

Comité éthique et cancer, avis n°27 du 16 décembre 2014
« La parole de l'autre : de la neutralité de l'interprétation »

Saisine discutée lors de la 19^{ème} session plénière du Comité éthique et cancer du 16 décembre 2013 et lors de la réunion du groupe de travail du 9 avril 2014

Personne auditionnée : Alain Bouregba, psychologue, membre du Comité éthique et cancer

Rapporteurs : Philippe Amiel et Daniel Oppenheim

Groupe de travail : Sylvia Achin, Philippe Bataille, Jean-Pierre Escande, Christiane Etévé, Françoise May-Levin, Mario di Palma, Marie-France Roux

Dans le dessein de finir un article sur le couple et le cancer pour un hebdomadaire généraliste, une journaliste, renseignée par la Ligue contre le cancer, joint un psychologue connu pour s'occuper de personnes ayant été touchées par le cancer. Elle souhaite que le professionnel commente des récits qu'elle a recueillis auprès de femmes touchées par la maladie et qui portent sur le soutien, l'empathie ou, à l'inverse, sur l'indifférence, voire la mise à distance par le conjoint.

La journaliste invite ainsi le psychologue à interpréter ces témoignages, à expliquer les motifs du comportement des conjoints, et la signification que les femmes concernées avaient pu donner à ces comportements.

Assurément, ce type de demande repose sur une méconnaissance de ce qu'est la clinique psychique et pose, pour le professionnel des soins psychiques, un problème moral : peut-il s'autoriser scientifiquement et éthiquement à répondre à une telle demande (interpréter le sens de propos rapportés, tenus en dehors du cadre clinique) ? Doit-il pour autant laisser sans réponse l'opinion publique quand elle se préoccupe de situations humaines qui, peut-être à tort, l'alarment ou la rassurent ?

Les médias audiovisuels et écrits font, plus encore aujourd'hui que par le passé, appel aux témoignages pour illustrer le contenu de ce qu'ils publient ou diffusent. Parfois même, le témoignage constitue l'unique propos d'un article ou d'une émission. Souvent, pour éclairer ce témoignage, les médias font appel à des professionnels qui sont considérés et présentés comme des experts du thème abordé. Ces experts sont alors chargés d'apporter des éléments explicatifs complémentaires aux propos rapportés par la ou les personnes qui ont témoigné.

La question posée par la présente saisine est de savoir s'il existe des critères de bonne participation (c'est-à-dire qui ne présentent d'effets négatifs ni pour les personnes ou les groupes dont les experts parlent, ni pour la profession de l'expert qui parle) à des interventions de ce type pour les professionnels du soin psychique et, si tel est le cas, quels sont-ils.

Cette question conduit, en premier lieu, à s'interroger sur la notion de « récit », pour aider à bien distinguer les expressions de cette notion dans les contextes très différents que sont le reportage et le dialogue psychothérapeutique : si le « témoignage » porté dans la presse et la « parole » portée dans le cadre de l'entretien psychothérapeutique peuvent être identiquement des formes de récit, leurs cadres d'énonciation sont si différents que, même portant sur un événement identique, leurs contenu et leur intelligibilité en sont affectés de manière radicale et que l'un ne peut jamais servir pour l'autre (**1. La question du récit**).

La question donne aussi l'occasion de clarifier la réalité et la singularité des soins psychiques par rapport à d'autres pratiques thérapeutiques, et de rappeler à quels besoins ces soins répondent pour les personnes qui s'y prêtent (**2. Le soin psychique**).

Sur ces bases, la proposition de cadre de relation avec les médias, que formule le Comité éthique et cancer pour ces situations, pourra, pense-t-on, être bien comprise (**3. Quel cadre de relations avec les médias ?**).

1. La question du récit

Le récit cherche l'équilibre entre la description de ce qui s'est produit, la description de ce qui a été vécu (qui n'est déjà plus « ce qui s'est produit ») et la part de fiction qui aide à se faire comprendre et accepter. Pour le médecin dans « l'interrogatoire médical », c'est ce qui s'est produit qui compte ; pour le journaliste également, même s'il peut être intéressé aussi par le vécu des choses, par les sentiments et sensations ressentis qui sont reconnaissables par son lectorat et apportent à l'article un supplément de véracité.

La perspective du professionnel des soins psychiques est toute différente. Nos récits, considère-t-il, se construisent à partir de l'expérience que nous avons vécue, par

sélection de ce que nous en avons compris, supporté, accepté, intégré dans notre sentiment d'identité. Certains éléments majeurs – parce qu'ils sont difficilement compatibles avec l'image que nous avons de nous-mêmes, ou parce qu'ils sont trop douloureux – sont absents, effacés, modifiés. Le récit donne de ce qui a été vécu une image particulière. Ainsi, des expériences anciennes que nous avons vécues – nous ou nos proches –, nous semblent, à tort ou à raison, semblables ou proches. Ou nous leur déniions, au contraire, la ressemblance que d'autres y voient. Nous intégrons à nos récits des images, des mots, des expressions, des théories et des récits qui circulent dans notre société ou notre environnement proche, et, en l'espèce, aussi dans le milieu médical auquel nous nous confrontons quand nous sommes malades. Nous sommes influencés par ce que nous pensons que nos interlocuteurs attendent de nous – pour qu'ils gardent une bonne image de nous et qu'ils nous aident au mieux à traverser l'épreuve du cancer et des traitements.

Ce que montre la clinique, c'est que le sentiment d'être en décalage par rapport au récit que nous nous faisons de notre expérience vécue – et de l'image de nous qui en découle, et que nous proposons aux autres – crée beaucoup de souffrance. Ce que cherche, avec le patient qui s'y prête, le professionnel des soins psychiques, c'est à réduire ce décalage entre l'expérience et le récit (récit à soi avant d'être un récit aux autres) lorsqu'il engendre un sentiment d'inauthenticité qui peut devenir très douloureux pour celui qui s'y enferme. Et dans ce domaine, il n'y a pas de solution toute faite. Même si des schémas se retrouvent d'un individu à l'autre, chaque situation est totalement singulière et c'est la raison pour laquelle la thérapeutique psychique est affaire autant d'entraînement, de compétence pratique, que de savoir théorique.

2. Le soin psychique

La plupart du temps, une personne s'engage dans des entretiens psychothérapeutiques pour résoudre une difficulté du présent dont les causes peuvent être aussi à chercher dans des expériences anciennes. Si le passé (« ce qui s'est produit ») est immuable, le regard sur lui peut évoluer et cela a des conséquences sur la façon de voir et de supporter les difficultés du présent. Le soin psychique vise à aider la personne à ne pas rester figée dans une explication unique et répétitive de ses difficultés, en relation mécanique et directe à des éléments du présent autant que du passé.

Pour cela, la démarche du soin psychique repose sur le dialogue. Elle s'appuie sur la capacité du psychologue ou du psychanalyste à entendre et comprendre ce que dit son interlocuteur dans les éléments conscients et inconscients qu'il formule (par exemple : pourquoi cette insistance sur tel détail au détriment d'autres qui pourtant paraissent

importants ?), sur la façon de dire les choses (par exemple : pourquoi tel mot et telle expression et pas tels autres ?), sur la façon de se présenter dans la discussion (cherchant la pitié, l'estime, l'approbation, le soutien, le respect, etc.), et sur bien d'autres aspects. Ce dialogue n'est pas à sens unique et le psychologue s'interroge aussi sur les raisons conscientes et inconscientes de ce qu'il perçoit de son interlocuteur, et sur ses propres réactions (intérêt, irritation, sympathie, compassion, etc.) à la parole du patient. Le dialogue n'est pas un monologue ni deux monologues qui se croisent ou s'affrontent. Les points de vue des deux interlocuteurs peuvent évoluer et trouver compréhension et confiance réciproques ; le professionnel vit avec la personne une expérience commune de compromis entre des points de vue et des attentes qui peuvent garder leurs différences sans conflictualité.

Le soin psychique diffère ainsi du soin médical, tant dans l'attente du patient que dans sa relation avec le professionnel. Le patient attend du médecin une information sur les causes de la maladie, et les possibilités et modalités de traitement. Une information exacte, mais aussi clarifiée et « personnalisée », qui tienne compte de sa personnalité et de ses éventuelles fragilités, notamment. La parole que le médecin attend du patient est une parole factuelle, aussi précise et exacte que possible ; elle doit être, au fond, de même nature que des examens biologiques ou d'imagerie, c'est-à-dire apporter des informations utilisables pour établir un diagnostic et un traitement.

L'objectif du psychologue clinicien ou du psychanalyste est bien thérapeutique en ce sens qu'il vise à soulager les souffrances psychiques du patient : angoisse, dépression, détresse, désarroi, peurs... Mais il est aussi, dans une vision prospective plus large, d'aider la personne à se situer par rapport à l'événement qui est survenu – le cancer, les traitements – en accord avec lui-même. Les professionnels des soins psychiques ne révèlent pas au patient ce qu'il penserait « au fond de lui-même » sans le savoir, ni comment il devrait penser et être face à la maladie et au traitement : ils l'accompagnent dans sa réflexion, l'aident à la comprendre et à identifier les réticences, les contradictions – les « écrans » qui le protègent de la violence de ses pensées et de ses émotions. Ils l'aident, le cas échéant, à trouver sa voix authentique plutôt qu'à s'épuiser à se couler dans une voix empruntée à un modèle, à un rôle (le patient exemplaire, le petit enfant effrayé qu'il fut, un médecin pour être au même niveau que son médecin, une victime du malheur ou de la société, etc.). Trouver sa voix authentique, être en accord avec soi-même dans sa façon de dire son expérience du cancer, – avec soi-même et avec les autres, proches et lointains –, c'est ce qui constitue la bonne issue du dialogue avec le psychologue ou le psychanalyste.

Face au cancer, il n'est pas, de bonnes ou de mauvaises façons de réagir, de penser et

d'être. Certaines aident à tenir, à être soi-même authentiquement, quand d'autres fragilisent, rajoutent de la souffrance — sur le moment ou plus tard. L'anticipation des réactions négatives à distance, pour les prévenir, est ici essentielle. Se contenter d'apaiser au plus vite la souffrance du patient, sa peur, son désarroi, son défaitisme, son pessimisme ou son optimisme excessifs, en lui proposant un modèle de comportement tout fait, peut arranger les proches et les soignants – et le patient lui-même, sur le plus court terme –, mais c'est au risque de ne pas l'aider efficacement et durablement, voire d'engendrer, dans « l'après-cancer », des effets négatifs durables. Ce qui importe, au bout du compte, c'est d'aider le patient à trouver un accord avec lui-même et non pas avec un modèle de rechange impossible à tenir. C'est dire le caractère singulier de la démarche.

3. Quel cadre de relations avec les médias ?

Le soin psychique ainsi défini, il apparaît inapproprié pour un psychologue clinicien ou un psychanalyste de s'engager dans l'interprétation de propos qui lui sont rapportés de la part de patients ou de proches. Ce serait contraire à la dignité de la pratique du soin psychique, c'est-à-dire à ce qui fait que le soin psychique a une identité et une valeur uniques – valeur thérapeutique, en tout premier lieu¹. De surcroît, une interprétation de ces paroles dans ces conditions pourrait déboucher sur un jugement – en bien ou en mal, en raisonnable ou inadéquat, en recommandable ou non recommandable –, de la réaction de la personne qui a témoigné. Cela pourrait être dommageable pour la personne concernée si elle se reconnaissait – il est évident que le principe du secret doit être strictement respecté –, et cela entretiendrait, en tout état de cause, l'illusion qu'il existe des modèles auxquels il conviendrait de se conformer dans une situation similaire à celle du témoin.

Pour autant, il ne s'agit pas de refuser *a priori* les sollicitations de ce type de la part des médias. Bien plutôt, il s'agit d'y répondre, mais de manière appropriée, c'est-à-dire, en l'espèce : en refusant résolument de se focaliser sur le « cas » rapporté ; en l'inscrivant dans une problématique générale qui ouvre la réflexion sur les questions que suscite le récit rapporté, sans l'enfermer par des réponses schématiques. À partir de leur expérience professionnelle – et de celles des collègues qu'ils côtoient ou qu'ils lisent –, le psychologue ou le psychanalyste est en mesure de replacer les propos rapportés dans un

¹ Dans l'un de ses premiers avis, le Comité consultatif national d'éthique appelait à une éthique « respectueuse de la dignité humaine (...) et de la dignité de la science » : « Au respect de la dignité humaine que certaines pratiques scientifiques ou médicales pourraient mettre en péril (...), indiquait le CCNE, s'ajoute le respect de la science et de ses propres exigences méthodologiques. » (avis n° 8 relatif aux recherches et utilisation des embryons, 15 décembre 1986). C'est dans ce sens qu'il faut comprendre l'expression « dignité de la pratique du soin psychique ».

ensemble qui dépasse le cas ; ils peuvent, à cette occasion, faire œuvre de pédagogie – envers les médias et envers le public – pour mieux faire comprendre les fonctionnements et la souffrance psychiques, et les soins psychiques que peuvent apporter les professionnels.

Le psychologue et le psychanalyste s'appuient sur le témoignage qui leur est soumis non pour juger le comportement rapporté et proposer un modèle à suivre ou à éviter, mais pour susciter une réflexion sur la façon dont nous sommes troublés, pensons, réagissons et agissons quand nous sommes concernés par une situation semblable ou confrontés à elle. Ils s'appuient comme le médecin sur le savoir de leur discipline et sur leur expérience, mais leur commentaire ne saurait consister en une interprétation « sauvage »². Ils insistent sur le caractère singulier de la situation vécue par chacun, sur la diversité des façons d'y faire face et sur l'intérêt de recourir à un professionnel du soin psychique quand le désarroi est devenu bloquant ou trop douloureux.

Ainsi, chaque lecteur ou auditeur peut réagir à partir de la situation singulière qui est évoquée mais aussi à partir de sa propre situation et de ses caractéristiques personnelles (sa psychologie, son histoire, ses croyances, etc.). Cette réflexion l'aide à sortir d'une façon unique de penser ou d'agir, ou du sentiment d'être confronté dans la solitude à une situation exceptionnelle.

De cette manière, le psychologue ou le psychanalyste est en accord avec le respect dû aux personnes tout autant qu'à leur profession.

² Laplanche J. et Pontalis J.-B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Presses universitaires de France, 2007, p. 353. Les auteurs indiquent « dans un sens (...) technique, on qualifiera de sauvage une interprétation qui méconnaît une situation analytique déterminée, dans sa dynamique actuelle et sa singularité, notamment en révélant directement le contenu refoulé (...). »