

Dans la rubrique « Hors la cure » Amorce d'une réflexion en cours.

### **Éthique médicale, éthique de la psychanalyse : une incompatibilité**

Jean-Michel Darchy

En milieu hospitalier médicalisé, la «référence» psychanalytique, souvent sollicitée fait question quant à son efficience «hors la cure» à plus d'un titre.

° Au niveau de la demande c'est l'équipe «pluridisciplinaire» qui la fait lorsqu'un intervenant rencontre un point de butée dans sa pratique (demande d'écoute d'un parent ou d'un enfant).

Dans tous les cas, elle intervient comme prolongation d'une procédure de soins pour faire relance, souvent avec un sentiment d'échec.

° C'est une demande peu ou pas du tout relayée par les parents qui ne se saisissent pas du changement de registre du médical à l'écoute, ce qui crée une confusion.

Ceci induit une double méprise :

° D'une part, au niveau de l'équipe en place qui, collectivement (collectivisation du symptôme) ni ne sait, ni ne peut soutenir ce qui est demandé, c'est souvent l'assurance d'une «fausse route» quant au sujet enfin en question. Ce d'autant plus que seuls les énoncés sont pris en compte.

° D'autre part les parents se sentent fondés à se plaindre d'avoir à assumer une demande qui ne saurait être la leur puisqu'ils ne sont venus qu'au titre d'un soin ou au mieux au titre d'une «globalité de la prise en charge de leur enfant».

\*\*\*

Deux éthiques s'affrontent, au mieux compatissent, l'éthique médicale, axée sur le soin et l'éthique de la psychanalyse impliquant «l'effet sujet» et la mise en fonction du «désir de l'analyste». Il n'est pas inutile de repérer la mise en ordre des discours, au sens des quatre discours, comme lieu et lien d'assujettissement des pratiques de santé au social et de mettre en tension lien social et sujet.

## Un constat

Sur ces bases il est difficile, à celui qui s'y risque, de soutenir la «fonction Analyste» sans se retrouver confronté à une double aporie.

Sur le plan de son éthique, face à une demande de «guérison», risquée voir démagogique, d'une part.

Sur le plan «technique» d'autre part; aucune indépendance - pour ceux qui sont embauchés au titre de psychiatre ou de psychologue, bien que là aussi on distingue entre médecin (je souligne) psychiatre et psychologue dans le cas d'une référence commune à la psychanalyse - n'est garantie et la question de l'efficacité de l'analyse ne peut être soutenue: privée de son cadre et de son dispositif, pour le praticien hospitalier ce ne peut être qu'une indexation, une référence. Cette indexation connote évidemment une désignation, ce qui complique les choses pour les « clients ».

Au mieux quand un parcours s'engage, au nom ici de «l'indexation Freudienne», ce ne peut être qu'avec une visée adaptative, c'est à dire au nom de «l'adaptatio rei et intellectus» qui fonctionne, de fait comme critère interne de clôture, au nom de la logique canonique.

Du point de vue clinique, si on s'en tient à l'adage Lacanien : «Le transfert est ce qui dans la cure écarte la demande de la pulsion (ligne de la demande)... le désir de l'analyste est ce qui l'y ramène» (ligne du désir), ce qui s'ouvre souvent se ferme au nom d'une vérité d'évidence des prémisses que le patient doit guérir et «pas de surcroît».

Toutes ces questions en institution «soignante» se laissent vectoriser comme une problématique sur le traitement de l'angoisse, ce qui ramène à la question du fantasme qui structure l'espace hospitalier et/ou institutionnel sur le mode de la « furor sanandi», où il n'est pas rare de voir reflourir les utopies les plus diverses, comme processus de défense qui soudent «le corps» (esprit de corps à l'hôpital) où seule s'impose la recherche d'une causalité objective mais en terme de cause de désir non efficiente. C'est là le paradoxe de «la communication», quelque chose du pouvoir se communique, chacun n'étant rien par soi-même (sous l'égide de l'ordre médical), chacun peut se confondre avec le signifiant dont l'institution veut bien le nommer.

Ce qui se communique c'est du mouvement, jamais du sens.

\*\*\*

Dans les Centres d'Actions Médico-Sociales précoces (C.A.M.S.P.), beaucoup d'enfants présentent des polyhandicaps avec pronostics d'évolution réservée; ces lieux de suivi et de «prise en charge» sont souvent intermédiaires entre une phase d'élaboration du diagnostic définitif (parfois plusieurs années) et le choix d'un placement en institution spécialisée ensuite à long terme, parfois à vie.

Le moment du diagnostic dit «Annonce» dans ces structures hospitalières met en jeu la question de la «mort» d'autant plus qu'elle est souvent éludée ou envisagée parfois par les parents. Ceci génère des mécanismes de défense et parfois une insistance sur les «progrès» accomplis, avec construction d'un espace d'illusion imitant la vie dite «normale».

Ces enfants devraient être «sans histoires». J'ai relevé des glissements sémantiques révélateurs : il est interdit de parler de vie normale, d'enfants normaux, il faut dire «vie ordinaire», «enfants ordinaires». Le mot handicap est évité.

La représentation consciente de l'image du corps et l'image inconsciente du corps ont du mal à se croiser, c'est peu mobilisable en aval avec les parents et en amont avec l'équipe pluridisciplinaire.

À propos des entretiens, il est question pour quelques collègues de travail (rééducation corporelle) que «les psys» permettent aux parents «de déposer»,... «tout ça quelque part... ».

\*\*\*

Quel type de réponse s'instaure quand l'angoisse surgit? (Un exemple).

Il s'agit d'un enfant *A* suivi depuis peu par une kinésithérapeute de l'équipe *B*.

*A* présente des difficultés motrices et psychomotrices inhérentes à un polyhandicap avec spasticité et rétractions. Le travail de la kiné *B* consiste à veiller à mettre en œuvre l'indication pédiatrique: «soutenir sa corporéité», soit à stimuler et à éviter des rétractions trop importantes par un travail de postures.

Un psychologue demande à la mère au cours d'un entretien: «Qu'est-ce que vous voyez quand vous regardez votre fille?»

La mère répond: «je ne vois rien!»

La kiné cite cette anecdote pour attirer l'attention sur la dépression de la mère qu'elle a du mal à métaboliser (elle travaille, c'est son choix, en présence de la mère, sans pouvoir justifier ce choix lorsque je lui ai posée la question).

Apparemment toute tentative de la kiné de mettre des mots «sur» ce qu'elle fait échoue. À l'encontre de ce que la mère a dit quand elle a rencontré le psychologue, en kiné l'illusion opère (elle voit sa fille debout en posture, comme elle n'est pas «normalement»).

La réponse proposée par l'institution (réponse du Médecin Directeur Technique) consiste à introduire entre la kiné *B* et la mère de *A* un tiers, en l'occurrence l'ergothérapeute qui va instrumentaliser encore plus l'enfant, parfaire donc l'illusion.

Le lieu «de dépôt» se réduit ici à un étayage, un renforcement du dispositif mettant en

scène la rééducation de l'enfant en présence de sa mère (montage optique, souci de transparence?).

Là, par défaut, se repose la question de «la fonction analyste» comme produisant par des interventions calculées mais réglées non sur le temps de la montre, ni sur le praticable au sens théâtral du terme, la question de la prise en compte du corps en dehors d'une mise en acte imaginaire.

Il y manque la coupure, comme coupure signifiante, inhérente à la dimension synchronique de la cure, là le bouclage des «informations» replâtre une mise en forme diachronique sur le versant de l'image, générant une lecture bi-univoque «parents <-----> soignants». Pas de déplacement qui aurait pu advenir au moment du «je ne vois rien» ... On peut rajouter «autour de ce paysage», espace clos, temps institutionnel forclos, sans coupure, espace de représentation, sans inter-locution réglée par le surgissement possible d'une parole.

**Février 98**  
**J.-M. DARCHY**