

CORPS DU MALADE, CORPS DU SOIGNANT

Du mot « corps », le Robert donne la définition suivante : « partie matérielle des êtres animés, l'organisme humain opposé à l'esprit, à l'âme ».

Voici une définition qui paraît convenir à la médecine pour qui le corps, qu'il soit corps de la physiologie, de l'anatomie, de la sémiologie, est considéré avant tout comme organisme ; comme cette « partie matérielle », cette « étendue » en quelque sorte « déshabité » par « l'esprit », « l'âme » sans doute, mais aussi « la personne » ou encore « le sujet ». Si « le corps se présente sous toutes sortes d'aspects, expressifs, esthétiques, érotiques, et ainsi du reste, ... l'examen clinique du médecin ne commence que lorsque ces aspects sont mis entre parenthèses et que le corps humain se réduit à l'objet de l'anatomie et de la physiologie » nous dit G. Lantéri Laura.

Nous voici donc face à une première définition du corps, à priori tout à fait utile et opérationnelle pour la médecine. Une définition qui semble en tout cas offrir au praticien un socle assez sûr pour son intervention, mais qui, si l'on considère l'activité médicale dans sa quotidienneté, très rapidement va poser problème. Confronter l'intitulé de la conférence d'aujourd'hui à cette définition, suffit pour percevoir les termes dans lesquels le problème se pose.

Cet intitulé, qui il faut le souligner paraît tout à fait valide aux soignants que nous sommes, ne devient-il pas, transformé en « organisme du malade, organisme du soignant », incongru et pour tout dire carrément absurde ? Or cette absurdité tient en ceci : pour la relation malade-soignant (supposée par l'accolement des deux termes de notre titre), ne considérer que les organismes en cause produit une « réduction » qu'il faut bien qualifier de « peu opérante ». Vouloir rendre compte de l'activité médicale prise dans une certaine globalité impose donc le recours à une autre définition du corps. Une définition où ce dernier, loin de n'être qu'un organisme impersonnel et désobjectivé, retrouve les éléments exclus de la définition du Robert : une conscience, une pensée, un inconscient, une histoire, des affects et des désirs... C'est de ce corps-là, de sa place dans la pratique médicale que nous allons parler.

Pour ce faire examinons maintenant en quoi, ou plutôt par où, la confrontation de l'intitulé de la conférence d'aujourd'hui avec la définition du dictionnaire nous paraît particulièrement absurde - où se loge en quelque sorte la pointe de son incongruité.

Et bien c'est du côté du soignant que cela se situe. Car parler sous cette définition du corps du soignant (de « l'organisme du soignant »), n'a évidemment que peu d'intérêt pour la pratique médicale. Voilà qui signale un fait : **pour la pensée médicale, le soignant est considéré comme n'ayant pas de corps.** Le médecin, c'est bien connu, fait dans le dispositif médical « taire son désir, ses états d'âme, sa fatigue » ; et toute manifestation corporelle de sa part (fatigue, émotions...) y est considérée comme artefact ou manifestation indésirable. Ainsi le représentant auprès du malade du savoir médical est idéalement conçu comme sans corps, ou encore comme celui qui n'a que ce corps déshabité dont affects émotions, histoire et désirs doivent s'absenter. On le voit, une pensée médicale réduisant le corps du malade à ses organes renvoie de fait celui du médecin à l'inexistence. A moins que dans la genèse de cette exclusion du corps non déshabité, le processus inverse ne soit à l'oeuvre. **Car il se pourrait bien - c'est du moins l'hypothèse que nous formulons - que cette « absence du corps du soignant » dans le dispositif médical, soit cause de la non reconnaissance du corps non déshabité de la personne souffrante.**

Cette hypothèse explique le choix qui sera ici effectué de placer essentiellement le projecteur sur le corps du soignant. A cela nous proposerons trois entrées.

- 1) Dans un premier temps nous parlerons du corps de la personne, de la personne-corps ou du corps-personne, pris dans sa singularité. Ceci pour aborder une question. Le fait que le médecin ait ce corps là, un corps singulier et non déshabité, a-t-il des conséquences sur la pratique? Lesquelles ?
- 2) Dans un second temps, nous essayerons de repérer les motifs qui ont pu amener la médecine, quand elle pense elle-même son activité, à en exclure le corps du soignant.
- 3) Dans un troisième temps, nous examinerons l'intérêt qu'il peut y avoir à ce que le corps du médecin en tant que tel, trouve, revendique et développe, sa place dans le soin.

I - LE CORPS NON DESHABITE DU MEDECIN

Nous partirons du corps singulier de la personne. C'est-à-dire de celui d'un professionnel qui, avant que d'être médecin, est marqué par bien des choses, une expérience familiale, une histoire,...etc. Nous nous situons donc dans un premier temps en deçà du professionnel, aussi, pour aborder cela nous ferons appel à un

texte écrit par quelqu'un qui n'est pas médecin ; par Roland Barthes dans son « j'aime, je n'aime pas ».

« J'aime, je n'aime pas .

J'aime, la salade, la cannelle, le fromage, les piments, la pâte d'amande, l'odeur du foin coupé, les roses, les pivoines, la lavande, le champagne, les positions légères en politique, Glen Gould, la bière excessivement glacée, les oreillers plats, le pain grillé, les cigares de Havane, Haendel, les promenades mesurées, les poires, les pêches blanches ou de vignes, les cerises, les montres, les stylos, les plumes à écrire, les entremets, le sel cru, les romans réalistes, le piano, Pollock, Hombly, toute la musique romantique, Sartre, Jules Verne, Fourier, Eisenstein, les trains, le Médoc, le Bouzy, avoir la monnaie, Bouvard et Pécucet, marcher en sandales le soir sur de petites routes du sud-ouest, les Marx Brothers, le Sérano en sortant de Salamanque, etc.

Je n'aime pas. Les loulous blancs, les femmes en pantalon, les géraniums, les fraises, les clavecins, Miro, les tautologies, les dessins animés, Arthur Rubinstein, les villas, les après-midi, Satie, Vivaldi, téléphoner, les coeurs d'enfants, les concertos de Chopin, les danseries de la renaissance, l'orgue, Marc Antoine Charpentier ses trompettes et ses cymbales, le politico-sexuel, les scènes, les initiatives, la fidélité, la spontanéité, les soirées avec des gens que je ne connais pas, etc.

J'aime, je n'aime pas, cela n'a aucune importance pour personne, cela apparemment n'a pas de sens, et pourtant tout cela veut dire : mon corps n'est pas le même que le vôtre ».

Voilà donc ce que peut être un corps, un corps non des-habité.

Pour en revenir au médical (et en vous priant de ne pas faire trop attention à la différence de saveur), je me suis, à propos de mon travail de médecin, livré au même exercice, au jeu du «j'aime, je n'aime pas ».

« J'aime, recevoir les enfants, sentir les nourrissons si toniques, si légers quand je les porte sur le pèse-bébé. J'aime les tympan normaux et leurs reflets nacrés, j'aime les dos, sentir les pouls distaux, ces battements réguliers sous mes doigts, toucher les peaux, toutes les peaux, palper les ventres, ausculter les poumons et entendre l'air y pénétrer. J'aime les produits d'urgence, l'adrénaline, les diurétiques, récupérer des résultats biologiques dans ma boîte aux lettres le matin, les gens qui ne veulent pas être malades et n'aiment pas se soigner. J'aime les maladies infectieuses, la cardiologie, l'endocrinologie, trouver un signe à l'examen dans la seconde qui précède la pensée, etc.

Je n'aime pas. Les ulcères, les plaies, les abcès. Mettre un abaisse langue au fond de la gorge, examiner en me glissant sous les vêtements. Je n'aime pas les sirènes du Samu dans ma ville, la rhumatologie, les photos de fibroscopie gastrique, les saignements de nez, les certificats sportifs ou scolaires, être trop en retard, la sonnerie du téléphone la nuit. Je n'aime pas les malaises, cette brutale faillite de la conscience dans l'instant où l'on ne sait pas encore ce qui est en train de se passer, etc. »

J'aime, je n'aime pas, comme chez Barthes cela veut dire « mon corps n'est pas le même que le vôtre ». Mais vous voyez bien que l'on ne peut plus soutenir quand celui qui parle est médecin, que cela n'a aucune importance, « aucune importance pour personne », et aucune conséquence pour la pratique du métier.

De cette importance et de ces conséquences, je donnerai deux exemples.

D'abord celui de « l'adrénaline ». J'aime l'adrénaline, j'en ai toujours dans ma trousse d'urgence et n'en manquerai probablement jamais. Ce n'est pas le cas de tous les médecins, bien que ça le devrait. Mais pour moi l'adrénaline a une histoire, celle-ci expliquant sans doute que, plus qu'un autre je m'assure d'en avoir à disposition. C'est l'histoire d'un jeune homme de 17 ans, chez qui, il y a 10 ans, je fus appelé parce qu'à la suite d'une prise médicamenteuse, il avait des démangeaisons. Autour du lit se tiennent une mère et un père inquiets. Brutalement, alors que je débute l'examen, s'installe une pâleur, une perte de conscience. Il fait un choc anaphylactique, quelque chose de potentiellement mortel. Heureusement j'ai de l'adrénaline. Une injection, et le voilà en une minute, qui « revient ». On comprend que cela puisse s'inscrire dans le corps d'un médecin. « Cela ? », le cri des parents, la profonde pâleur du jeune homme, le soulagement à son réveil.

Mais l'on pourrait aussi parler du plaisir « à toucher les peaux, toutes les peaux ». Celles notamment de ces personnes âgées que j'ai parfois l'impression de caresser. Ici j'ai le sentiment que le souci du médecin - ce souci que cela aille bien, aille mieux, ce souci tendrement contagieux et qui sans doute aide parfois dans la dure épreuve de vieillir - passe par mes mains.

Or la médecine, considérant que ce que le médecin aime ou n'aime pas ne compte pas, fait comme si tout cela n'avait aucune importance. Autrement dit, ce qui apparaît comme une donnée rationnelle : l'influence de la personne du médecin, de son corps, sur son activité ; on le confine à l'inexistence. Il faut en convenir, mise en position d'hégémonie la rationalité scientifique nous plonge donc en situation de totale irrationalité ! Cette irruption de l'irrationnel au cœur d'une activité qui dans son projet se veut la plus rationnelle possible, a de quoi surprendre. Gageons que cela ne se fait pas sans motifs et arrêtons-nous-y un instant.

Cette étrangeté peut trouver une première explication dans les thèses développées par Nayla Farouki. Nous sommes, nous dit-elle, les héritiers de deux cultures, celle du monde grec et celle du monothéisme. Deux cultures très différentes car si le monothéisme s'intéresse au singulier, la culture grecque quant à elle développe une

rationalité du collectif et de l'universel. Or c'est cette dernière qui, sous les figures de l'universalité de la science et du collectif social et politique domine largement dans la société actuelle et singulièrement la médecine. Sous ces références la disparition du corps de la personne (corps singulier, tant du médecin que du malade) dans la pensée médicale, pourrait donc être considérée comme un effet de dominance d'un système culturel sur un autre.

Parallèlement à cette première explication nous allons en examiner une autre. Une explication qui, plus centrée sur la médecine, va placer en son centre la question du rapport du praticien au corps. Pour l'aborder intéresserons-nous à la question suivante : **quels motifs, internes à la pratique de soin, peuvent amener la médecine à exclure de la représentation qu'elle se fait de son activité ce corps non des-habité du soignant ?**

II - LES MOTIFS D'UNE EXCLUSION

Peut-être avez vous lu ce terrible épisode de « Voyage au bout de la nuit »¹, l'histoire de ce médecin installé dans la proche banlieue de Paris, placé au chevet d'une patiente qui dans les suites d'un avortement clandestin saigne abondamment.

Voici la description donnée par Céline. Une hémorragie telle que les gouttes de sang perlent à travers le matelas, s'écrasent au sol et forment flaque par où s'échappe la vie. Le diagnostic est évident, la conduite à tenir claire, et le médecin l'énonce, c'est : " un conseil de transport immédiat dans un hôpital pour qu'on l'opère en vitesse". Mais la réplique de la mère de la malade est brutale et semble sans appel ; c'est un refus. L'auteur alors nous décrit l'univers où un tel refus ne sera pas dépassé. C'est le médecin qui parle, de lui, et de son monde, de son corps. "Trop d'humiliations, trop de gêne portent à l'inertie définitive"... "Mais réagir, c'était après tout beaucoup trop pour moi. J'étais obsédé moi-même depuis si longtemps par la déveine, je dormais si mal, que je n'avais plus du tout d'intérêt dans cette dérive à ce que ceci arrive, plutôt que cela. Je pensais seulement qu'on était mieux à écouter cette mère toute gueulante assis que debout"... "Faire quelque chose; C'était mon devoir comme on dit. Mais j'étais trop bien assis et trop mal debout" ! (1)

¹ Voyage au bout de la nuit. L.F.Céline. Folio

Donc le fait que le médecin ait un corps, ici un corps fatigué, plutôt assis que debout, travaillé par la dépression, pourrait le conduire à cela. Reconnaissons qu'il y a largement de quoi se défier de ce corps là, qu'il y a matière et justification à ce que la médecine, dans sa responsabilité, veuille écarter de son champ d'activité un corps capable de cela. Comment dès lors ne pas comprendre que cette dernière ait éprouvé la nécessité d'ériger un système ayant pour effet de faire taire ce corps bien trop habité ? Remarquez au passage que la dimension inconsciente, par définition non contrôlée et qui se plaît à jouer des tours à la volonté, ne vient que majorer le problème posé.

De manière moins violente, mais pas beaucoup plus éloignée du drame, nous pourrions aussi évoquer une étude faite auprès du SAMU. Y est clairement démontré que si face à une situation clinique une angoisse domine le médecin, celui-ci est conduit à faire des gestes inutiles le ramenant par une sorte de régression, aux premiers temps de son apprentissage, au tout début de sa formation et qui sont habituellement assurés par d'autres membres de l'équipe. Avez-vous déjà vu le SAMU opérer ? Une fois le bilan et les premiers gestes effectués, le médecin doit, c'est une obligation, téléphoner à un référent, à un médecin d'expérience, mais aussi à quelqu'un qui, loin du corps à corps avec le malade, est à distance de la scène.

Le problème est donc que ce corps, quand il est celui du médecin, ce corps non déshabité, peut pour la pratique médicale constituer un potentiel mais très radical danger. Ainsi, émotions et affects devront, quant aux opérations diagnostiques et thérapeutiques, être peu ou prou mis de côté chez le professionnel pour lui permettre d'avoir l'efficacité requise. De manière plus générale, c'est la subjectivité elle-même, on le sait, qui en médecine est ce qui peut tromper. Les signes subjectifs ne sont-ils pas d'ailleurs le plus souvent, et sans doute à juste titre, considérés quant aux opérations diagnostiques, comme de moindre dignité que ceux objectifs ou paracliniques..

Mais le danger que recèle la notion de corps non-deshabité ne se limite pas au défaut qu'il introduit dans la rigueur des démarches diagnostiques ou thérapeutiques. En ce débat, la question de l'identification elle aussi, évidemment, est à considérer. C'est en effet dans la stricte mesure où ce corps du patient est corps de la personne que cette identification se produit, que la souffrance et la mort de l'autre peuvent « toucher » un soignant. Cela, le corps considéré comme « partie matérielle », permet aussi de l'éviter. Comment enfin ne pas évoquer la relation en ce qu'elle a de

sexué ? Bien au delà de la question de la fiabilité diagnostique, l'image d'un professionnel dont le corps est envahi par ces désirs n'est-elle pas en elle-même susceptible de faire germer inquiétude et angoisse ? La dimension incestueuse, si rapidement présente à cette évocation, n'a-t-elle pas de quoi susciter de telles réactions ? Ne suffit-il pas d'ailleurs de parler « du corps du médecin » - il n'est même pas besoin d'ajouter sexué -, pour sentir, derrière la perplexité, poindre le malaise ? Et qui finalement n'attend de son médecin, de celui qui le soigne, qu'il ait la capacité de mettre entre parenthèse ceci pour exercer son métier ?

Dans tous ces cas on voit ce qui pousse à « faire taire », du moins à l'essayer, ce corps-là.

Et là, en tant que médecin tout du moins, on pourrait bien se dire : « tant pis » ; tant pis pour ce corps là. Se dire qu'il faut choisir et que lorsqu'il y a incendie, on peut accepter de voir noyés tableaux et tapisseries dans l'intervention des secours . Se dire que face à l'enjeu le soignant peut et doit peut-être, avec quelques regrets mais sans hésitations ni remords, perdre de vue le sujet, qu'il soit malade ou soignant. Penser enfin que face à la légitimité de la double protection - celle du malade et celle du médecin - qu'instaure la mise à l'écart de ce corps, la médecine peut et doit accepter de nager en pleine irrationalité.

Arrivé en ce point la question qui se pose est donc radicale et peut s'exprimer ainsi : qu'y a-t-il -de l'intérieur de la médecine - à opposer à de tels arguments ? Dit autrement : y a-t-il pour un médecin des éléments de poids suffisant permettant de soutenir l'intérêt dans sa pratique d'une prise en compte du corps non-deshabité ? Pour le médecin et non pour le philosophe ou le psychanalyste, pour qui la question est un peu autre - défense de la position de sujet, amour de la vérité, passion pour la rationalité, prise en compte de l'inconscient, les concernant différemment. Pour le médecin et non pour le philosophe ou le psychanalyste, qui eux ne s'affrontent pas pareillement - pas dans le même corps à corps - aux dramatiques justifications de l'exclusion de ce corps là.

Remarquons-le, une réponse négative à ces interrogations place de fait la question de « la défense du sujet » et la considération de ce qui de son corps excède l'organisme, hors de la médecine. Elle renvoie donc cette responsabilité du côté des malades et de leurs associations, ou encore de la psychanalyse qui d'ailleurs assure

déjà cette position face au discours de la science², de la philosophie qui rappelle que l'humain ne se réduit pas à ce que la science et la médecine peuvent en connaître et en dire. Une réponse positive par contre ne peut, en toute logique si nous nous plaçons du point de vue de la médecine, que se formuler en termes de contre poids à placer dans la balance. C'est-à-dire en considérant qu'il y a face aux motifs justifiant l'exclusion, quelque chose qui de l'intérieur même de la pratique médicale, justifie une autre attitude, en appelle et en fonde la nécessité.

Une telle comparaison pour être valide doit donc se situer sur le plan même qui motivait l'exclusion, soit le projet médical tel que défini par Hippocrate : « l'utilité du malade ». Car c'est bien en effet ce projet et cette responsabilité qui, en dernière instance, se donnent comme raisons légitimes de la mise de côté de ce corps non déshabité ? En un mot, c'est en montrant que la prise en compte du corps non déshabité du soignant va dans le sens de « l'utilité du malade », en apportant au médecin les arguments et les moyens d'une efficacité à ce niveau que peut de l'intérieur de la médecine se soutenir l'importance de la prise en compte de cette donnée. C'est nous semble-t-il ce que propose Michael Balint.

III - LA PROPOSITION BALINT OU LE CORPS DU SOIGNANT COMME OUTIL ET POTENTIALITE

« Certes, nous n'avons pas trouvé la solution générale à ces problèmes techniques pleins d'embûches ; mais nous avons trouvé une solution qui s'est montrée satisfaisante dans les conditions inhérentes au climat de nos séminaires de discussion. **Nous avons découvert que si des sentiments ou des émotions quel qu'ils soient se trouvent suscités chez le médecin pendant le traitement d'un malade, ils doivent également être évalués comme un symptôme important de la maladie du patient** »³. Cette phrase est en italique dans le texte, seule du chapitre à être soulignée. Cela dit l'importance que Balint lui accorde. Arrêtons-nous-y un instant.

Que dit ici Balint ? Premièrement il reconnaît et nomme le fait : le médecin a un corps. Un corps où « sentiments » et « émotions » peuvent apparaître, se trouver « suscités » « pendant le traitement d'un malade ». Mais ce corps, loin de le renvoyer exclusivement du côté des inquiétudes et des dangers que nous avons repérés,

² Lebrun

³ M. Balint « Techniques psychothérapeutiques en médecine »,

Balint propose au contraire au soignant d'en faire quelque chose, de l'utiliser pour mieux soigner. Il revient au médecin, nous dit-il, de considérer « également » ce qui se passe à ce niveau, de le considérer comme quelque chose à « évaluer », comme une information « importante » concernant « la maladie du patient ». Ainsi, face à la représentation négative (artefact ou danger) du corps non déshabité du soignant, Balint ouvre à cette dimension corporelle subjective un espace marqué par une positivité. Dans cet espace où les sentiments et les émotions du professionnel lui permettent de découvrir de nouveaux symptômes, ce corps devient moyen, outil utilisable pour mieux soigner.

En soi, cette conversion est immense ; mais nous n'en avons pas fini cependant avec cette phrase car autre chose, qui vient redoubler ce premier mouvement, est à y remarquer.

Balint part donc des sentiments qui habitent le médecin. En bon psychanalyste, on pourrait s'attendre à ce qu'il les considère avant tout comme un symptôme... du médecin (rapporteur du cas dans le groupe). Or ce n'est pas du tout là-dessus qu'il va insister. Cela évidemment il ne l'oublie pas, comme en attestent ses développements sur la fonction apostolique⁴. Mais cela, c'est à dire ce qui renvoie aux déterminations privées ou à du névrotique personnel, Balint le met pour ainsi dire en sourdine ou de côté. Ici, il est habituel de souligner, et Balint n'y manque jamais, la différence qu'il y a entre psychothérapie et projet de formation/recherche. Il est commun aussi de parler de son respect pour les médecins présents dans ses groupes, tout autant que pour la fonction spécifique de ces derniers. Mais ce qui est moins souvent pointé, c'est le radical changement d'orientation qui ainsi s'opère. Cette transitoire mise entre parenthèse du pathologique personnel (pris au sens large) et de la sphère privée n'est pas seulement une protection pour le participant. Elle se fait au profit de ce que l'on pourrait appeler une potentialité ou en termes spinosiens d'une « puissance » effectrice propre au soignant. **Tout se passe ici comme si le médecin était à ce moment là avant tout considéré par Balint comme celui qui porte en lui une capacité. Celle de « faire quelque chose » de ce qui s'exprime en son corps, quelque chose qui va dans le sens du soin et de « l'utilité du patient »** et qu'il revient au médecin, notamment par le travail de formation réalisé dans les groupes, de développer en repérant non seulement ses limites (la fonction apostolique), mais aussi ses possibilités.

⁴ M. Balint « Le médecin, son malade et la maladie » Payot

Ceci nous le retrouvons dans ce que Balint dit du contre-transfert, élément sur lequel il engage principalement les psychanalystes à travailler dans les groupes⁵. Qu'est-ce que ce contre-transfert du médecin ? En quoi cela est-il différent d'un transfert ? Est-il comme dans toute relation « civile » entre deux personnes, seulement un transfert en réaction, ou porte-t-il quand il est celui d'un médecin des caractères spécifiques ?

On peut certes rappeler que les processus psychiques en jeu sont les mêmes dans le transfert ou le contre-transfert et que pour un médecin le contre-transfert peut n'être dans certaines circonstances que transfert « en réaction ». Entre transfert et contre-transfert, mais aussi entre contre-transfert « en réaction » et contre-transfert « évalué » par le médecin, la différence en fait n'apparaît qu'au moment où ce contre-transfert est pensé dans une perspective. A partir de l'instant où ce dernier, compris dans une orientation, est considéré comme une potentialité, comme quelque chose qui peut être « utile » et utilisé dans le suivi thérapeutique - ne serait-ce que pour en limiter ses effets quand ceux-ci sont inappropriés. Ici, tout le travail de formation ne va-t-il pas consister justement à dégager du « transfert en réaction » - impulsif et non évalué qui fait disparaître l'écoute de l'autre sous les propres déterminations, les sentiments, les affects du soignant -, ce que le contre-transfert contient de potentialité. Des exemples de l'intérêt que revêt ce « contre-transfert en relation » - soit le fait que le soignant ait un corps non déshabité et l'utilise dans une perspective de soin -, seront aisément trouvés dans la pratique de tout médecin formé à cette démarche. La manière dont un problème se dénoue quand peuvent se repérer dans le travail de groupe quelques motifs de la colère, de l'attirance, de l'irritation, de l'angoisse liés au cas présenté, en constitue une illustration (voir le cas princeps de Balint dans sa conférence du 9/10/1964 : psychanalyse et pratique médicale »)⁶. Ainsi en va-t-il quand une ambiance de séduction, présente dès les premiers instants d'une consultation, est comprise comme le signe (orientant vers le diagnostic) d'une histoire incestueuse infantile vécue par une patiente ; quand l'irritation d'un médecin voyant sans cesse ses prescriptions critiquées lui signale le « traitement » que son patient inflige à son entourage familial, provoquant son isolement, approfondissant parfois sa dépression...

⁵ M.Balint, Psychanalyse et médecine

⁶ ibid

En résumé nous pourrions dire que Balint propose à la médecine une méthode visant à aider le médecin à utiliser sa propre subjectivité, ses affects et émotions, et singulièrement son corps non déshabité, pour mieux soigner. Cette démarche s'articule pour nous en trois moments.

- Le premier révèle au médecin qu'il possède sous la forme de son corps sensible un instrument lui permettant d'élargir sa perception du patient. Un parallèle pourrait être fait avec le stéthoscope qui, une fois introduit dans la panoplie médicale, permet d'entendre et de différencier certains bruits qui sans cela resteraient non perçus. N'en va-t-il pas de même pour ces émotions qui, habitant le soignant, sont considérés par Balint comme des symptômes possibles de la maladie du patient ?
- Le second offre au médecin un cadre pour utiliser ces informations. Ici en effet le praticien, loin d'être un récepteur soumis sans capacité d'action aux émotions que provoque le rencontre avec le patient, est considéré comme ayant, du fait de sa fonction, la potentialité d'articuler ces éléments au projet médical de soin.
- Le troisième définit les conditions de possibilité de cette démarche. Celle-ci requiert du médecin qu'il sache dégager ce contre transfert en relation des rets du contre transfert en réaction, ce qui est une condition nécessaire pour utiliser ses propres perceptions avec une fiabilité suffisante,

IV PLACE DU CORPS ET EFFETS SUR LA FONCTION MEDICALE

Par delà le soin dispensé à un patient donné, intéressons-nous maintenant aux effets que la reconnaissance ou la non-reconnaissance de la place occupée par le corps du médecin va avoir sur la manière dont celui-ci vit et se représente son métier. Sans revenir sur l'aspect psychothérapique de l'acte médical dont nous parle Balint c'est, nous allons le voir, le lien à la fonction médicale même qui se trouve ainsi profondément transformé. Pour le comprendre nous allons examiner une expérience subjective - l'une des plus intense et des plus dramatique sans doute de la vie d'un médecin - celle de la confrontation à l'erreur et à la peur de se tromper. Voilà ce qu'en dit Jean Carpentier.

"Une nuit blanche : un enfant qui a de la fièvre, vomit et se plaint de son ventre... j'examine, je m'informe, je rassure les parents. Et ensuite je passe des heures à me dire que je n'ai pas assez

"interrogé" ce ventre. Je ne peux pas trouver le sommeil : "Mais c'est sûr, il a une péritonite !". C'est le petit matin, je me précipite. Tout va bien".

Moi j'ai peur. Peur de me tromper, d'oublier quelque chose, de ne pas avoir vu ou entendu. Ou de ne pas avoir jugé bon de voir, ou entendre, ou toucher.

... La question est donc plutôt celle-ci : qu'est-ce que je vais faire avec ma peur ?"⁷.

Pour notre réflexion, la question est aussi la suivante : qu'est-ce que la médecine fait de cette peur, qui, régulièrement ou parfois, vient habiter ses équipes, ses acteurs, les représentants de son corpus de connaissance auprès du patient ?

Et bien on peut dire qu'en excluant le corps non-déshabité et la personne du soignant la médecine va considérer cette peur comme elle a tendance à considérer tout symptôme dès lors qu'il n'est pas organique, c'est à dire en tentant de l'effacer au plus vite. Le destin de ce problème n'est-il pas dans le monde médical le plus souvent vite réglé, pris entre un « ça ne doit pas arriver » et un « c'est comme ça, on ne va pas s'y attarder » ? Ici chacun, dans la solitude, le silence et souvent la culpabilité, est donc sommé de se débrouiller. Se débrouiller comme il le peut ; ce qui quand on interroge les étudiants, se traduit régulièrement comme la nécessité de se « blinder » pour exercer le métier. Ce type de réaction, semble-t-il, se constitue dans les stages hospitaliers comme modèle face aux difficultés subjectives et émotionnelles rencontrées dans la pratique. N'est-il pas présent quand, alors que la pâleur les envahi lors d'une intervention chirurgicale, ces médecin en formation lisent dans le regard de certains de leurs aînés que tout affect au cours de ce métier sera disqualifié et devra être refoulé ?

Or il pourrait en être autrement.

Car on pourrait en effet, et avec de solides justifications, penser qu'il est au contraire tout à fait nécessaire de préparer à ces confrontations celui qui devra, de par sa fonction, les affronter. Envisager, déjà, de dire à l'étudiant qu'il est légitime pour un médecin d'avoir des sentiments, normal quand on a de telles responsabilités d'avoir peur, normal en étant en relation avec des gens qui vont mal d'en être affecté, et obligatoire, au cours d'une vie de médecin de rencontrer l'erreur, la sienne. Lui dire en un mot qu'être médecin c'est - tout en se préservant suffisamment et en tentant

⁷ Jean Carpentier, Information Sociale 15 - 1991

évidemment d'utiliser tous les moyens disponibles pour éviter l'erreur - aussi accepter cela. L'accepter non pour se laisser dépasser par ces émotions et cette subjectivité, mais pour « les évaluer », les reconnaître comme consubstantiels à la pratique du métier. L'accepter enfin pour se donner les moyens d'en faire quelque chose. C'est-à-dire de se situer dans une perspective qui se démarque de cette défense de l'espèce la plus rigide (et des plus violentes envers le malade) que qualifie le vocable de « blindage ». On comprendra que les difficultés d'une telle tâche requièrent une sérieuse formation.

IV - PERSPECTIVES DE FORMATION

Le projet d'une telle formation amène à considérer deux niveaux différents.

Le premier est celui dans lequel se pense pour un médecin son expérience professionnelle et où elle revêt tel ou tel sens. Le second, quant à lui, engage les processus psychiques propres à chaque soignant.

Pour le premier, il s'agit donc d'offrir un cadre d'accueil à ce qui dans ce métier excède l'activité strictement technique (prise au sens large, la démarche clinique en faisant partie) - ce que nous avons regroupé autour de la notion de « corps non-déshabité ». Un cadre devant permettre de prendre en compte ces éléments et non, comme c'est le cas actuellement, de seulement les refouler. La pratique médicale, en effet, dépend dans une certaine mesure des systèmes de représentations en place dans l'esprit du médecin et dans la société. Il semble assez évident que la prise en compte du corps non déshabité trouvera plus facilement matière à se développer dans un système où l'on considère, selon la formule de Canguilhem, qu'il « est impossible d'annuler dans l'objectivité du savoir médical la subjectivité de l'expérience vécue du malade »⁸, que dans celui où le discours scientifique sert de paradigme à toute l'activité médicale. A ce niveau la pensée développée par Nayla Farouki nous paraît précieuse. Elle l'est en ce qu'elle offre pour penser la pratique médicale, l'abri d'une rationalité. Face au discours de la science, issu de la culture grecque, se tient nous dit-elle « une autre rationalité, totalement différente, celle du monothéisme, qui ne s'intéresse pas à l'universel mais au singulier ». Cette culture est donc celle de l'attention à la personne singulière, histoire de relation à l'un. Or « nous sommes, poursuit Nayla Farouki, les héritiers de ces deux cultures », ce qui

s'illustre particulièrement dans le métier de médecin. D'un côté nous sommes en effet « quotidiennement dans l'universel de la science », de l'autre, « les soignants, dans leur grande majorité, vivent constamment dans le singulier absolu du face à face avec leurs patients ». D'un côté nous voilà dans la réduction scientifique du corps à l'organisme, de l'autre dans le registre du corps non déshabité. Le problème est que le premier système de pensée, ayant tendance à prendre toute la place, renvoie le second dans les marges. Ici, face à cette hégémonie, il convient en contre point de promouvoir - peut-être de défendre - l'existence d'un autre type de représentation du monde et des rapports humains. Celle dont l'introduction de l'éthique dans les facultés de médecine rapporte quelques échos.

Mais outre le fait de favoriser la reconnaissance de la légitimité de cette représentation en médecine, comment former les praticiens à ce singulier absolu du face à face avec le patient ?

C'est ici que le second niveau de formation prend toute son importance.

Pour percevoir l'espace dans lequel celui-ci se développe, nous partirons d'une autre idée que développe Nayla Farouki, mais cette fois pour nous en démarquer. « Ces deux cultures - grecque et monothéiste -, ne se ressemblent pas ... Nous, qui avons été marqués par ces deux cultures, nous oscillons de l'une à l'autre, mais elles sont aux antipodes l'une de l'autre, il est bien difficile d'arriver à une synthèse - et cela se traduit par un malaise continuel ». Le mot de « malaise » ne manque pas d'évoquer un autre texte, celui où Freud⁹, réfère le dit malaise à un autre conflit. Ce conflit est fait de l'opposition dynamique entre les différentes instances psychiques qui constituent un sujet, moi et ça. Sous cette référence, approcher une « synthèse », revient à s'intéresser aussi à ce conflit particulièrement déterminant dans la mise en place des défenses du soignant. Celles-ci, on le sait et nous l'avons vu, ont leur nécessité, mais elles peuvent aussi éloigner radicalement le médecin et la médecine d'une attention à la personne, à l'être singulier. « Par quelle aberration, disait Lucien Israël, la médecine a-t-elle méconnu que porter la main sur le corps d'un autre, geste que « l'acte médical » implique toujours, suscite des réactions qui ne se limitent pas à la matérialité de l'homme »¹⁰. On conçoit que parallèlement aux raisons d'ordre culturel, la dimension psychique (les défenses, le refoulement, ...) puisse ainsi intervenir dans la mise de côté opérée par la médecine de ce corps non déshabité.

⁸ G Canguilhem. Etudes d'histoire et de Philosophie des Sciences, Vrin

⁹ S.Freud Malaise dans la civilisation

¹⁰ L.Israel, Encyclopédie Universalis

Dès lors approcher d'une synthèse reviendrait, en ce qui concerne le médecin, à pouvoir se situer de manière moins défensive par rapport à ce corps là. Or reconnaître pour soi-même l'existence de ce corps, constitue sans doute pour un médecin l'un des voies les plus « efficace » pour en accepter les manifestations (affects si peu raisonnables, peurs incontrôlées, émotions disproportionnées...) du côté du patient. Ainsi en va-t-il aussi de l'inconscient qui en est partie prenante. C'est donc par une réconciliation du soignant avec ce corps (le sien) auquel sa pratique - et dans quelle intensité - l'amène à se confronter, que pourrait suffisamment s'approcher ce qui chez le patient procède des mêmes mécanismes et le mobilise, au bas mot, tout autant.

Guy Even