psychologisante.

En 1926 Freud interroge les liens entre psychanalyse et médecine et c'est peu après, en 1933, que Ferenczi discute de « L'influence de Freud sur la médecine ». La conviction de Ferenczi sur l'ampleur de cette influence laisse le lecteur rêveur et le progrès s'est plutôt développé dans le sens inverse de ses espérances. Il écrit : « Combien d'efforts et de peines auraient été évités si, pendant mes études, on m'avait enseigné l'art de manier le *transfert* et la *résistance*. J'envie le médecin du temps à venir qui apprendra cela. L'humanisation du cursus universitaire deviendra une nécessité absolue et s'imposera finalement ! » (p. 123)

Les prédictions et les vœux de Ferenczi sont fort loin de leur réalisation en 1966 lorsque Lacan, dans sa conférence au Collège de médecine, considère que la place de la psychanalyse en médecine demeure « marginale ² ». Le médecin, requis dans sa fonction de « savant physiologiste », a cependant à répondre à ce qui est original dans la demande du malade et c'est, dit-il, « dans le registre du mode de réponse à la demande du malade qu'est la chance de survie de la position proprement médicale » (p. 40). Il attire l'attention des médecins sur le risque qu'ils courent de ne plus pouvoir maintenir l'originalité de leur position, celle du médecin qui a « à répondre à une demande de savoir » (p. 48). Le professeur Royer

2. « Actuellement, cette place [la place de la psychanalyse en médecine] est marginale et comme je l'ai écrit à plusieurs reprises, extraterritoriale. Elle est marginale du fait de la position de la médecine vis-à-vis de la psychanalyse, qui l'admet comme une sorte d'aide extérieure, comparable à celle des psychologues et de différents autres assistants thérapeutiques. Elle est extraterritoriale du fait des psychanalystes qui, sans doute, ont leurs raisons pour vouloir conserver cette extra-territorialité. Ce ne sont pas les miennes, mais à la vérité, je ne pense pas que mon seul vœu là-dessus suffira à changer les choses. Elles trouveront place en leur temps, c'est-à-dire extrêmement vite à considérer la sorte d'accélération que nous vivons quant à la part de la science dans la vie commune », J. Lacan, *Psychanalyse et médecine*, 1966, p. 35.