

# Loger l'altérité dans l'institution

## par Cécile Glineur

Désirer orienter un travail en institution par les repères de la psychanalyse, donc par l'intérêt pour le plus singulier, suppose de faire en permanence avec *a minima* un paradoxe : une des vocations de toute institution, dans son mandat social au moins, est de proposer un traitement collectif d'une ou plusieurs dimensions de la vie humaine. L'institution, en général, et quasi de principe, s'oppose au traitement singulier. Cette difficulté d'accueillir au singulier, faire place au singulier, le loger, l'entendre — et au-delà encore —, souhaiter rendre l'institution praticable à chacun dans une certaine compatibilité au lien social, cette difficulté se trouve bien sûr redoublée au sein d'institutions pour lesquelles les repères de la psychanalyse ne font pas boussole.

Ainsi, l'hôpital, lieu de traitement collectif des questions de santé, s'oriente du discours de la science, de la médecine fondée sur la preuve<sup>[1]</sup> bien entendu, non des enseignements de la psychanalyse. Nul doute que sur les registres de la chirurgie cardiaque ou du traitement d'un mélanome, c'est bien ainsi. Mais l'utilisateur accompagne son problème de santé, si l'on peut dire. Ce qu'amène l'utilisateur à l'hôpital, c'est « la maladie du malade », pour paraphraser Canguilhem. Le patient nous arrive avec l'actualité de son régime pulsionnel, son rapport à l'autre, son rapport au corps. Ces singularités peuvent être perçues comme « problématiques ». Dès lors, parvenir à passer de « *problématique pour* » les intervenants à « *problématisées par* » les intervenants est un enjeu récurrent.

Ainsi en est-il du cas de Monsieur P., présenté lors de notre journée préparatoire. Monsieur P., 41 ans, est atteint d'un cancer d'évolution lente. Il est aux prises avec des douleurs physiques insupportables dont la causalité reste difficile, pour les médecins, à attribuer ou pas à la maladie cancéreuse. Monsieur P. se positionne en « maître de l'interprétation »<sup>[2]</sup> Il énonce ses certitudes tant sur l'étiologie de sa situation que sur les thérapeutiques qu'il demande — voire exige — ou encore sur l'efficacité de « *traitements*<sup>[3]</sup> » qu'il a lui-même conçus pour « *contrôler la maladie dans son corps* » tels qu'une alimentation saine, des produits de phytothérapie et du cannabidiol en gouttes. Le savoir est de son côté. Pour autant, il a un besoin vital du concours de l'institution médicale et de ses intervenants, soit de petits autres qu'il positionne comme globalement incompetents, voire malveillants.

Pour ses médecins de référence, il est extrêmement difficile d'admettre que la logique subjective de Monsieur P. commanderait de ne pas lui disputer la maîtrise de l'interprétation. En effet, ils expriment qu'acquiescer à sa logique singulière reviendrait à valider des assertions dénuées de fondement scientifique (ses propos sur le contrôle du cancer). Par ailleurs, ils ne cessent de vouloir rappeler au patient que l'indication pertinente dans sa situation est chirurgicale. Chaque échange tient d'une disputation où tous les interlocuteurs veulent la place de l'enseignant.

L'inconfort généré par la situation est extrême. Le patient endure des douleurs incontrôlées : il est épuisé, très agité ; plus le temps passe, plus il est irritable et plus la pratique du lien social lui est difficile. Il tient mordicus ses positions, n'édulcore pas ses propos, et il exige que les médecins reconnaissent l'efficacité de « ses démarches », ainsi nomme-t-il les changements de style de vie qu'il a opérés. « *Tout est dur*, me dit-il, *c'est une confrontation permanente avec eux* ».

L'oncologue de référence est plus que bousculé : il se sent « agressé », « mis en doute », « pas respecté dans sa compétence ». Il en vient à envisager l'abandon comme réponse : « Il n'a pas confiance en moi, je crois que je dois le référer vers quelqu'un d'autre ».

Lors de la présentation du cas, j'ai soutenu qu'il m'avait paru déterminant de ne pas chercher à concilier les points de vue, mais bien de dégager les protagonistes du registre de la compréhension, en ramenant l'accent sur la pragmatique des soins.

Auprès des soignants, c'était tenir le cap du statut légitime des propos du patient. Le recours à des notions communément acceptées et n'entrant pas en concurrence avec le statut de la science, comme « les croyances », « les opinions » a permis un décalage d'un registre de rivalité et d'argumentation. Rien de ce que disait ou faisait Monsieur P. n'était problématique par rapport à la mission de l'accueillir, l'accompagner, le soigner. Rien de ce qu'il avait mis en place (ses « démarches ») n'était nocif pour lui. Le refus éclairé d'une proposition thérapeutique est un droit. Nous n'avions pas à nous prononcer sur ses « croyances ».

Auprès du patient, c'était acquiescer à son postulat que le savoir médical a ses limites, tout en faisant valoir, pour cette raison même, que certains de ses propos, de ses décisions, de ses démarches, venaient heurter la logique médicale nécessairement à l'œuvre à l'hôpital. Faire valoir aussi que l'impuissance des soignants face à ses douleurs, leur incapacité de le soulager, venait les dérouter. Ils avaient besoin d'un temps pour comprendre, en quelque sorte.

Il n'était donc pas question de « céder », il n'y avait pas de propos à « valider ». Éviter la rupture supposait d'entériner l'irréconciliable comme partie de la relation, pour que chacun renonce à l'adhésion de l'autre.

La parole de compromis a pu s'effectuer du côté de l'intervenant – dans cette configuration particulière, c'était la seule possibilité. Au cours d'un entretien, l'oncologue est parvenu à articuler sa conviction de médecin (l'indication exclusive de la chirurgie) et son plein engagement à poursuivre le suivi médical inconditionnellement, quelle que soit la réponse du patient aux propositions thérapeutiques. Il a pu nommer son « sentiment d'impuissance », énoncer son désir de convaincre Monsieur P. et sa difficulté d'y renoncer, car il y associait la possibilité de sauver sa vie. Mais cette vie, dira-t-il, c'est celle du patient, non la sienne.

Le patient accepte alors de rester connecté à l'hôpital, de poursuivre la relation, de compter avec les soignants. La poursuite des soins (respectant l'ordre de priorité du patient) redevient possible et cette hospitalisation-là permet un meilleur contrôle des douleurs, et la décision d'un suivi rapproché sans chirurgie pour l'instant. On s'en doute, l'apaisement a été transitoire. La matrice logique du rapport de chacun à l'autre tend, dans cette rencontre, à produire de nouveaux écueils de même nature. Une façon possible de l'exprimer est que l'exigence du patient de rester maître de l'interprétation sur

ce qui se produit dans son corps heurte le discours de la science dont le médecin se fait porte-parole, ou dont il fait un insigne.

L'accompagnement se poursuivra difficilement – la distinction importante est que cette difficulté est désormais perçue par tous les intéressés comme inséparable de la relation elle-même. La rupture ne pourra pas nécessairement être évitée. Comme dans d'autres institutions, si la séparation devient une réponse à un moment, l'enjeu deviendra le relais, l'adressage, la possibilité pour le patient d'engager un autre « circuit » relationnel et de soin. Bien entendu, le danger vital ajoute une dimension particulière à la situation, mais la présence d'une pathologie organique n'est pas indispensable pour que la dimension du danger vital existe, comme on le voit dans d'autres champs cliniques où la mise en danger est récurrente.

Il s'est agi, pour pouvoir travailler, d'effectuer une opération de suspension du sens, de la compréhension, d'un idéal de conciliation, dans une perspective très pragmatique de la pratique clinique, visant à préserver l'usager de la rencontre frontale avec le vouloir des intervenants, à faire place à la forme d'altérité qu'il incarne, afin de maintenir pour lui la possibilité de faire usage de l'institution.

**[1]** *L'evidence based medicine* (EBM) est un concept d'origine anglo-saxonne qui consiste à ne tenir pour vraie une affirmation que si elle a été validée par la **recherche clinique**. On la traduit en français par deux expressions équivalentes, « **médecine factuelle** » et « **médecine fondée sur la preuve** ».

**[2]** Terme d'L. Izkovitch dans son livre « Les paranoïaques et la psychanalyse »

**[3]** A partir d'ici, les termes qui apparaissent entre guillemets et en italiques sont ceux de Monsieur P.