

# Présentation des Actes du colloque de l'APM : « Le corps a ses raisons »

*Eliane ALLOUCH*<sup>1</sup>

*Texte présenté et discuté lors de la table ronde organisée pour la sortie du livre, le 17 Juin 2001, à la  
Librairie « La terrasse de Gutenberg », Paris*

Ayant l'honneur et le plaisir de présenter les premiers actes de l'Association Psychanalyse et Médecine, intitulés "le corps a ses raisons", je vous propose le repérage que je me suis intéressée à établir après leur lecture, manière de rendre hommage à la qualité et au sérieux des auteurs, que l'on sent très engagés dans ce champ de recherche des rapports entre corps et psyché, mais aussi sur le plan de l'éthique thérapeutique.

Deux grandes lignes de développement essentielles insistent tout au long de ces actes. Il s'agit :

1) de la question ou de la problématique du sujet qui subsume une théorie de la souffrance/douleur et une théorie du symptôme, en particulier de la maladie somatique.

2) d'une analyse critique des modèles de recherche

Intimement intriquées à ces deux problématiques, de manière implicite mais, parfois même, de manière explicite, j'ai décelé de grandes lignes pour une théorie générale du soin, de la guérison et de l'action thérapeutique, qui s'étend au-delà des théories "psy" et dont l'élément majeur est le contre-transfert du soignant. Ce contre-transfert (ou désir) du soignant lui fait produire en effet des signes, des signifiants, consciemment ou à son insu, que le patient capte ou refuse.

I - La problématique du sujet est ouverte de manière aigüe par le texte "Parole de patients"

de Denise Sauget, à partir de la revendication d'une patiente à propos de son état de maladie : "J'ai besoin d'en parler" (p. 35).

"Qui parle à qui ?" développe Denise Sauget, laquelle laisse entendre que le médecin pourrait jouer un rôle de porte-parole pour un patient coincé dans les mailles du langage. Il l'orienterait alors conjointement au soin médical vers un analyste, pour lui permettre de sortir de sa prison imaginaire et libérer des énergies nouvelles, qui pourront l'aider à lutter contre sa maladie. Le choix inconscient d'une maladie grave telle que le cancer, écrit l'auteur, est fait pour échapper au débordement d'angoisse et à l'enfer de vivre qui résulte de ce choix. "La maladie est un mal-dit" précisera M. L. Lévy dans la troisième partie des actes (p. 230).

La question du sujet recouvre la question éthique de l'acte de parole : l'acte de parole va au-delà de l'information transmise, il permet au sujet de se constituer à travers une démarche d'auto-historicisation ou de remémoration qui établit pour lui quelque chose de sa vérité ou de son désir. Une telle théorie du sujet dénonce à la fois "la part symbolique et essentielle du symptôme", écrit Houchang Guilyardi dans son texte *Le corps déchaîné* (p. 28), et elle vient en contrepoint d'une médecine technicienne, voire technologisante, soutient aussi le professeur J. F. Allilaire (p. 31).

<sup>1</sup> Eliane ALLOUCH – Psychanalyste, Maître de Conférences des Universités - 11 rue Erard 75012 Paris -

I-1) Cette théorie lacanienne du sujet, qui revient tout au long de ces actes, rappelle la *prévalence de la souffrance, mais aussi que la pathologie d'organe n'est qu'un aspect de la demande du patient* comme le souligne encore le Professeur Allilaire.

J. P. Basclat reprendra cette idée pour dire combien la souffrance du corps ou d'organe vient masquer la dimension subjective, c'est-à-dire la dimension de sujet.

S. Malem, qui développe la distinction entre douleur et souffrance, retient aussi que la douleur est signe d'un ressenti écrasant toute subjectivité, un ressenti destiné à détourner l'attention d'une souffrance psychique. Au pire, ce sera le retrait autistique, remarque-t-elle à juste titre. Elle poursuit avec l'idée que l'analyse ou l'acte thérapeutique en milieu médical viserait à accompagner le patient dans un passage de la douleur à la souffrance psychique ou morale, "de la douleur de l'effraction à la perte, puis au deuil et à la castration" (p. 47), soit du réel de la douleur à son imaginaire et à son registre symbolique. Néanmoins, la douleur est déjà une manière de relancer l'Autre, malgré l'impact de la maladie.

Plus métaphoriquement, J.P. Basclat lance qu'il s'agirait de "faire passer le diabolique de la douleur vers le symbolique" (p.73). De plus, il avance l'idée, avec Sandrine Malem, qu'il suffit parfois de marquer non pas de la compassion, mais un peu de surprise, l'ombre d'un doute, pour que soit perceptible ce mince espace (de jeu) où la douleur vient à la place de ce qui n'est pas dit. C'est que le travail avec le médecin oncologue, pour D. Sauguet, peut être préparatoire et susceptible d'ouvrir à une autre forme d'adresse du patient au détour d'un souvenir, car alors il parle de lui si, bien entendu, le médecin sait écouter.

Dans la troisième partie des actes, Françoise Bessis Averoin relancera cette idée de "favoriser l'émergence du sujet, voire sa naissance à partir de cette expérience nouvelle, cruciale (ou vitale) d'une maladie grave telle que le cancer. Il s'agit dès lors de miser sur la capacité mobilisatrice, et potentiellement créatrice, d'un sujet qu'ouvre l'état de crise engendré par la maladie grave" (p. 193).

I-2) Ces théories du sujet et de la souffrance sont corollaires d'une *théorie du symptôme somatique (et non psychosomatique)* qui désignerait "quelque chose de désarrimé qui prend corps (ou forme) faute de trouver une possibilité de parole" (S. Malem p. 63), qui fasse bord (ou sens)

à des points traumatiques, rigides de l'histoire du sujet.

En d'autres termes Marielle David-Boueilh insiste sur "l'articulation entre le tissu narcissique et le corps(comme) nécessaire au bon fonctionnement du corps" : il s'agit de la question de l'instauration du phallique primaire, mais plus largement, ajouterais-je, de l'échec de l'étayage des pulsions sexuelles sur les fonctions corporelles.

Cette théorie du symptôme somatique est relancée dans la 3ème partie des actes par Françoise Aulard-Macler, qui écrit que les maux du corps sont à entendre dans leur duplicité économique répondant de et à une jouissance qui les excède ; ils tentent d'y parer. "Le corps énonce, précise-t-elle, et du sujet s'annonce en souffrance..., qui s'articule non du silence mais d'une mutité de l'Autre" (p. 158).

Josette Olier développe métaphoriquement, voire philogénétiqument, que les symptômes organiques du cancer sont des hiéroglyphes du corps, des langues des origines à décrypter (p. 189).

Bref, résumerais-je avec S. Malem, "tomber malade ou tomber fou, c'est tomber dans un trou" (p. 77), un trou du tissu narcissique, ajouterais-je.

## II - Analyse critique des modèles de recherche

Nombreux sont les orateurs qui ont traité ce thème :

Dans son texte "*de la mystique du gène à l'eugénisme consensuel*", Jacques Testart, spécialiste à la procréation de l'hôpital américain, développe l'idée libératrice que le principal intérêt scientifique du clonage est de démontrer que le discours génétique est une mystification. Il précise entre autres que l'ADN n'est pas un programme mais une molécule (p. 113-114).

Danièle Epstein constate que "les frontières de l'impossible reculent, tandis que celles de l'interdit s'émeussent" (l'interdit est structurant pour la psyché, individuelle ou groupale).

Jean Pierre Lebrun rappelle que l'objet de la médecine est avant tout de prendre en compte ce qu'il en est des malades, même si parfois, il arrive aux médecins de l'oublier ainsi qu'il est montré, précise-t-il, dans le film de Béatrice Korc, *Les liens du sang, une saga islandaise*. A l'appui de ce film présenté au cours du colloque, il avance en référence à Lacan un modèle transgénérationnel de "l'inconscient qui permet à l'humus humain

d'assurer la pérennité d'une génération à l'autre" (p. 103).

Marc Léopold Lévy insiste avec brio sur le modèle de l'antériorité du symbolique sur la fonction paternelle tout en le distinguant du code. Il soutient qu'il s'agit de "tenir ensemble (ces) deux discours [c'est-à-dire ces deux modèles] celui qui se revendique du biologique et celui qui se réclame du tout psychique tout en les limitant l'un l'autre" (p. 229) ... parce que analystes et médecins s'occupent parfois des mêmes patients et que, parfois, une réponse médicale entraîne une amélioration de l'estime de soi, qui rend le patient analysable et vice versa (par exemple, l'analyse pourra, elle, faire en sorte que l'acte manqué de se casser le bras ne se reproduise pas. Il conclut vigoureusement avec Freud, "qu'il serait bon que les analystes soient un peu avertis de la chose médicale et que les médecins fassent fi de leur résistance et s'ouvrent un peu aux problèmes que leur pose "l'autre corps" de leurs patients" (p.230).

Dans son beau texte "*Du corps sur les mains ?*" Françoise Dezoncle dénonce l'absolutisation du regard qui domine le champ médical ... qui voile, escamote la mort ... et laisse un reste (p. 183). Elle prône le retour à la singularité de chaque patient. Elle recourt *in fine* au modèle littéraire de Thomas l'obscur de Maurice Blanchot cité par J. Allouch dans "Erotique du deuil au temps de la mort sèche" où il s'agit de mourir en restant vivant (c'est-à-dire sujet) jusqu'au terme ultime ; sinon, précise F. Dezoncle, on tombe dans une intensification de la douleur qui n'est référée qu'au biologique ("à du corps et non au corps"), "à la crudité, la massivité du réel" dit H. Guilyardi.

Martine Derzelle dénonce le modèle freudien de l'actuel et du névrotique (cheval de bataille de l'Ecole de Paris), qui a engendré les conceptions normatives et extensives de la conversion hystérique, de la somatisation comme processus privatifs de mentalisation et du statut frontalier relié à l'actuel (p. 214). Elle rejoint ainsi Annick Galbiati qui rapproche le modèle de l'homéostasie de celui du principe de plaisir.

Repasant de trois rêves de René Descartes, ex-enfant solitaire et carencé, Danièle Lévy développe la thèse fascinante de *l'exploit intellectuel du cogito, qui fait taire l'âme* (ou le fantasme) et dont la mise à l'écart est *le prix à payer pour créer la science occidentale*. Il faudra attendre Freud,

soutient-elle, pour que quelqu'un découvre *le statut de l'invention* : "sa dimension inconsciente (est) en prise directe sur le corps, les actes et son mode très particulier de rapport à la réalité extérieure (émerge) à travers la lucarne du fantasme" (p. 226). n'est-ce pas là une belle illustration que *tout modèle est fiction ?*

Bien d'autres textes alimenteraient encore mon argumentation quant à la prégnance d'une analyse critique des modèles de recherche, notamment l'accent mis sur *l'impact du modèle financier ou commercial des banques et des compagnies pharmaceutiques* à propos de "la thérapie génie" dénoncée par Pierre Marie Martin (p.125) et repris par Philippe Lorrain qui analyse et met en alerte contre la dérive néolibérale de la logique marchande des patients pris comme cible commerciale.

J'arrête ici mon énumération des modèles à analyser par deux remarques que je fais miennes: "le savoir se constitue entre des évidences" dicit Jean Szpirko (p. 232); il se pourrait qu'est en train de changer "la remise en question de la démarche scientifique comme vérité et de la démarche psychanalytique comme douteuse, critiquable, suspecte" (donc, non scientifique), (cf. H. Guilyardi, p. 129).

Pour conclure, je soutiendrai que cette piste d'une analyse critique des modèles de recherche - aussi bien en biologie moléculaire, en neurochimie qu'en linguistique ou en psychanalyse - fait se déplacer les termes du fameux débat (ancien ou nouveau ? soulignait Jacques Saliba) sur la scientificité. L'accent porté sur l'aléatoire, sur l'indéfini, sur le flou dans la Recherche contemporaine favorise, ouvre incontestablement, comme le laisse entendre à sa façon H. Guilyardi, une mutation *des sciences de l'homme* pour peu que celles-ci renoncent à leur dogmatisme idéologique pour reconnaître ou admettre "l'utilisation fictionnelle" faite par Freud de tout modèle pour *imaginer, fantasmer* intimement intriquées à ces deux problématiques, (c'est-à-dire penser théoriquement) le psychique (incst) entre le corps et les actes de conscience. C'est là, à n'en pas douter, l'intention forte qui porte ces premiers actes de l'Association Psychanalyse et Médecine.

III - Une telle analyse critique des modèles et une telle théorie du sujet introduit, ai-je annoncé au début, à *une théorie générale du soin, de la guérison et de l'action psychothérapeutique au-*

delà des théories *Psy* qui, pourquoi pas, pourrait engager des *états généraux des intervenants médicaux et non médicaux sur le corps* ainsi que le suggérait une participante du colloque. Elle s'appuierait sur une théorie de la souffrance, mais son élément majeur serait le contre-transfert (ou le désir) du thérapeute ; contre-transfert qui, en cas de maladie somatique grave, "doit dépasser la peur d'être touchée intimement par ce qui est inscrit de la mort dans ces histoires" ainsi que le relève Anne-Marie Hamad à propos de la jeune patiente cardiaque du docteur de Blignières-Strouk. Autrement dit, le contre-transfert du soignant doit permettre l'ouverture du patient à un corps imaginaire ou "corps du désir", dirais-je en reprenant l'expression de Marc Nacht (p. 207).

Bien entendu, le contre-transfert suppose le transfert. Ce dernier s'installe dans toute situation institutionnelle, en particulier médicale. La spécificité de la psychanalyse par rapport à d'autres situations est de l'interpréter. En revanche, le dispositif trop épuré de la cure-type ne peut offrir les préconditions ou des conditions préalables pour répondre à ce que - après Winnicott - j'appellerai les "besoins du moi", c'est-à-dire tout ce dont le sujet a besoin pour faire son travail de symbolisation. Avant d'accéder à l'analysable, le patient a souvent besoin d'un "supplément de cadre" (expression de P. Fédida), c'est-à-dire d'un

étayage du processus de symbolisation : "L'effet docteur" par exemple cité par M. L. Lévy, "l'ancrage matriciel des accueillants analysés" du Centre Pierre Cazenave présenté par L. Bessis-Averoin, "le rôle de porte-parole du médecin" dégagé par D. Sauget ou bien encore "le temps de surprise, l'ombre d'un doute chez le médecin pour ouvrir un espace de jeu à la place de la douleur" chez le patient ainsi que le formule Sandrine Malem. Tous ces cas de figure et d'autres m'amènent à distinguer au moins *trois fonctions de l'espace psychothérapeutique du soin* :

a) une fonction de porte-parole qui maintient, pare-excite, contient, délimite un espace, y compris énergétique. On ne symbolise pas d'emblée une grande quantité.

b) une fonction de création de signes qui suscite un lieu pour une fabrique de signes, qui n'ont pas eu lieu et qui hantent le présent de la vie.

c) une fonction de métaphorisation qui est celle de la mise en sens (fond de réserve principal de l'analyste).

Ajoutons que le modèle commun de l'acte psychothérapeutique du soin est celui du jeu, au sens où la liberté d'agir est l'essence du soin comme du jeu, pourvu que le soignant admette l'altérité de l'autre. Ainsi, le minimum indispensable est l'analyse des soignants, dans leur désir de soin. Cela a déjà été dit par Balint, dont on ne saurait ici surestimer l'apport. ■