

Auto-immunité et ambivalence du corporel

Sur l'importance d'un rapprochement entre psychanalyse et médecine

Autoimmunity and bodily ambivalence

On the importance of a convergence between medicine and psychoanalysis

Derek Humphreys. MD, PhD (1)

Chargé de cours Université Paris 5-René Descartes

Institut de Psychologie - Centre Henry Piéron

Laboratoire de Psychologie Clinique et de Psychopathologie

71 avenue Edouard Vaillant ; 92774 Boulogne-Billancourt Cedex.

Elsevier Editorial System(tm) for L'Evolution Psychiatrique

Manuscript Draft

Manuscript Number: EVOPSY-D-07-00027

Title: Auto-immunité et ambivalence du corporel. Sur l'importance d'un rapprochement entre psychanalyse et médecine

Autoimmunity and bodily ambivalence. On the importance of a convergence between medicine and psychoanalysis

Article Type: Article original

Keywords: Mots Clefs : Psychanalyse, Médecine, Corps, Immunologie, Self, Maladies-auto-immunes

Key words: Psychoanalysis, Medicine, Body, Immunology, Self, Autoimmune disease

Corresponding Author: Dr derek humphreys, MD, PhD

Corresponding Author's Institution: Université Paris 5-René Descartes

First Author: derek humphreys, MD, PhD

Order of Authors: derek humphreys, MD, PhD

Abstract: Résumé

Médecine et psychanalyse convergent sur un même sujet, la souffrance corporelle. Ce corps « partagé » ouvre la question des rapports complexes entre ces deux pratiques, qui ne considèrent pas toujours les mêmes repères théoriques ni le même approche clinique. Un outil d'échange est nécessaire à l'établissement de ce dialogue, qui est théorique mais aussi stratégique (concernant la structure hospitalière) et politique (par rapport aux discours normatifs sur la santé et ses altérations). En effet, cet outil doit considérer le discours médical et les jargons particuliers à la recherche et la pratique hospitalière tout en restant fidèle à sa vocation d'écoute d'une langue « commune », seule capable d'ouvrir des sens multiples pour le malade lui-même. Ces aspects, seulement repérables dans la contingence de la clinique, doivent parallèlement être remaniés dans un contexte théorique. C'est ainsi que, à partir d'une expérience d'écoute psychanalytique dans une unité d'immunologie et rhumatologie d'un hôpital général à Santiago du Chili, le présent article essaye de mettre en cause les concepts de singularité individuelle en jeu dans la construction immunologique

pour le malade lui-même. Ces aspects, seulement repérables dans la contingence de la clinique, doivent parallèlement être remaniés dans un contexte théorique. C'est ainsi que, à partir d'une expérience d'écoute psychanalytique dans une unité d'immunologie et rhumatologie d'un hôpital général à Santiago du Chili, le présent article essaye de mettre en cause les concepts de singularité individuelle en jeu dans la construction immunologique du Self ainsi que la construction que fait la psychanalyse du corps subjectif, afin de penser la place du sujet et le sens du travail psychanalytique à l'hôpital.

Abstract.

Medicine and psychoanalysis converge on the same subject, the body and its suffering in disease. The resulting "splitting" of the body illustrates the complex relationships between these two practices, concerning their different theoretical basis and clinical approach. A specific exchange and transmission tool could, nevertheless, help to establish a dialogue between these approaches. Such a tool for a possible dialogue should consider some theoretical, logistic (concerning the hospital and its particular organisation) and political aspects (related to the normative definitions of health and its alterations). Although, this medical basis for a dialogue between medicine and psychoanalysis should respect the "ordinary" language: only the patient's language can constitute a pathway towards the multiple senses that that make life possible. All these aspects, clearly recognisable in the clinical experience, have not always a well developed theoretical basis. Aiming to give a place to subjectivity through the psychoanalytical work, the present article, based on a psychoanalytic collaboration experience within an immunology and rheumatology unit in a General Hospital in Santiago de Chile, explores the immunological concept of "Self" as well as the psychoanalytic construction of the body.

Introduction.

La question des rapports entre médecine et psychanalyse a pris un intérêt renouvelé depuis quelques années. Voulant parfois établir une continuité avec le discours scientifique, devenant parfois purement discursive, cette problématique avait été relativement désinvesti par la psychanalyse pendant les dernières décennies du vingtième siècle. Or, la présence de psychanalystes travaillant dans des services hospitaliers dans l'accompagnement de malades gravement handicapés ou en fin de vie mais aussi dans le suivi de situations cliniques les plus diverses —grossesses à risque, trithérapies du SIDA, chirurgie plastique et réparatrice— sont autant d'expériences qui ouvrent maintes questions théoriques, cliniques et éthiques concernant les liens et différences entre ces deux savoirs. Le surgissement récent de groupes de discussion, colloques, séminaires universitaires et publications touchant tant les liens complexes entre médecine et psychanalyse tant le statut du corps en psychanalyse, n'est que l'un des effets de la réouverture de cette problématique.

L'immunologie a jouée un rôle majeur dans cette ouverture, qui est fondamentalement théorique, mais d'une portée qui est aussi clinique et éthique. En effet, l'hypothèse d'une source biologique d'individualité, qui permit le développement de la recherche initiale en immunologie, est devenue un paradigme déterminant de la singularité du corps individuel et à travers lequel la médecine a réinvesti des questions auparavant abandonnées au « règne » du Moi [1] — notamment concernant des aspects « psychosomatiques » associés à l'auto-immunité et aux allergies. Or, l'actuelle mise en question de la pertinence de l'idée

d'une individuation biologique agissant au niveau des constituants moléculaires des tissus organiques vint montrer la complexité des liens établis entre médecine et psychanalyse autour de la question du corps. Singularité individuelle et subjectivation correspondent-ils à deux approches différentes à un même corps en souffrance ? Le vécu du malade ne saurait pas faire la part des choses ; pour lui, si la douleur a une matérialité, elle ne concerne pas moins ses affectes. Cet article discute les difficultés de l'approche à ce sujet partagé et la complexité des liens établis autour d'une clinique et d'une théorie du corps dans le domaine spécifique de l'immunologie.

Corps de savoir et souffrance corporelle.

Médecine et psychanalyse convergent sur un même corps. Or, chacun de ces savoirs est concerné par une dimension différente de ce corps partagé. Afin de faire de ce partage plus un accord qu'une division, cette convergence exige d'abord la démarcation des champs spécifiques d'action, la délimitation des corps de savoir et la reconnaissance des jargons et définitions spécifiques à chacun –symptôme, corps, individuation ou trauma, pour ne prendre que quelques exemples, sont tous des concepts fort différents en médecine et en psychanalyse. Seulement une fois établie cette démarcation, l'échange nécessaire entre ces approches serait possible.

P.L. Assoun commence ce travail de démarcation des corps soutenant que si la médecine s'intéresse à la dysfonction du corps organique —la dimension instrumentale et machinale reconstruite par la physiologie— la psychanalyse, quant à elle, tient à ce qui, du corps, demeure irréductible à l'organique [2]. En effet,

l'agencement médical du corps s'établit plutôt autour de la dysfonction capable d'expliquer comment la maladie s'est développée qu'autour de la souffrance corporelle. Cette dernière interpelle davantage le psychanalyste.

Cette remarque ne vise point à désavouer l'approche médicale du corps. Le souci d'efficacité à l'origine de l'intérêt pour la dimension organique du corps n'est, certes, point regrettable. La position fortement scientifique de la médecine moderne est responsable des grandes avancées thérapeutiques repérables de nos jours dans tous les domaines cliniques. Or, cette médecine qui tend «... davantage à mesurer, évaluer, normaliser, homogénéiser, randomiser ses analyses et ses protocoles sur des populations où la notion même de singulier se trouve par nature exclue... » ([3], p.78) et que R. Gori et M.J. Del Volgo appellent « *technoscientifique* », se distancie forcément du cas particulier, de la souffrance individuelle, pour rester du côté de la norme, de la loi générale, de la transparence de l'image et de la certitude apportée par la preuve du laboratoire. La psychanalyse, pour laquelle, en revanche, le cas particulier constitue l'universel, est dans ces circonstances appelée à plaider en faveur de la préservation d'une dimension individuelle de la souffrance ; à donner une place à la subjectivité dans l'installation et l'évolution de toute maladie. Non pas dans une opposition à la démarche médicale, mais dans une complémentarité capable de doubler le corps organique par sa dimension subjective de vécu.

La psychanalyse établit sa référence au corps à partir d'une construction qui reste énigmatique pour la médecine —et en général pour tout discours phénoménologique. Le corps érogène, avatar du montage pulsionnel, est ainsi approché par la psychanalyse dans sa dimension de représentant —le corps comme

exigence de travail pour la pensée— ou comme surface d'inscription de l'expérience capable de fonder les lois du plaisir/déplaisir. A partir de ce montage pulsionnel, on a construit des modèles compréhensifs en psychanalyse qui considèrent la néo-érotisation fantasmatique comme fondement, par exemple, de l'hypocondrie [4] ou des « néobesoins » à l'origine des solutions psychosomatiques et addictives [5]. De même, la psychanalyse fait appel à une « image inconsciente du corps » [6] ou explique la constitution d'un noyau identitaire du *Self* à partir des possibilités d'établissement d'un équilibre psyché-soma [7]. Le corps comme avatar pulsionnel ou exigence de travail pour la pensée, l'image inconsciente du corps, l'expérience corporelle ou l'équilibre psyché-soma sont autant d'approches diverses qui montrent combien la psychanalyse, dans sa démarche théorique, est loin de surmonter l'irréductibilité du corps. Le corps, irréductible à l'abstraction qu'exige tout processus de pensée, est pourtant bel et bien une entité psychosomatique, forme et essence. Toute réduction du corps à sa dimension de pure pensée fait de lui un objet purement discursif qui nous éloigne de la souffrance individuelle, fondement de toute démarche clinique. La théorie psychanalytique n'a fait ainsi qu'établir quelques repères d'ordre épistémologique capables de donner une certaine « lisibilité » à la construction métapsychologique du corps [8-10].

Malgré cette « confusion de langues », psychanalyse et médecine sont appelées à créer un domaine d'échange. Pour cela, on a souligné l'importance de la création d'un outil pour cet échange : un langage commun. Ce langage capable d'ouvrir un dialogue autour de ce corps partagé doit cependant accomplir au moins trois fonctions. Premièrement, il devrait constituer une ouverture par rapport aux corps de pouvoir, de savoir et de normalisation —référence à la médecine qui pointe

le fait que la psychanalyse n'établit pas seulement un dialogue avec un *corpus* de savoir mais qui s'adresse aussi, à travers celui-ci, à un discours politique et institutionnel. Ce dialogue ne vise donc pas uniquement l'établissement de liens discursifs mais doit aussi reconnaître les liens à établir avec les structures citoyennes et de pouvoir représentées par le corps médical et l'hôpital afin de créer l'ouverture nécessaire pour une clinique psychanalytique du terrain dans le champ du phénomène somatique. Ce langage doit, en outre, servir à la transmission. Tout au moins, si l'on accepte que la transmission a aussi une place au sein des institutions, qu'elles soient universitaires ou hospitalières —les conditions pour la formulation de la demande, ainsi que celles qui sont nécessaires au transfert ou au cadre sont tout autres à l'hôpital. Cela n'en fait pas moins de la clinique psychanalytique hospitalière une véritable analyse. Mais on a encore peu réfléchi aux conditions de transmission de cette démarche analytique —on n'a pas été beaucoup plus loin, d'ailleurs, dans la construction d'un cadre académique pour cette question. C'est dire que la démarche psychanalytique à l'hôpital ne met pas seulement en question le rapport à la médecine mais touche aussi le problème des limites de la psychanalyse. Ce langage d'ouverture par rapport au positivisme médical, de surcroît capable d'établir les bases —phénoménologiques ou métapsychologiques- pour une théorisation de la clinique, doit cependant respecter un troisième aspect, pas moins important que les deux précédents, qui est sa vocation d'inscription de la subjectivité. Pour cela, la langue habituelle, maternelle, celle du discours courant, qui a du sens pour celui qui souffre, doit prévaloir sur toute tendance à la réduction et à la généralisation, qu'elle soit scientifique ou académique.

Ces conditions sembleraient s'exclure mutuellement. Or la cohabitation rendrait possible ce dialogue : c'est seulement dans un travail coude à coude avec le médecin, au chevet du malade, que le psychanalyste peut comprendre le sens qu'a en médecine la fragmentation compréhensive du corps, ainsi que l'éclipsation du sujet qui exige l'intervention. En effet, tout sujet, qu'il soit médecin, psychanalyste, infirmier, ou autre, se trouve démuné face à l'imminence de la mort. Situation de renoncement inacceptable pour le médecin, qui doit rester efficace. Pour cela, il devra découper le cadre, ainsi que l'attention qu'il porte à la souffrance subjective. Quelle meilleure métaphore de ce dérobage de l'humain du corps que la situation du bloc opératoire, où un drap qui se confond avec les habits protecteurs du personnel et de la pièce même permet l'exposition isolée et stérilisée de la région malade, de l'organe à extirper, comme si ils étaient étrangers, envahissant le malade lui-même. Pour sa part, le médecin assiste dans ce coude à coude au geste symbolisant du psychanalyste, notamment dans les cas extrêmes, quand, trop proches du réel, de la mort —qui sidère le sujet— les mots manquent. Circonstance où le médecin, en tant que sujet —et même parfois le malade, qui se cache souvent derrière l'étiquette qui représente le diagnostic— n'a d'autre issue que de se soustraire derrière un discours savant, chargé de fausse certitude. C'est face à cette sidération provoquée par la douleur de l'autre et qui sollicite un mot que l'analyste peut représenter par un geste une parole de vie, humanisante, une parole capable d'établir le TOI qui rend possible l'émergence d'un MOI en souffrance, dans une dimension qu'excède celle de la physiologie.

Même si dans les brèves lignes de cette communication il est impossible d'illustrer le geste symbolisant, quelques situations peuvent nous permettre de

réfléchir sur le rôle que joue la présence d'un autre sujet dans le surgissement d'un sujet:

Quelques semaines après la mort de son père, Sylvia, 42 ans et mère de 2 enfants, présente les premières manifestations d'une destruction du derme d'origine auto-immune. D'une évolution brutale, la maladie l'a mené à la perte d'une partie importante de la peau.

Je l'ai vue une première fois lors d'une visite de l'équipe d'immunologie à la section d'isolement en soins intermédiaires. Et ce, à la demande des infectiologies, rhumatologues et chirurgiens, qui devaient prendre une décision radicale face à l'absence de réponse aux traitements (chirurgicales et antibiotiques) qui duraient depuis plusieurs mois déjà et qui devenaient trop chers pour l'hôpital. Cette décision conduisait à l'arrêt des traitements, tout au moins des plus radicaux.

Sylvia, le regard absent, occupait une chambre en verre qui l'exposait aux regards de tout le service. Pendant la brève réunion d'équipe, à son chevet, la discussion portait sur elle sans que cela l'interpelle à aucun moment.

Au début de mes visites quotidiennes, je n'ai eu droit comme réponse qu'à quelques rares monosyllabes automatiques. Elle était toujours absente. Petit à petit, un dialogue s'est néanmoins établi entre nous, autour des visites qu'elle recevait et les traces que celles-ci laissaient dans sa chambre. Presque sans s'en apercevoir, elle a commencé ainsi à faire le récit du roman de sa vie. Ceci la ramena peu à peu à son corps. Le premier signe de cette habitation subjective que j'ai pu reconnaître fut un geste subtil : en me voyant arriver du fond du couloir un matin, elle prit le drap qui protégeait négligemment son corps, afin de couvrir

le seul reste de mamelon mammaire que son corps conservait. En couvrant ainsi sa féminité, elle redonnait une valeur symbolique à son corps. C'est à partir de ce moment-là qu'elle commence à prendre position face aux interventions qu'elle subissait régulièrement, exigeant l'observation et la discussion de ces interventions avec l'équipe de chirurgiens avant tout déplacement au bloc. Dès lors, elle a pu également parler de l'abandon qu'elle avait fait de tout désir, de la perte de sens dans laquelle elle s'était enfoncée depuis la mort de son père, et de la culpabilité qu'elle ressentait par rapport à cette incapacité de continuer à vivre, face à l'angoisse et les efforts de sa famille. Elle commença bientôt à répondre au traitement antibiotique et les greffes commencèrent à s'activer.

De la croix, des croisades et des hôpitaux

Au niveau le plus concret, la cohabitation entre médecin et psychanalyste s'effectue notamment à l'hôpital. Repère symbolique et lieu matrice de la ville, représenté par une croix —signifiant particulier, associé plus à la mort qu'à la santé, et qui nous rappelle son origine religieuse et guerrière— l'hôpital n'est pas seulement le lieu de l'empirisme mais il est aussi une installation citoyenne et politique, où l'on tranche entre normal et pathologique, où les structures de pouvoir sont mises à l'épreuve dans la contingence quotidienne de la vie et de la mort, où des croix multiples organisent l'espace en compartiments de soins et de savoir. Composé de plusieurs bâtiments représentant chacun un organe ou système, les étages s'organisent par fonction —d'hospitalisation, d'intervention, de clinique, d'accueil, de

laboratoire— et les salles, elles, s'organisent par genre, âge, pathologie ou type de thérapie. Si les compartiments créés par l'impératif d'ordre médical respectent la directive de silence et de stérilisation, les couloirs reliant ces compartiments démarquent des zones de frontière et non appartenance où le désir circule, redonnant une place au vécu, à la subjectivité. Le savoir sur le corps, sur la maladie, sur la mort, est humanisé dans cette décharge —purement énergétique et cependant rituelle dans sa dimension d'acte. En effet, ces zones sont investies lors des visites clandestines ou de « clopes interdites » ; tout un trafic de petits objets quotidiens, de douceurs, de gâteries, s'établit entre patients et avec les personnels soignants ou administratifs, marchandage de cadeaux et dettes déterminant des complicités ainsi que des animosités. Nourriture et excrétion y circulent et s'y échangent comme pour restituer une place à un sujet de désir que subvertit la logique vitale, la « biologique ». Cette circulation permet la décharge nécessaire à la vie face à la présence irreprésentable de la mort. Voici donc le niveau proprement clinique des interventions de l'analyste, où un acte ou une parole prend une valeur symbolisante, capable de restituer sa part de subjectivité à la souffrance.

On peut également reconnaître ces zones d'échange dans un autre niveau d'organisation qui ne concerne pas l'espace mais les institutions. Ainsi, la couleur, la tonalité affective, et même le langage utilisé dans la salle d'hôpital sont tout autre quand les médecins, après la visite, quittent la salle ; quand l'ordre qui impose le regard savant sur la maladie et la santé laisse la place aux échanges entre patients, à leur savoir commun sur la souffrance et la mort et à leur propre lecture de la visite de l'équipe et du regard médical. De même, les passions torrides qui s'expriment pendant les heures de garde témoignent des échanges entre ceux qui, au-delà de

leur place dans le corps soignant, sont des sujet désirants —à ce propos, un article récent propose un regard fort intéressant sur les rapports entre infirmières et médecins [11]. L'incompréhension, le désespoir et la colère trouvent aussi leur place dans les discussions entre les médecins et l'administration.

Ces manifestations de la décharge qu'exige l'irreprésentable de la mort s'expriment dans un contexte où la différence de hiérarchie et de pouvoir jouent comme facilitateurs. C'est dans la condition de non-appartenance que se produit le flottement subtil capable d'induire l'instant dans lequel le sujet abandonne son statut de malade, de médecin ou d'infirmière rendant possible une évacuation purement énergétique. En effet, si en termes économiques l'irreprésentable exige l'évacuation la plus rapide possible afin d'éviter l'angoisse du vide, seule la condition de non-appartenance permet que cette décharge ne fasse pas lien par rapport à une structure identitaire —évitant ainsi toute mémoire, sens ou signification, qui ne ferait que rendre possible le retour de ce qui fut évacué.

Le psychanalyste, n'appartenant pas à un corps institutionnel mais agissant en solitaire, dans l'intimité d'une relation établie entre deux sujets, se faufile tout au long des hiérarchies, s'adaptant indistinctement au jargon des spécialistes, des administratifs, des personnels de restauration ou de laboratoire afin de récupérer le sens de ces mouvements individuels dans une langue qui rejoint, toutes catégories confondues, le caractère spécifiquement humain de la souffrance. C'est à partir de cette position, que l'on pourrait appeler de transfuge, qu'il serait possible de redonner une signification commune au vocable. Pierre Marty [12], faisant référence à la vie opérationnelle, pointe les circonstances où l'expression s'accroche à un seul signifié,

consacré à la pure description factuelle de la chose¹. Dans ces circonstances, la psychanalyse opère un renvoi au sens courant, métaphorique et chargé des sens multiples et équivoques, coupant transversalement toute hiérarchie, savoir et observation pour venir frôler l'angoisse et, du coup, la renvoyer chargée d'affecte sous la forme d'un fou rire ou, dans le meilleur des cas, de manière maîtrisable et symbolique, dans un geste ou un mot. L'installation de cette pratique qui tisse les débris « obliquement » installés dans les espaces de circulation de l'hôpital, en deçà de toute écriture, devient partie d'un entrelacement complexe qui exige la présence subjective et réelle du psychanalyste. Dans mon expérience, cette présence a été possible notamment dans les espaces de « pause » que constituent la cafétéria, la salle de garde, où un discours « oblique » par rapport au savoir est souvent possible : dans ces lieux la situation professionnelle est abandonnée au profit de la subjectivité.

C'est en effet dans cette situation que j'ai pu participer souvent à des discussions complexes concernant, par exemple, la décision de l'équipe d'interrompre une grossesse où un fœtus non-viable (je pense à un cas d'exencéphalie et à celui d'un cyclope) mettait en danger la vie de la mère à une époque où toute interruption de grossesse était interdite par la loi chilienne ; des doutes quant au diagnostic, remis en cause après un échec thérapeutique grave ; l'horreur d'un corps iatrogéniquement mutilé et sur lequel l'humain est difficilement projetable par un autre humain...

¹ « ... démunie d'une partie de ses significations antérieures, les diverses figures de rhétorique devenues sans emploi, la parole semble seulement conservée pour décrire les événements et médier les relations. Les mots comme les expressions, accrochés à leur valeur opérationnelle ou à leur acception consacrée, désignent les choses et les faits de l'ordre social. On ne découvre ni « mauvais esprit » ni esprit... la sexualité, au sens plus large, se trouve ainsi exclue du verbe... ». P. Marty, L'ordre psychosomatique : désorganisations et régressions, [12], p.66-67

Le transfuge est celui qui se rallie au parti adverse, mais c'est aussi celui qui parle le langage de l'autre et le déchiffre en faveur des mouvements de son adversaire, se situant donc de l'autre côté –du manche. C'est ainsi que Lacan [13], dans sa référence à la dimension particulière de la jouissance, nous permet de comprendre la difficulté de la science pour penser le Réel². Je fais ici donc référence au transfuge pour aborder un troisième aspect –qui vient s'ajouter à celui de l'espace et celui des institutions– qui est le discours. Car on peut, à partir de cette définition, envisager la position stratégique de l'analyste à l'hôpital en tant que transfuge qui investit ces zones de frontière –frontières spatiales, institutionnelles et entre les discours qui habitent l'hôpital. Forçant encore les dérives phonétiques et dans le but d'aborder l'intérêt que cet article porte quant aux questions concernant la transmission et le transfert, je me permets d'introduire ici l'image du transept : si les croix qui constituent l'hôpital s'organisent autour d'un axe central qui est bien le savoir normalisateur médical –sur le bon et le mauvais, la vie et la mort, la norme et son altération– le discours psychanalytique serait un transept en tant que croisement de lumière sur le *corpus* –ou nef– maître. De même, à partir de la verticalité de l'abstraction par rapport à la réalité matérielle –horizontale– des corps en souffrance, le discours psychanalytique est toujours en guise de transept.

Qu'il soit en situation de transfuge, comme une instance de transfert, comme véhicule de transmission ou en position de transept, dans son entrecroisement avec la psychanalyse, la médecine trouve un discours qui connaît de religion sans être

² Lacan, dans le Séminaire « Encore », pour expliquer la difficulté de la science pour penser le réel, dit le 8 Mai 1973 que « ...la pensée est du côté du manche, et le pensé est de l'autre côté... ». [13], p.135

religieux, qui connaît du symptôme sans être médical, qui connaît du publique et du privé sans être politique ni administratif –un discours et un savoir du corps qui sont radicalement autres.

Ce dernier niveau d'échange, le niveau discursif est, très précisément, le mieux adapté à la dimension de la transmission. Car c'est dans cet entrecroisement discursif que la vie se montre irréductible au modèle descriptif que la biologie essaie faire d'elle. C'est en tout cas par la radicalité de cet autre regard du corps que peut faire émergence ce qui est impossible à décrypter dans l'observation et qui est pourtant toujours en jeu dans le corps. Monique David-Ménard [14] affirme avec justesse que toute intention de saisir l'acte corporel dans un rapport au langage constitue un intellectualisme seulement capable d'aboutir à une représentation confuse, tant la dualité entre corps et langage est insurmontable. Le corps réel, qui ne correspond ni au purement organique ni à l'érotisation de celui-ci, ne saurait se limiter aux conditions d'un système de signification : les multiples déplacements qu'a subi la question du corps n'ont pas abouti à réduire la dualité corps/langage.

Le Self : ni un organisme à soi-même, ni un signifiant de l'expérience du corps.

Dans l'arène théorique, la question de l'individualité –fondement au concept médical d'immunité– se prête à ce type de rapprochement entre savoirs différents par le biais de la frontière discursive. En effet, les troubles immunitaires ont constitué un terrain privilégié d'échange entre médecine et psychanalyse. En partie parce qu'il s'agit de manifestations cliniques dont l'étiologie et le traitement demeurent

inexpliqués, mais aussi parce que l'explication partielle que la science fournit comme fondement de la fonction immunitaire est basée, encore aujourd'hui, sur un concept philosophique complexe, le *Self*, dont l'adéquation au discours scientifique est inexacte. Cependant, cette définition, qui présente l'immunologie comme la capacité de différencier *Self* et *non-Self*, a permis la restitution du mythe de l'unité psychosoma.

C'est ainsi que l'ambivalence avec laquelle l'immunologie présente son modèle d'intégration individuelle et de singularité biologique, et grâce à l'hermétisme énigmatique d'un langage trop complexe pour le clinicien, aurait séduit la médecine, en manque d'un discours capable d'intégrer un corps éclaté par la spécialisation [15]. Or, s'il est vrai que l'hypothèse d'une source biologique d'individualité fut fort importante au développement de la recherche et la connaissance initiales en immunologie, elle est devenu un paradigme qui se prête à l'association directe de la physiopathologie à la clinique dans la détermination d'une nosologie. Elle a en outre, et par cette même réduction simplificatrice, favorisée le réinvestissement, par la médecine, des questions auparavant abandonnées au profit des « psychosomaticiens », notamment concernant l'auto-immunité et les allergies. Médecine et psychanalyse se sont ainsi appropriées ou ont parfois abandonnées des questions cliniques et de recherche autour de problèmes de greffes, d'auto-immunité, du cancer ou d'allergie dans une valse qui tisse une frontière difficilement approchée de part et d'autre.

On a ici énoncé les problèmes théoriques soulevés par l'introduction du concept de *Self* en médecine et les possibilités d'une approche psychanalytique que ces

difficultés fournissent. Cependant, le présent article voudrait proposer un travail de terrain possible : c'est dans la clinique que l'on constate les difficultés nosologiques, thérapeutiques et éthiques surgies de l'introduction d'un concept qui, sans être scientifique, a permis l'établissement de catégories nosologiques dont le diagnostique est fondé non sur un symptôme ou un malaise mais sur des critères généraux et des preuves non spécifiques de laboratoire. C'est dire que le niveau discursif trouve des manifestations bien concrètes dans la clinique. C'est le cas, par exemple, des maladies systémiques ou connectivites, diagnostiquées à partir de l'observation d'une série de symptômes peu spécifiques –fièvre, céphalées, adénopathies, phlébites, photosensibilité, myalgies– établis à partir de l'analyse de grandes séries de dossiers cliniques. Associées souvent à la présence d'auto-anticorps, une superposition entre maladies systémiques et auto-immunitaires complexifie encore la compréhension et le traitement de ces troubles rendant l'approche de ce type de malade, somme toute, insuffisant :

- la formulation du diagnostique correspond souvent à une certitude plus « biochimique » que clinique
- s'agissant de symptômes qui exigent l'intervention de plusieurs « spécialistes » différents, le patient a un suivi « éclaté », fragmentaire
- Le traitement, souvent inefficace ou d'une efficacité incertaine, produit en revanche des effets adverses importants
- l'exacerbation de l'approche « technologique » du diagnostic –notamment par la détection de lymphocytes et des anticorps spécifiques– tend à élargir, d'ailleurs, le concept de maladie auto-immune, classant dans cette catégorie des pathologies encore insuffisamment connues comme les polymyosites, la myasthénie, la sclérose en plaques, la fibro-myalgie et la fatigue chronique

- de surcroît, la complexité entourant l'immunité est souvent réduite, par le clinicien, à un système de protection du « Soi » et de « rejet de l'étranger » – oubliant que cette définition ne correspond qu'à un paradigme hypothétique. Ceci entraîne un regard parfois ambivalent sur le mot *auto-immune* que certains patients entendent, dans un raccourci qui n'est pas sans rapport avec la simplification du clinicien, comme l'action angoissante et culpabilisante d'une destructivité de Soi immaîtrisable

D'autre part, l'état actuel de la recherche en sciences montre l'insuffisance des fondements biologiques de singularité et d'individualité —base de toute la théorie immunitaire— remettant en question les bases mêmes de l'association entre immunité et fonction défensive d'un noyau identitaire —que l'on appelle *Self*— ainsi que la pertinence de l'idée d'une individuation biologique agissant au niveau des constituants moléculaires des tissus organiques. Dans ce contexte, la question que se pose la science est aujourd'hui, qui ou quoi défend l'immunité ? Et même, correspond-elle à une fonction de reconnaissance, de défense ou s'agit-il simplement d'une réaction d'alarme face à l'altération ?

Cet article, qui discute l'importance d'une surface d'échange entre médecine et psychanalyse dans la contingence de la clinique, vise à établir un plaidoyer en faveur de ce type de concepts, capables de rester ouverts, interrogeant inlassablement les savoirs. Le paradigme du *Self* a permis non seulement la préservation du fantasme d'un noyau dur de soi —faisant de l'immunologie la plaque tournante capable d'affronter le projet bio-moléculaire à l'incarnation individuelle du langage ; il a eu surtout une valeur métaphorique. En effet, si le travail analytique est

un travail d'ouverture aux représentations du sujet, des mots comme *Self* ou *auto-immunité* représentent une voie d'ouverture aux sens multiples du discours : en disant *Self*, dans la langue habituelle on entend le double intérieur, l'image inconsciente du Soi, le vrai Soi ; de même, dans le discours courant, l'auto-immunité est devenue synonyme de destructivité de soi. Ainsi, face à la réduction de la maladie à ses aspects objectivement mesurables, la théorie psychanalytique se fait une place à travers l'ouverture des sens singuliers de cette « autodestruction », mais aussi à travers les possibilités qu'elle offre d'inscrire subjectivement cette manifestation dans un parcours vital.

Conclusions

Le psychanalyste agit dans le rapport, foncièrement langagier, établit entre deux sujets. Or, si on accepte la possibilité d'une démarche psychanalytique à l'hôpital, celle-ci doit reconnaître des échanges d'ordre institutionnel, politique et théorique. C'est seulement dans le repérage et la maîtrise de ces instances que la psychanalyse pourrait rester fidèle à sa vocation d'écoute et d'ouverture de la langue maternelle, celle capable de déployer les représentations –ou le manque de représentation– du sujet malade, du médecin ou de l'analyste, quand ils sont confrontés à l'irreprésentable de la mort. C'est seulement grâce à l'établissement de ce type de repères que le psychanalyste arriverait à glisser entre les jargons spécialisés, les discours institutionnels, se situant toujours dans une zone de frontière par rapport à celles-ci. Car la force intrinsèque à la vie plutôt qu'obéir à des lois biologiques demeure dans les interstices de toute compartimentation nécessaire

à l'observation ou à l'intervention. Demeurant dans cette zone de frontière, cette praxis particulière préserve son dynamisme et sa vitalité tout en saisissant ce qui est spécifique au vivant et à la vie.

Pour surmonter une distance qui est théorique, l'approche psychanalytique doit, tout en s'appuyant sur le discours déjà là de la médecine, permettre l'émergence d'une ouverture de sens là où le système logique est défaillant. Non pas comme point d'entrée pour un quelconque levier capable d'ouvrir la fente mais pour soutenir, se montrer là en compagnie et supposé savoir sur ce qui, particulier et fondamentale à la vie, échappe aux lois de la logique. Afin de laisser une place aux signifiants particuliers associés à la maladie et la souffrance, pour donner la place au roman individuel, pour créer des représentations, pour lier là où le discours savant et le diagnostic n'offrent qu'une réponse univoque, fermée, qui ne permet pas d'établir des liens individuels. Dans ces circonstances, et plus en position de chercheur en quête d'une réponse à la souffrance que comme lieutenant d'un savoir en concurrence, la formulation de quelques questions concernant la maladie, la subjectivité, et même la place du médecin, deviendrait possible.

On s'est intéressé ici à un certain faux-pas de la science, qui, dans la méprise d'un concept philosophique, explique l'individuation par une construction qui se situe à mi-chemin entre science et mythe. Construisant un paradigme non-scientifique, l'immunologie formule l'existence d'un *Self* biologique dont l'ambiguïté laisse supposer l'existence d'un Moi ainsi que d'une fonction individuelle et subjective en jeu dans la maladie mais d'une manière inconnue de la médecine, qui ne lui permet pas d'élaborer sa propre dimension subjective de la maladie. Plutôt que dans la

construction d'un domaine théorique d'entente, l'analyste serait capable d'ouvrir les résonances signifiantes du Self ou de l'auto-immunité : quand, dans une certaine « naïveté » du patient atteint d'une maladie organique, ces vocables trouvent toute leur résonance [16]. Ainsi, le *Self* peut servir d'analogie pour un Soi-intérieur, un homuncule, double intérieur –bon ou mauvais.

La présence à l'hôpital d'un sujet de langage fournit au sujet en souffrance la chair de sa parole pour un travail qui ne vise pas la déconstruction du discours du patient mais de lui permettre une utilisation de celui-ci en tant que « matériau ». Le flottement de sens, qui semble ici possible, ouvrirait la voie d'un travail cas par cas, d'un dialogue et d'un soutien face à la souffrance impossible dans les conditions imposées par la norme générale.

Bibliographie

- [1] Moulin AM. Le dernier langage de la médecine. Paris : P.U.F. ; 1991
- [2] Assoun PL. Corps et symptôme. Leçons de psychanalyse. Paris : Anthropos ; 2004
- [3] Gori R, Del Volgo MJ. La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence. Paris : Denöel ; 2005
- [4] Fédida P. Mélancolie et hypocondrie. In : Debray R, Dejours Ch, Fédida P. Psychopathologie de l'expérience du corps. Paris : Dunod, collection psycho sup ; 2002
- [5] McDougall J. Eros aux mille et un visages. Paris : Gallimard ; 1996
- [6] Dolto F. L'image inconsciente du corps. Paris : Seuil ; 1984

- [7] Winnicott DW. Mind and its relation to the psyche-soma. In : Through paediatrics to psycho-analysis. New York : Brunner-Routledge ; 1992
- [8] David-Ménard M. L'hystérique entre Freud et Lacan. Corps et langage en psychanalyse. Paris : Éd. universitaires, coll. Les Jeux de l'inconscient ; 1983
- [9] Fédida P. Par où commence le corps humain. Retour sur la régression. Paris : P.U.F., coll. petite bibliothèque de psychanalyse ; 2000
- [10] Butler J. Bodies that matter. On the discursive limits of sex. New York : Routledge ; 1993
- [11] Molinier P. Le masochisme des femmes dans le travail : mythe sexiste ou défense professionnelle? Le cas des infirmières de bloc opératoire. Psychologie Clinique et projective 2006 ; (12) : 211-230
- [12] Marty P. L'ordre psychosomatique : désorganisations et régressions. Paris : Payot ; 1980
- [13] Lacan JM. Le séminaire, livre 20 : Encore. Paris : Seuil essais ; 1975
- [14] David-Ménard M. Le corps et la psychanalyse. Dictionnaire de la Psychanalyse, Encyclopaedia Universalis. Paris : Albin Michel ; 2001
- [15] Humphreys D, David-Ménard M. Le Self : question d'immunité ou énigme du corps ? Evol Psychiatr 2006 ; 71 : 759-771
- [16] Fédida P. L'hypocondriaque médecin. Monographies de la Revue française de psychanalyse. Paris : P.U.F. ; 1995

Résumé

Auto-immunité et ambivalence du corporel. Sur l'importance d'un rapprochement entre psychanalyse et médecine. Médecine et psychanalyse convergent sur un même sujet, la souffrance corporelle. Ce corps « partagé » ouvre la question des rapports complexes entre ces deux pratiques, qui ne considèrent pas toujours les mêmes repères théoriques ni le même approche clinique. Un outil d'échange est nécessaire à l'établissement de ce dialogue, qui est théorique mais aussi stratégique (concernant la structure hospitalière) et politique (par rapport aux discours normatifs sur la santé et ses altérations). En effet, cet outil doit considérer le discours médical et les jargons particuliers à la recherche et la pratique hospitalière tout en restant fidèle à sa vocation d'écoute d'une langue « commune », seule capable d'ouvrir des sens multiples pour le malade lui-même. Ces aspects, seulement repérables dans la contingence de la clinique, doivent parallèlement être remaniés dans un contexte théorique. C'est ainsi que, à partir d'une expérience d'écoute psychanalytique dans une unité d'immunologie et rhumatologie d'un hôpital général à Santiago du Chili, le présent article essaye de mettre en cause les concepts de singularité individuelle en jeu dans la construction immunologique du *Self* ainsi que la construction que fait la psychanalyse du corps subjectif, afin de penser la place du sujet et le sens du travail psychanalytique à l'hôpital.

Mots Clefs : Psychanalyse, Médecine, Corps, Immunologie, Self, Maladies-auto-immunes

Abstract.

Autoimmunity and bodily ambivalence. On the importance of a convergence between medicine and psychoanalysis. Medicine and psychoanalysis converge on the same subject, the body and its suffering in disease. The resulting "splitting" of the body illustrates the complex relationships between these two practices, concerning their different theoretical basis and clinical approach. A specific exchange and transmission tool could, nevertheless, help to establish a dialogue between these approaches. Such a tool for a possible dialogue should consider some theoretical, logistic (concerning the hospital and its particular organisation) and political aspects (related to the normative definitions of health and its alterations). Although, this medical basis for a dialogue between medicine and psychoanalysis should respect the "ordinary" language: only the patient's language can constitute a pathway towards the multiple senses that that make life possible. All these aspects, clearly recognisable in the clinical experience, have not always a well developed theoretical basis. Aiming to give a place to subjectivity through the psychoanalytical work, the present article, based on a psychoanalytic collaboration experience within an immunology and rheumatology unit in a General Hospital in Santiago de Chile, explores the immunological concept of "Self" as well as the psychoanalytic construction of the body.

Key words: Psychoanalysis, Medicine, Body, Immunology, Self, Autoimmune disease