

Lettre ouverte à un jeune clinicien

bernadette tanguay

CHER AMI,
J'ai été à la fois intéressée et perplexe à la lecture de votre dernière lettre ainsi que de l'article que vous y joignez¹.

Heureuse de lire que votre voyage au pays des neurosciences se déroule bien, que vous avez la conviction d'aller de découvertes en découvertes. Je comprends votre hâte de rentrer et d'annoncer à vos collègues cliniciens des nouvelles qui seraient de nature à les réjouir, eux et leurs clients² déprimés, anxieux aux prises avec des symptômes qui font obstacle à leur bonheur quotidien. J'aimerais, en un sens, pouvoir partager votre certitude optimiste : les causes neurobiologiques de leurs souffrances sont de mieux en mieux cernées et dans quelques mois, tout au plus quelques années, on mettra au point de nouvelles molécules qui leur apporteront un soulagement notoire sinon la guérison. Je reconnais bien là, votre souci premier puisqu'avant tout vous avez souhaité une formation clinique. Puis-je vous recommander la prudence quant au mot guérison que nous tous, cliniciens, ne devrions utiliser qu'avec beaucoup de parcimonie? Ici, je vous rappelle le mot d'Ambroise Paré, le père de la chirurgie moderne, « je le pensai, Dieu le guérit », et cette mise en garde de nos vieux professeurs, médecins humanistes, en ce qui concerne la démarche curative, « guérir rarement, soigner souvent, soulager toujours ». Pendant longtemps dans l'histoire de la médecine, l'explication causale de la maladie et sa guérison ont relevé davantage du religieux, sorcier ou chaman, que du « scientifique ». La démarche dite scientifique s'est longtemps confinée à des descriptions détaillées de signes que l'on classifiait pour définir des entités nosographiques. C'est ainsi que, depuis Hippocrate, naissait le modèle d'une clinique que nous avons, en grande partie, conservé jusqu'à aujourd'hui, médecins, psychologues et autres cliniciens. En ces temps-là, jusqu'à un certain point, science et clinique coïncidaient : une clinique d'observation, une clinique du cas par cas où les interventions thérapeutiques se fondaient sur un certain nombre de données issues autant de l'enseignement d'un maître que de l'expérience partagée avec des collègues, de l'expérience personnelle du clinicien ainsi que de son intuition.

On ne peut nier que la médecine moderne a fait des bonds vertigineux. Des découvertes scientifiques dans des champs voisins lui ont permis de raffiner ses observations; des disciplines connexes sont nées, physiologie, biologie moléculaire et autres. Les frontières du connu reculent sans cesse. La cause de plusieurs pathologies ont été mises en évidence, des techniques curatives très sophistiquées

se sont développées dans certains domaines, comme par exemple, en cancérologie. La science a devancé le religieux, ou serait peut-être même devenue une religion. De là à la prétention de guérir, il n'y a qu'un pas qu'elle a la tentation de franchir. C'est ainsi que la recherche scientifique prend le relais de la clinique. Un écart important entre les préoccupations des chercheurs fondamentalistes et celles des praticiens sur le terrain se crée entraînant des tensions importantes dans la formation des futurs cliniciens. On leur enseigne beaucoup moins l'art de l'observation clinique, la nécessité de mettre à contribution leur intuition, leur expérience du cas par cas. Leur pratique devra s'appuyer sur des données scientifiques, sur des investigations à la plus haute pointe de la technologie, utiliser des thérapeutiques démontrées, prouvées. On leur demande d'appliquer des protocoles éprouvés, testés, réputés sans faille du moins pour un pourcentage de patients donné.

Et pourtant le médecin de famille, le psychiatre, l'oncologue et bien d'autres confrontés à la chronicité demeurent souvent sans réponse devant le malade qui répète qu'il souffre encore, que le traitement ne lui a apporté aucun soulagement. Que répondre à la plainte répétitive quand toute l'exploration technologique, la batterie de tests sont négatives : aucune lésion objective, « il n'y a rien »? Peut-être ne reste-t-il qu'à soulager? Explication causale scientifique ne signifie pas toujours thérapeutique efficace, ni guérison, ni soulagement. Le clinicien est confronté ici à beaucoup d'impuissance. Je comprends vos hésitations à vous orienter définitivement vers la clinique.

J'oserais vous dire ici que la psychanalyse avait apporté quelques réponses, quelques espoirs au clinicien qui veut se pencher sur la relation médecin-malade. Dans cette perspective, il ne s'agit plus seulement de guérir un organe mais plutôt de rendre au sujet malade ce qui lui appartient en propre : son être, sa souffrance, sa demande d'écoute tout autant que de soins. Il n'y aurait plus de bons et de mauvais malades, ceux qui guérissent et ceux qui refusent de s'améliorer mais un humain qui a besoin de faire confiance à la compétence mais aussi à la compréhension d'un autre humain. La psychanalyse a pu aider le clinicien à être moins sourd aux demandes de son patient. Mais voici que médecine et psychanalyse se sont engagées plus définitivement sur des chemins cliniques divergents : la science médicale a de plus en plus comme objet un « corps dépourvu d'âme » (Lasvergnas, 1991) alors que la psychanalyse est avant tout une clinique du sujet parlant. On oublie qu'elle n'a pas comme enjeu scientifique une démonstration des causalités mais plutôt une recherche de sens, d'abord et avant tout, en regard du langage, puis des symptômes, et du comportement tentant d'arriver à les traduire en mots. Pour Joël Dor, « l'atmosphère d'hostilité suscitée par la psychanalyse semble devoir être attribuée... au fait qu'elle ne présente pas les garanties d'une science (qui serait du côté de "vérités définitives") alors même qu'elle énonce une certaine vérité du sujet ». (Dor, 1988)

Vous avez raison, le malaise auquel vous faites écho est bien réel. Actuellement on refuse de plus en plus une place à la psychanalyse, non seulement dans les milieux de la médecine du corps mais même au niveau de l'intervention

psychologique. Au nom de la scientificité, on réclame que l'efficacité des interventions soient démontrées, le travail de recherche sur le cas individuel qui est la méthode de la psychanalyse n'est plus de mise. La démarche clinique du cas par cas est périmée. Les neurosciences seraient-elles vraiment plus adéquates pour apporter des réponses à la complexité de l'humain? Pour beaucoup de ses détracteurs, la psychanalyse demeure un phénomène qui a fait son temps, qui mourra, si ce n'est déjà fait, avec beaucoup d'autres idéologies qui se sont développées et ont vécu avec ce siècle. Pour ceux-là, la psychanalyse comme le marxisme n'y survivra pas. Kandell que vous citez, psychiatre et chercheur en neurobiologie, tentant de définir un nouveau cadre de référence scientifique pour la psychiatrie, affirme que la psychanalyse n'a pas de tradition scientifique et déplore qu'elle ait été le maître de la psychiatrie pendant de trop longues années. Il prétend que les recherches neurobiologiques ont pu mettre en évidence les bases de certains processus inconscients. Il précise qu'il ne s'agit pas là de l'inconscient freudien mais que des recherches ultérieures parviendraient à le situer, « s'il existe », ainsi qu'à en préciser les propriétés. Pour Kandell, l'avenir de la psychanalyse est dans le développement d'une science neurobiologique d'orientation psychanalytique. C'est placer la psychanalyse sous le primat des sciences de la nature. C'est en nier l'essence même, c'est méconnaître la révolution épistémologique qu'a été la découverte de l'inconscient. L'humain est ici réductible à ses neurones; il n'y a pas d'ailleurs possible. On peut opposer à la prise de position de Kandell celle de Bercherie qui voit dans la psychanalyse une pensée révolutionnaire « qui ne constitue pas le calque imparfait et provisoire d'une future branche des neurosciences, mais le registre théorique d'un savoir neuf, dont l'objet inédit est extrinsèque aux sciences naturelles. » (Bercherie, 1988)

Faut-il s'étonner que le tournant du siècle remette en question la psychanalyse comme tant d'autres valeurs et institutions? La psychanalyse est née dans la controverse. L'expansion du mouvement psychanalytique a souvent donné lieu à des déchirements, des crises, des scissions à l'intérieur des groupes et sociétés psychanalytiques.

Les psychanalystes, vous le savez, n'ont jamais fini de faire l'analyse de la conflictualité, de l'opposition qu'ils suscitent. Pour y trouver des explications, ils se tournent vers les changements dans la culture, dans la société ainsi que vers les prises de position des scientifiques qu'ils dénoncent. Il arrive que les analystes se penchent sur leurs propres institutions de même que sur ce qu'ils sont comme psychanalystes. Souvent, le psychanalyste est hors champ, tiraillé face à son identité professionnelle première où la psychanalyse est perçue comme un corps étranger.

Remise en question des institutions de soins, crises de société, perte des valeurs, positivisme scientifique sont tour à tour mis au banc des accusés. Le propos peut, en effet, se lire comme la recherche d'un coupable, d'un responsable qui sera, la plupart du temps, identifié à l'extérieur de l'institution psychanalytique. Tous ces discours finissent par prendre un caractère insistant et répétitif sans réduire le malaise. Dans cette perspective, le malaise ne serait-il pas tout autant à l'intérieur.

du psychanalyste? Je me suis moi-même attardée à vous entretenir de médecine, de psychiatrie. Il est vrai que le champ médico-psychiatrique fut « mon extérieur psychanalytique » pendant plusieurs années en même temps que la clinique et l'enseignement psychanalytiques étaient au centre de mon travail. .

Ainsi, chaque psychanalyste porte en lui « un ailleurs », en même temps qu'il est inclus dans la situation problématique par son milieu culturel, social et institutionnel, sans oublier que même la théorie psychanalytique pourrait à certains moments se présenter à lui comme ce lieu extérieur.

Être à la fois à l'intérieur et à l'extérieur, n'est-ce pas là le propre de la situation de transfert et de contre-transfert? Serions-nous dans une vaste impasse transféro-contre-transférentielle? Nous retrouvons ici l'objet même de la psychanalyse qui est avant tout une clinique du conflit réactualisé dans le transfert? « L'ailleurs » du psychanalyste souvent honni pourrait être aussi son complice, comme échappée au malaise du transfert et du contre-transfert.

Il est possible que Freud qui croit apporter la peste chez les américains lors de son voyage aux États-Unis en 1909 soit en proie à un tel malaise. Il en serait de même pour le Freud qui rêve que la science apportera des éclaircissements à son œuvre, cherchant des vérités définitives.

Avant tout médecin et homme de science, il doit reconnaître, entre Anna O. et son médecin Breuer, un trouble qui prend le pas sur le symptôme et qui devra devenir l'objet du travail thérapeutique. Un bouleversement fondamental de la clinique était ici introduit avec la découverte de l'inconscient, de la *talking cure* et du transfert. Ce qui est pris en compte à partir de ce moment n'est plus le corps mort de la science médicale mais un corps sexué, érotique, un corps traversé par la pulsion. Ce qui est pris en compte dorénavant est le discours d'un sujet qui sait son mal, bien qu'à son insu. Le symptôme est un leurre que le patient, l'analysant présente au clinicien pour cautionner une demande qui pourra dans le cours du traitement se décliner comme une demande d'amour. Demande d'amour, conflictualisée par les écueils de l'histoire de chacun des protagonistes, et qui se traduit dans la cure par des débordements d'affects, de symptômes ou de comportements chez l'analysant... Et, tout au moins un malaise chez l'analyste?

L'attitude d'écoute abstinent de l'analyste mettra à jour un autre courant traversé celui-là par des pulsions destructrices; « l'hostilité et la vengeance couvent sous tout amour qui ne peut atteindre son objet ». (Freud, 1968)

Outre le trouble de la séduction transférentielle sous-tendue par les pulsions de vie, la perspective psychanalytique place le clinicien devant un autre malentendu. Au-delà de la demande explicite de soulagement, se fait jour un refus de guérison accompagné de sentiments négatifs, propre à le dérouter. C'est le déploiement de la réaction thérapeutique négative, dans le pire des cas, qui devient la résistance majeure au changement. Continuer à souffrir tout, en réclamant un soulagement et même « valoriser sa douleur pour effacer l'agressivité inhérente à ce lien archaïque (la mère, le sein)...qui nous manque tant, n'est-ce pas un fantasme indélébile! » (Kristeva, 1998) Solution masochique qui place le clinicien devant un paradoxe,

noyau dur qui fera échec au désir de soigner du clinicien tout autant qu'à l'offre de sens de l'analyste : la cure psychanalytique ne « mène pas toujours à la terre promise ». (Fain,1987) On a longtemps discuté à savoir quelle était la part de l'un et de l'autre chez les analystes, à commencer Freud lui-même; tout en mettant de l'avant l'élaboration interprétative comme objet de son écoute, il se pourrait que la visée thérapeutique demeure un souci chez l'analyste; comme deux courants en tension, qui sous-tendent son travail d'écoute et de recherche.

La psychanalyse est une clinique de la limite, du malaise, de l'impasse posant des questions théoriques qui en relancent inlassablement d'autres, complexes, essentielles et toujours ouvertes. Voilà, il me semble, une voie de compréhension aux réactions d'amour-haine qu'elle suscite chez celui qui cherche des solutions claires et définitives, en qui chacun de nous peut se reconnaître certains jours.

À partir du malaise, à partir des questions sans réponses, naît parfois en moi un soliloque insistant que j'ai voulu transformer en un dialogue avec vous, cher jeune clinicien imaginaire, qui pour le temps de cette lettre avez été « mon ailleurs ».

Au revoir,

Bernadette Tanguay

bernadette tanguay
9, mc culloch
outremont, qc h2v 3l5

Notes

1. Kandell, Eric. M.D., A new Intellectual Framework for Psychiatry, *Am. J Psychiatry*, 155 : 4, Avril 1998.
2. Que nous soyons passés du terme de patient à celui de client pour désigner la personne qui consulte un clinicien témoigne probablement du glissement de la définition du soignant vers celle d'un expert qui dispense un service technique spécifique.

Lectures

- Bercherie, P., 1988, *Géographie du champ psychanalytique*, Paris, Navarin Éditeur.
- Clément, C., Kristeva, J., *Le féminin et le sacré*, Paris, Éditions Stock.
- Dor J., 1988, *L'a-scientificité de la psychanalyse*, Paris, Éditions universitaires.
- Fain, M., 1987, Psychanalyste, un métier impossible?, in *Les trois métiers impossibles. V^e rencontres psychanalytiques d'Aix-en-Provence* 1986, Paris, Les Belles-Lettres.
- Freud, S., Breuer, J., 1895, *Études sur l'hystérie*, trad. A. Berman. P.U.F. Paris, 1967.
- Freud, S., 1925, Psychanalyse et médecine, in *Ma vie et la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1968.
- Gay, P., 1991, Freud. *Une vie*, trad. Tina Jolas, Paris, Hachette.
- Lasvergnas, I., 1991, Le corps de la pensée ou l'irréductible altérité, in *Les voies de la recherche clinique en psychanalyse*, Tanguay B. et coll., Montréal, Éditions du Méridien.