

Pour accéder au patient, il faut d'abord traverser la maison

On admet trop rapidement que la révolution médicale du 19^{ème} siècle s'est accompagnée d'un égal bouleversement dans les représentations collectives de la maladie. Même si bien souvent on a pu identifier les responsables du mal — *les agents pathogènes* — et en venir heureusement à bout, reste cette profonde intimité entre le mal, la souffrance et le prix de la faute. Voilà bien un des effets pervers de la clinique¹: celui d'avoir artificiellement séparé le malade de sa maladie. Il n'est bien sûr pas question de mettre en cause les progrès considérables de l'observation clinique : ce dispositif de proximité a définitivement rompu avec la distance familière au médecin de Molière, officiant depuis le cathèdre (*ex cathedra*).

En se focalisant sur les mécanismes profonds de la pathologie, la recherche médicale parvient souvent avec bonheur, sinon à expliquer, du moins à décrire certains processus pathogènes. Mais le retour au patient ne se fait pas. Il apparaît comme cette enveloppe opaque qui fait obstacle à une observation technique de précision : le malade encombre l'accès à sa maladie. Les questions, l'angoisse, constituent une gêne manifeste pour le praticien pressé qui y répond distraitement, ses instruments d'investigation en "*stand by*". De ce point de vue, l'anesthésie partielle et surtout générale fournit une remarquable stratégie de neutralisation et de contournement du patient². C'est maintenant devenu un lieu commun de dire que la spécialisation médicale a contribué à une dégradation de la relation soignant-soigné. Mais cette altération est beaucoup plus insidieuse et chronique qu'il y paraît. Le miracle technique et la sophistication des interventions ont creusé une différence manifeste entre la légitime demande d'informations du patient et la condescendance de la réponse. En outre, la hiérarchie implicite des professions médicales et paramédicales passe par la complexité des médiations techniques

et le caractère d'urgence de l'intervention. Guérir devient une obsession au point que lorsqu'on n'y parvient pas, la mort apparaît comme un échec médical. Seul est efficace l'acte qui concourt à la guérison : on en arrive à cette conclusion que tout acte médical centré sur le soin et le confort (*curare*) apparaît moins noble que le geste technique qui sauve. D'où le prestige de l'urgence spontanément associé au "Médecin sans Frontières", cette nouvelle aristocratie du corps médical dont l'éthique se veut dégagée des options politiques. Jamais l'art médecin n'a été autant accroché à la vie : ses victoires indéniables l'ont condamné à réduire l'humain au biologique, à pousser toujours plus loin l'investigation dans un corps inhabité.

A côté de l'enthousiasme interventionniste se développe pourtant la médecine palliative, considérée encore comme une médecine qui abdique ou qui renonce. Voici donc une médecine à deux visages : l'une de l'urgence, prestigieuse, qui fait obstacle à la mort sans compter sa peine. Elle fournit largement les médias en héros modernes et salue chacune de ses victoires comme une conquête sur l'Intolérable Camarde. L'autre qui accepte, sans pour autant renoncer à agir, la nécessité (l'inéluctable) de la mort. On aborde là une autre dimension du soin : accompagner, soulager, partager une évidence pour en finir avec la mort solitaire — "*sauvage*", disait Philippe Ariès —. Et c'est aussi une façon d'échapper à ce grand déballage hypocrite et désespéré des appareillages de survie.

Les divergences sont profondes entre ces deux conceptions et les conciliations de circonstances. On a beau multiplier les recommandations auprès des hospitaliers pour humaniser les séjours, l'espace de soin, la chambre "particulière" — par euphémisme ! — appartient sans partage au personnel médical. Dépouillé de ses caractéristiques sociales, le patient devient l'objet exclusif de l'attention médicale : "Comment va *notre* malade aujourd'hui ?". Identifié dans la nomenclature nosographique, on apprécie sa

docilité et sa collaboration. Toute la structure hospitalière développe la plupart du temps un dispositif de dépersonnalisation qui induit une réaction régressive dès les premières heures de l'admission. La maison de retraite — médicalisée ou non —, les centres de long et moyen séjour, les établissements psychiatriques, présentent de nombreux exemples de déculturation massive³. L'ajustement mécanique des hommes à la rigueur institutionnelle, le totalitarisme de la réglementation, la perte de l'identité sociale, la pratique des surnoms, des diminutifs, le tutoiement, les remontrances, la rotation des tenues vestimentaires, etc... constituent le lot quotidien des rapports entre "surveillants" et pensionnaires. On s'en doute, les établissements spécialisés acceptent difficilement le regard du sociologue : on invoque la bonne foi, le souci de la familiarité chaleureuse, la nécessité des contrôles de sécurité ; on avance des "expériences pilotes", des formations à l'encadrement pédagogique pour le personnel, bref, tout un ensemble de mesures dont les effets sur le terrain demeurent pour le moins anecdotiques. On trouvera pourtant parmi ces établissements que les souhaits d'affectation oublient, certains praticiens et agents hospitaliers animés par la certitude que l'acte thérapeutique n'exige ni ostentation du savoir, ni démonstration technique : la qualité de la relation thérapeutique dépend ici de l'intégration à l'ensemble des informations médicales, des données de l'histoire du patient, des influences de son environnement proche, bref, de sa vie affective et relationnelle.

De l'expérience de cette médecine "discrète", on déduira l'insuffisance du tableau clinique pour caractériser une pathologie. Certainement il existe une séméiologie médicale suffisamment précise pour identifier une affection,

3. Les études précises du sociologue américain E. Goffman sont maintenant devenues familières aux médecins, en particulier : *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, 1968, Ed. de Minuit, Paris.

1. Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, 1963, P.U.F., Paris.

2. Il n'est, bien sûr, pas question de remettre en cause les bienfaits de l'anesthésie !

mais celle-ci, parce qu'elle apparaît à tel moment de l'histoire de tel sujet, prend une signification tout à fait singulière et ne peut, par conséquent, être traitée de façon standardisée. Elle requiert une écoute particulière capable d'inscrire la maladie dans un contexte psychologique et social. On prendra un exemple parmi d'autres. Il est facile de constater la relation — pas seulement symbolique — suggérée par les patients entre la maladie et le sentiment de culpabilité. Notre culture y est sûrement pour beaucoup qui a si longtemps associé aux plaisirs volés

leur prix correspondant en souffrances... Ainsi, la maladie n'est pas toujours perçue comme une injustice ; au contraire, elle peut signaler un revers de fortune — au sens littéral —, ou les stigmates d'une ancienne faute. Dans ce contexte, c'est la maladie qui, paradoxalement, délivre du Mal : non seulement elle a un sens, mais aussi elle est la bienvenue !

L'engouement des clients pour une médecine dite "douce" témoigne de cette perte de crédibilité de la médecine "officielle". Ainsi se multiplient les

spécialités plus ou moins occultes qui souvent accueillent -et exploitent- la part d'incertitude qui habite le client. Pour retrouver une audience, le médecin ne doit évidemment pas verser dans l'ésotérisme⁴, mais admettre que pour accéder au patient il faut nécessairement traverser sa maison.

Bernard DUPERREIN

4. Il est courant de trouver des dictionnaires homéopathiques, cautionnés par des préfaces de praticiens, qui associent médecine et astrologie !

Galien de Pergame disait déjà ...

*"Je parlerai tout d'abord de la façon dont les médecins doivent entrer chez les malades pour que leur visite leur soit agréable. Il y a des gens qui s'estiment importunés quand on vient les voir souvent, et d'autres qui au contraire prennent grand plaisir à des visites fréquentes. Certains médecins poussent l'aberration jusqu'à entrer chez les malades endormis en faisant sonner leur chaussures et en parlant à voix très haute ; parfois cela réveille les malades ; ceux-ci sont fâchés contre les médecins et disent qu'ils leur ont fait le plus grand mal. Tout cela, donc, le médecin doit y songer d'avance : il ne doit pas venir au mauvais moment, ni arriver en trombe, en faisant beaucoup de bruit, en parlant haut ; il doit soigner sa démarche, son air, et en un mot, tous les autres détails de ce genre"*¹.

Ainsi s'exprimait le célèbre médecin de l'empereur Marc Aurèle. Né à Pergame en 129, Galien connut une carrière remarquable. D'abord médecin des gladiateurs, puis des empereurs, il écrivit beaucoup d'ouvrages et cela jusqu'à sa mort (aux alentours de 200). L'édition de référence (Kühn) fait près de 20 000 pages !

Galien apporte donc une grande importance à la relation entre le médecin et le malade. Dans son premier livre des *Epidémies* il définit ainsi l'art de la

médecine en citant d'abord son maître Hippocrate : *"L'art comporte trois facteurs : la maladie, le malade et le médecin ; le malade doit lutter avec le médecin contre la maladie"*. Il continue ensuite : *"Comme il y a trois facteurs, le médecin, la maladie et le malade, si le malade laisse au seul médecin le soin de combattre la maladie ou si, passant du côté de la maladie, il s'oppose au médecin, il arrivera que le médecin soit vaincu par la maladie. Mais si, abandonnant le camp de la maladie, il se fait, contre elle, l'allié du médecin, les chances de victoire seront grandes, puisque deux hommes combattront ensemble la maladie, qui sera seule ; en revanche, la décision contraire ne laissera pas d'espoir, si le malade s'allie avec la maladie pour s'opposer au médecin. Celui-ci, resté seul, pourrait bien être vaincu par les deux autres"*².

Tout cela reste étonnement moderne : on peut véritablement parler de "Galien psychologue". Son œuvre est marquée par la volonté de ne pas se restreindre au traitement de la maladie seule, mais de considérer d'abord le malade dans son environnement. Il va même quelque fois jusqu'à pousser l'enquête assez loin, en interrogeant les domestiques de la maison pour mieux comprendre la maladie du maître. L'exemple de la "dame amoureuse du danseur" est exemplaire³. Appelé au

chevet d'une dame "qui ne pouvait dormir la nuit et se remuait dans son lit", il diagnostique "une dépression de nature mélancolique". Ayant par ailleurs interrogé sa servante, il en conclut que "la dame est sans doute rongée par quelque chagrin". Ses soupçons se précisent : "cette opinion fut confirmée durant ma visite : un homme arrivant du théâtre dit qu'il avait vu danser Pylade ; là-dessus l'expression du regard et la couleur du visage de la dame changèrent". Il vérifia cependant son hypothèse par, on peut le dire, une sorte d'expérience : "Le jour suivant, je dis à un de mes assistants d'arriver un peu après moi quand je viendrais chez la dame pour ma visite, et de m'annoncer que Morphos danserait ce jour-là. Quand il l'eut annoncé, je ne constatai aucun changement du pouls. Je fis la même chose le jour d'après ; quand le même renseignement fut donné au sujet du troisième danseur, le pouls resta également inchangé. Mais la quatrième nuit, je fis tout particulièrement attention lorsqu'on m'annonça que Pylade danserait, et constatai que le pouls de la dame se dérégla immédiatement. Je découvris ainsi que la dame était amoureuse de Pylade. Les jours suivants, j'y donnai toute mon attention, et ma conclusion se trouva confirmée".

Pour accéder au patient, il faut d'abord traverser la maison, Galien le savait bien ; et il passait aussi quelquefois par l'office...

Marc JARRY

1. Galien, in : P. Moraux (1985), *Galien de Pergame, Souvenirs d'un médecin*. Les Belles Lettres, p. 114.

2. Galien, in : P. Moraux, *op. cit.*, p. 116.

3. Galien, in : P. Moraux, *op. cit.*, p. 90.