

Daniel Sibony'

Santé : corps-visible et corps-mémoire

Combien de temps pourra-t-on encore feindre le maintien de la division moderne corps-esprit ? Corps mémoire et corps visible sont pourtant sans cesse mêlés dans l'expérience de la maladie ou du traumatisme. Nous attendons toujours une réduction de l'écart entre l'administration technique de la santé et l'attente pour une qualité de la vie (la santé) qui admette cet « entre deux corps ».

Il y a la prise en charge médicale du *corps-visible* et la prise en charge psychologique du *corps-mémoire*. On serait tentés de repérer les erreurs ou les tares dans chacun des deux champs, et d'en appeler aux instances de pouvoir pour qu'elles réforment, qu'elles rectifient... Ce ne serait pas faux, et la liste de ce qui ne va pas est quasi interminable. Mais ce qui corse les choses, c'est que le corps-visible et le corps-mémoire ne sont pas séparables, ce ne sont pas deux pôles de l'être humain mais une dynamique d'*entre-deux* où l'ignorance de la psyché rend malade physiquement et où le mauvais traitement physique (qui frise la maltraitance) peut corroder le mental et ravager l'existence. C'est bien sûr au niveau de cet entre-deux que je me situe, mais cela n'exclut pas qu'à chacun des niveaux la carence est souvent la même : *on méconnaît la dimension symbolique, qui fait l'essentiel de l'humain*; on la sacrifie au profit d'une logique de la gestion qui doit donner plus de confort au gestionnaire.

Parfois c'est caricatural, et les exemples foisonnent, (les médias n'en relaient que ce qui leur

▮ Vient de publier: *Lectures bibliques* chez Odile Jacob. Son dernier livre paru est: *Création. Essai sur l'art contemporain*, (Seuil, 2005). À paraître: *Acte thérapeutique. Au-delà du peuple «psy»*, aux Éditions du Seuil.

plaît). J'apprends que pour une intervention de plastie abdominale, aucune prescription d'anti-coagulant (pour éviter les risques d'embolie) n'avait été prévue; le lendemain, la patiente va mal, alors l'anesthésiste... antidate la prescription d'anti-coagulant dans le dossier médical, devant l'infirmière. C'est le genre de « truc » technique qu'on rencontre bien ailleurs: on peut antidater la révision des freins des wagons lorsqu'on apprend qu'il y a eu accident. Le problème, c'est que même en gérant le corps humain comme une machine, gérée par d'autres machines, le risque d'accident exige un type de *présence* que n'ont pas les machines. J'ai développé les questions liées au technique dans un livre antérieur²; j'y montre comment l'accident, tel un *lapsus* délabrant ou fatal, interpelle les modes de présence, d'implication, de fonctionnement. Mais au moins, les machines sont plus honnêtes et plus fiables que par exemple cet anesthésiste qui endort les patients avec des doses très fortes pour être tranquille, et qui doit donc les réveiller avec des produits à fortes doses, ce qui leur fait courir des risques; et chez certains, ces risques peuvent être graves. Ou encore (mais ça, c'est dans le privé), pour justifier les dépassements d'honoraires pour les patients en anesthésie locale, on pose un cathlon veineux pour simuler l'anesthésie générale (!)... La même chose se rencontre dans la réparation des voitures: dépassement d'honoraires, pièce fictive, etc. On pense aussi à des procès très longs car les avocats des deux parties s'entendent pour reporter souvent l'audience, ce qui permet de grossir l'affaire, qui devient une « action » énorme.

Mais voici un exemple plus subtil. C'est une femme de la cinquantaine à qui son gynéco a prescrit une mammographie. C'est normal, cela s'appelle un dépistage. À l'examen, on trouve quelques petites calcifications, on les retire, on les examine, elles ne comportent rien de suspect. Alors on invite la femme à revenir pour une intervention chirurgicale afin d'« enlever la zone » (*sic*), la zone autour des calcifications qui ont été retirées. La patiente s'étonne, on lui répond: « Ici, c'est notre protocole, on enlève la zone ». En fait, à mesure qu'elle m'en parle, je vois qu'elle est un peu affolée par l'illogisme: « Si on doit m'enlever la zone de toute façon, même s'il n'y a rien de cancéreux, pourquoi ne pas l'avoir enlevée en même temps que les calcifications? Pourquoi une autre intervention? ». Mais c'est ainsi, le protocole l'exige: on doit enlever les petites calcifications, on les examine pour voir si elles sont

²Entre dire et faire. Penser la technique (Grasset, 1989). Il est sans doute épuisé et sera réédité.

suspectes, et si elles ne le sont pas, on enlève la zone, comme on l'aurait fait si elles avaient été suspectes. L'important est que le patron du service jouisse d'un confort absolu et puisse se

dire qu'il combat le cancer le mieux possible, et qu'il fait preuve d'une « grande rigueur » face à l'Ennemi.

Il va sans dire qu'il n'y avait là, dans ce service, aucun soutien psychologique, aucune instance à qui parler, et encore moins discuter cette aberration. La chef du service des « mammos », questionnée par téléphone, répond à la patiente, *sans avoir examiné le résultat des analyses*, qu'elle devait se prêter à cette intervention chirurgicale *puisqu'on la lui a proposée*; si on l'a proposée, c'est qu'elle était impliquée par les résultats. Or ils étaient négatifs... L'illogisme semblait se propager. Finalement, la patiente décroche et voit avec son gynécologue: pas d'intervention, une mammo dans six mois, et ce sera dans un autre service. Elle était écœurée par cette douceur implacable et charcutière qui se doublait d'un vrai mépris: les résultats se donnent dans les cabines d'un mètre carré, où la femme, torse nu, attend qu'on veuille bien lui communiquer les décisions.

Le délabrement psychologique des services hospitaliers est étonnant, malgré les exceptions, et malgré la mode médiatique qui annonce qu'à chaque grave accident « une antenne psychologique est sur les lieux ». Chaque lieu hospitalier mériterait bien, pourtant, une antenne permanente. Mais il semble trop banal, pour ceux qui n'y ont pas recours, et la routine des douleurs n'a pas d'intérêt médiatique. Je viens d'apprendre qu'une femme désespérée est allée se mettre sur la voie du TGV, celui-ci est passé sur ses jambes, et au dernier moment, un sursaut de vie lui fit retirer l'une des jambes, qui n'a rien eu, l'autre a été tranchée net. La femme arrive en chirurgie, totalement hébétée. Personne ne lui parle; la famille accourt, affolée, et n'a personne à qui parler. Les proches insistent, il leur est répondu: « On n'est pas en psychiatrie ici, on est en chirurgie! ». Mais si on avait été en psychiatrie, une écoute véritable aurait-elle prévalu? Je dis à l'un des proches qui me consulte que cette femme a eu besoin de toucher le fond, de se faire amputer d'un membre pour pouvoir rentrer dans sa vie. Cela se confirme: elle va mieux, elle veut voir ses enfants, s'en occuper, etc. Avec toutefois des chutes dépressives et des sursauts accusateurs. Mais sur les lieux, dans le Service, toujours personne pour parler. De temps à autre, une infirmière lance: « C'est votre tête qui ne va pas, c'est pas votre jambe! », ce qui a pour effet de braquer la malade.

En fait, chacun de nous peut raconter ses histoires avec la médecine, l'hôpital, et leurs grincements quand la machine fonctionne et déchire du même geste la chair ou la pensée. Un de mes proches rentre d'une

dure épreuve : il vient d'avoir des jumelles et l'une des deux est morte à la naissance. Là, il y avait une « psy » dans le service. Elle a dit qu'il fallait qu'il parle, et même qu'il voie la petite morte. Lui ne voulait pas, il sentait que « ça allait », avec sa joie et sa peine toutes mêlées ; mais il a dû attendre quelques heures qu'on prépare la nouvelle née inerte, pour qu'il la voie. « C'est important pour que vous puissiez faire votre deuil... » a dit la « psy », qui attendait devant lui, avec sa collègue, pour qu'il pleure. « Mais je n'avais pas de larmes, je n'avais pas envie de pleurer », me dit-il. « Alors je les ai remerciées pour leur attention et je suis parti, mais l'image de la petite me hante. C'est curieux qu'il n'y ait qu'une façon de faire son deuil ; moi je l'aurais bien fait en y pensant, simplement, mais elles voulaient que je la voie. C'est comme ça. » On sait qu'il n'y a pas de recette pour bien faire, ou plutôt, quand il y en a, il faut savoir la déplacer, « jouer » avec, pour ne pas manquer l'essentiel. Il n'y a pas que « la parole » et « l'écoute », il faut *savoir* entendre et parler d'une façon qui noue le lien entre l'âme et la chair, qui reconnaisse ce lien et le fasse vivre ; ce lien que j'appelle : symbolique.

Et là-dessus, côté parole sur la souffrance du corps, une grande escroquerie se dessine aujourd'hui. Naguère, les médecins sentaient que tel patient angoissé va mal ou somatise et qu'il a besoin de parler ; ils l'envoyaient « voir quelqu'un » – un homme de l'art, compétent, formé pour ça. Aujourd'hui, certains d'entre eux demandent au patient dont ils sentent qu'il a besoin de parler, de passer dans la pièce à côté, dans la salle d'écoute. Et ils jouent au « psy » avec ces gens désemparés, ils les « écoutent », confortés qu'ils sont par quelques week-ends de formation. Escroquerie, car s'ils peuvent les « calmer » par une écoute bienveillante et des conseils bonasses, ils ne peuvent pas les aider à comprendre l'épreuve et à la traverser, sauf à y plaquer quelques stéréotypes. Ils ne peuvent les aider à tirer profit de l'épreuve pour mieux s'approprier leur vie. Certes, cela produit une atmosphère plus « affective » ou des transferts troubles sont à l'œuvre, et cela donne l'impression qu'on se parle, que ça parle ; mais cela n'opère pas réellement.

De sorte que la perversion fonctionnelle gagne aussi les aspects psychologiques. Il faudra que ces patients « rassurés » rechutent, et que les médecins qui les écoutent se mettent à aller mal, pour qu'enfin on les oriente vers des « psy » mieux formés, plus qualifiés – qui ont subi récemment les assauts d'une calomnie qui tire profit des problèmes de quelques uns.

Mais on comprend que des médecins ouvrent cette nouvelle antenne : l'Écoute pseudo-psy. C'est que la pratique médicale devient, pour beaucoup, fastidieuse à force d'être technique. D'ailleurs, le patient qui a ratissé l'Internet ou feuilleté des revues, ou simplement tendu d'oreille, vient avec sa demande d'ordonnance toute prête : il me faut du x , du xy et du yz , et pour les effets secondaires, du pqr . Une fois qu'il a lâché son morceau d'« alphabet », il repart avec le texte, avec l'impression de se traiter lui-même. Le pire est que ce qu'il dit est, en gros, assez juste, une fois admis qu'on a isolé le symptôme et que celui-ci ne veut rien dire d'autre que lui-même. Le médecin peut innover en prescrivant des « examens complémentaires » : pourquoi se priver de voir, puisqu'il y a du visible, et de plus en plus visible grâce aux nouveaux appareils ? Souvent, cela ne change pas grand-chose.

Aujourd'hui, se soigner est une vaste affaire, aussi complexe qu'autrefois, qu'au Moyen Âge ou au temps de Molière, à ceci près que les *manques de savoir* qu'il y avait autrefois, et que la science a comblés en partie, sont remplacés par des *manques de vrai contact*, de communication, d'entente, de compréhension. Ces manques traduisent une certaine *compression* des choses. Ainsi, chacun de nous est un entre-deux-corps, une *combinatoire complexe entre corps-visible et corps-mémoire*, qui fait que tout événement sensible (symptôme, maladie ou malaise) s'exprime à la fois dans la chair et la psyché, avec des croisements et des retours entre ces deux expressions. Mais quand on entre dans le *parcours* des soins, qui est un vrai parcours du combattant, on est d'emblée réduit à *un seul corps*, le corps visible en l'occurrence (même au niveau psychique : le pur comportement). C'est déjà une dure compression, car le paquet de chair et de nerfs qui est là, sur ce parcours, parsemé de guérites où chacun veut sa part de jouissance (chacun : de l'infirmière au médecin, de la guichetière au laborantin, du chercheur à l'exécutant...), *ce paquet de chair et de nerfs n'en pense pas moins*, n'en ressent pas moins les choses, mais n'a pas à qui dire ou par qui se faire entendre ; sauf s'il délire gravement, auquel cas, c'est un paquet de nerfs malade à qui le psychiatre, à son tour, administre sa chimie.

Le *symptôme* – l'atteinte au corps ou à l'esprit – est un événement de l'entre-deux-corps, pris dans une histoire ; il a été fait pour (et par) quelqu'un ou quelque chose, parfois sans causalité directe, ni déterminisme rigide. Et ce n'est pas parce qu'on « tient » la cause qu'on maîtrise l'effet. Bien souvent, on ne tient qu'une cause partielle, la cause totale n'existant pas ou étant insaisissable. Le symptôme est une passerelle, un moyen de

communication qui a aussi, par lui-même, ses dangers propres. C'est en quoi tout symptôme est paradoxal.

La maladie, c'est le dialogue d'une existence avec le *monde de la technique*, lui-même enveloppé par un monde plus complexe et confus, le monde d'*administration de la technique* (MAT). L'espace énorme de ce dialogue (entre une existence vivante et un monde technique très vivant) comporte lui aussi des symptômes, des actes manqués, des accidents, des forces dont personne n'est conscient et qui sont pourtant actives. Ce dialogue comporte aussi un fait bien connu: toute technique résout un problème et en crée d'autres, qu'une nouvelle technique résoudra en en produisant de nouveaux à son tour. Traduisons en termes de soins ou de produits: chaque remède technique produit d'autres problèmes en même temps qu'il en résout; on les appelle bizarrement effets secondaires, mais ils ne sont pas toujours négligeables. De sorte que la notion de progrès en matière de santé n'est pas si simple à juger, à évaluer. Du reste, on la rabat curieusement sur la ligne droite, l'axe du temps: la durée de vie. (Car toute notion de progrès ne se juge que sur ce pauvre espace de la ligne droite où l'on peut dire, par exemple, qu'on vit plus ou moins longtemps.) C'est dire que la qualité de la vie en question n'est pas toujours pensée et encore moins approfondie. Mais cela aussi fait partie du dialogue, ou plutôt d'une certaine cacophonie puisqu'on ne s'entend pas trop sur ladite qualité (ce mot renvoie à l'essence, donc au rapport à l'être, à la question de savoir de quoi est faite notre existence; toutes choses que j'aborde sous le sigle: *éthique de l'être*).

Parfois, on centre la réflexion sur la technique, ou sur la maladie, ou sur le malade. Ne vaut-il pas mieux la centrer sur le couple qu'il fait avec sa maladie; ou sur l'événement pathologique dans lequel sont impliqués beaucoup de gens et de circonstances?

La réflexion sur la santé n'est étroite que lorsqu'on la rétrécit. Par exemple, on lui donne des allures scientifiques sans préciser les hypothèses, et cela permet de démontrer n'importe quoi. Souvent, on croit procéder « objectivement », et on transforme le patient en objet; ou mieux, on développe sur lui ce que j'appellerai une logique du *projectile*: on envoie sur lui des pilules, des rayons, des molécules, et même des paroles (psychothérapies « scientifiques »), et on mesure ses réactions en tant que cible. On étudie les effets, en oubliant que ce qu'on recueille minutieusement, ce sont surtout les effets du dispositif.

Et lorsqu'on se sert des résultats pour prédire, on oublie que ce qu'on prédit c'est le comportement du dispositif, et non pas du sujet. On prédit le comportement du sujet en tant que pris dans ce même dispositif; et non en tant que sujet « libre »³.

En tout cas, s'agissant de dialogue, comment diable serait-il possible qu'il ait lieu, et qu'il soit fécond sans que des gens qualifiés le suivent, au plus près de ce qu'il laisse entendre?

Et pourtant, ce dialogue existe, morcelé et déchiqueté, mais il existe; avec beaucoup de bavures, d'abus et de sursauts où soudain la vie se rappelle à elle-même: il y a de quoi vivre, de quoi être réparé, parfois de fond en comble. Il y a même de quoi rire, à voir comment la vie échappe à tant de pièges, pourvu que les sources du rire ne soient pas taries.

3 C'est ainsi qu'on a cru mesurer les effets d'une analyse et même les comparer à ceux d'un traitement médical. Mais ce traitement l'a-t-il amené à aborder sa vie de façon plus neuve et plus libre, comme le lui a permis l'analyse? Au point qu'elle l'a immunisé contre le fait de « tomber malade » fréquemment, comme cela lui arrivait avant l'analyse? De même, on trouve que l'analyse est longue, et on oublie de mesurer les effets à long terme de traitements médicaux-chroniques. Bref, on est objectif mais on ne parle pas du même objet.

