

C.R.F n° 84-9026

Coordinateur : O. ROSOWSKY

C.S.S n° 8

S.F.M.G.

I N S E R M

1988

## TITRE :

ENQUETE D'OBSERVATION SUR LA REALITE DE L'INCLUSION  
DU MEDECIN GENERALISTE DANS L'EQUIPE DE SOINS AU  
CANCEREUX PAR 7 MEDECINS GENERALISTES, 1 PSYCHIATRE-  
PSYCHANALYSTE ET 3 SOCIOLOGUES.

**RAPPORT FINAL**

---

Trois groupes ont réalisé l'étude :

- 8 médecins généralistes : A. FLACHS (Caen) -  
J. FOEX (Divonne) - J.L. GALLAIS (Paris)  
Ph. JACOT (Versailles) - B. MINSKY-KRAVETZ  
(Lucé) - G. SALFATI (Autun) -  
O. ROSOWSKY (L'Hay les R) - A. VIEL  
(Bricquebec)

(Les Drs D. BEGUIN et J. de COULIBOEUF ont  
participé au travail des deux premières  
années)

- 3 sociologues : P. AIACH - J.M. ABRAMOWITCH  
D. BROCLAIN
- 1 médecin psychiatre-psychanalyste : D. POIVET
- Coordinateur : O. ROSOWSKY

Le n° 30 des "Documents de Recherches en Médecine Générale" incluait la publication des chapitres :

I - INTRODUCTION

II - APPROCHE SEMIOTIQUE

III - UNE ETUDE QUANTITATIVE DES MESSAGES

VI - CONCLUSIONS

d'un rapport préliminaire.

Le 30 novembre 1988, a été déposé à l'INSERM le RAPPORT FINAL dont on lira ci-après le résumé.

Dans ce n° 31, nous publions le chapitre IV : APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE DE CE RAPPORT.

Le chapitre V : APPROCHE SOCIOLOGIQUE ainsi que l'INTRODUCTION et la CONCLUSION, qui ont subi des modifications dans le rapport final, seront publiés dans les numéros à venir des "Documents de Recherches en Médecine Générale".

ENQUETE D'OBSERVATION SUR LA REALITE  
 DE L'INCLUSION DU MEDECIN GENERALISTE  
 DANS L'EQUIPE DE SOINS AU CANCEREUX  
 PAR 7 MEDECINS GENERALISTES, 1 PSYCHIATRE-PSYCHANALYSTE  
 et 3 SOCIOLOGUES

R E S U M E

Placés à trois niveaux distincts d'analyse, généralistes, psychiatre-psychanalyste et sociologues, ont abordé une même entreprise médicale : la prise en charge d'un humain atteint de cancer.

Partiels, ces résultats ont été considérés dans leur rapport, leur interaction, d'où résulte la constatation de décalages constants entre la réalité et sa représentation.

Du point de vue que les généralistes ont pu mettre en évidence, par l'usage d'une méthode d'analyse sémiotique du récit et d'études quantitatives des messages, leur action se fait sentir à toutes les phases des programmes diagnostiques, thérapeutiques et de suivis. Elle apparaît, tant du point de vue de l'enchaînement des actions que de celui de la communication des intervenants. Leur rôle tend à contrôler, renforcer, médiatiser, donc à réguler la continuité des soins.

L'étude révèle une grande diversité de distorsions possibles dans ces enchaînements. Cependant, le résultat final n'est pas toujours corrélié à l'existence ou à l'absence de ces distorsions. Celles-ci naissent lorsqu'il s'agit de rétablir la complémentarité médicale entre deux attitudes mentales spécifiques : celle qui fait découler l'activité thérapeutique du généraliste d'une méthode inductive partant à la découverte de toute information, de tout indice, quels qu'ils soient, là où la démarche du spécialiste est plutôt déductive, celle qui applique un savoir et enferme son action dans des règles aussi strictes que faire se peut.

Du fait de ce décalage, il n'y a pas d'équipe mais plutôt un réseau virtuel d'intervenants possibles qui se matérialise sous la forme d'un "groupe" ; ensemble de personnes ayant quelque chose en commun : un cancer. Le groupe se transforme tout au long de la prise en charge du patient. Lorsque celui-ci a un généraliste, un espace, un "jeu" se créent où lui-même et son entourage peuvent réapparaître en tant que personnes dans la circulation des informations, mais aussi dans les choix et l'enchaînement harmonieux des actions. La démarche de l'anthropologue psychanalyste confirme comment et pourquoi le médecin généraliste se trouve engagé à l'hôpital dans le maintien de l'identité d'une pratique, la médecine, qui porte le paradoxe d'être une technique qui n'existe plus si elle se limite à elle-même, alors qu'elle reste un axe fondamental de nos cultures.

Le travail des sociologues souligne à nouveau un décalage, celui qui se concrétise entre la réalité et le discours ambigu de certains généralistes sur la technicité de leur rôle médical que la recherche où ils s'engageaient avec hésitation, a pourtant permis de mettre en évidence.

Pratiquement, nous pouvons dire que la reconnaissance du rôle légitime de chacun dans sa valeur thérapeutique et l'institutionnalisation de la fonction phatique par des rencontres entre médecins et l'usage "naïf", rituel du téléphone, seraient sans doute d'une grande efficacité pour améliorer les soins par le groupe.

## L'EQUIPE DE SOINS AU CANCEREUX

## UN ESPACE CONVERSATIONNEL.

D. POIVET

LE CHOIX DE LA METHODELes éléments du choix.

Une équipe s'organise autour d'un projet commun. Un système de coopération entre différents membres suppose que cette organisation soit centrée sur un but, commun par exemple, illusoire ou matériel. En ce qui concerne cette recherche, elle-même ne saurait échapper à cette règle de concordance entre les membres impliqués et actifs au travers d'elle. Seulement la coopération dans les tâches ne signifie nullement la confusion de celles-ci. Voire même l'économie du système peut laisser supposer que le recouvrement des tâches de chacun par celles d'autrui sera réduite dans le minimum compatible avec la cohésion de l'ensemble.

La constitution du système de soin auprès des malades cancéreux pose un problème initial qui est celui d'une déontologie. En effet, selon le titre de la recherche, celle-ci viserait à constituer un ordre anthropologique de la maladie, et il serait à craindre que le concept central de la recherche, le cancer, dispose d'une masse telle qu'il absorbe, ou satellise, tous les autres concepts de sa proximité. Faute d'en disperser le poids sur ses points d'application - les malades - on constituerait une somme d'observations à partir de sa dioptrique qui justifiera, sans interrogation, le pragmatisme de

./.

ses spécialistes et laissera floues les spécificités qui seraient à même de nous intéresser par rapport à la médecine générale. En gros, à partir de l'objectif du secteur de recherche qui me fut imparti, je me suis donné pour rôle d'augmenter la profondeur du champ en posant initialement pour réelle la relation durable et sensible des personnes, les effets de celles-ci comme matériels. Avec bien sûr la conséquence de cette mise au point sur les autres objets. Ce qui est net si la mise au point se fait sur le cancer, devient flou si la mise au point se fait sur la relation. Pour mémoire, et pour mieux situer la problématique difficile de la médecine, la rudesse de ses comportements, ainsi que la rigueur exigée par ses raisonnements on ne peut manquer d'évoquer un article de la presse médicale, le mercredi 10 juin 1908. Il s'agit d'un texte sous forme de lettre, de DIEULAFOY :

" Escarres multiples et récidivantes depuis deux ans et  
 " demi aux deux bras et au pied - amputation du bras  
 " gauche. Discussion sur la nature de ces escarres -  
 " pathomimie. "

Il ne sera pas question d'entamer le procès de cette nosographie, mais plutôt de suivre le cheminement de la pensée médicale et surtout de constater la montée dramatique du rapport entre le malade et l'ordre du soin pour lequel les sens s'accroissent. Pour aller plus loin, on peut dire que la médecine admet une syntaxe, une grammaire, des règles de bonne formation des opérations qui règlent ses décisions, organisent ses comportements et gèrent les relations entre ses membres. Mais la caractéristique de l'objet de la médecine est au contraire la dérogation, elle constitue une science des excès et se donne comme objectif de bien former une langue du dénaturé.

" Messieurs,

" Il y a deux mois environ, un garçon d'une trentaine  
 " d'années venait à l'Hôtel Dieu nous demander conseil  
 " pour une affection gangréneuse, qui durait depuis deux  
 " ans et demi avec une ténacité désespérante ... "

./.

Tout avait débuté lorsqu'à la suite d'une crise de nerfs il se blessa au poignet gauche. Malgré le pansement, la plaie ne montra aucune tendance à la cicatrisation et prit un aspect gangréneux. Malgré les soins, cette plaie s'étendit et d'autres plaques apparurent. DIEULAFOY décrit le processus morbide avec toutes les précisions anatomo-pathologiques dont on disposait à l'époque et indique qu'une quinzaine de médecins avaient été consultés. En mai 1906 le malade consulte un chirurgien qui voit dans ces escarres la conséquence d'une névrite et propose l'élongation du plexus brachial. L'intervention réalisée, non seulement les troubles ne cèdent pas mais s'accompagnent maintenant de douleurs importantes. Devant la persistance des troubles le chirurgien propose une amputation du bras malade, elle s'effectue en août. Les suites sont simples et le malade reprend son travail jusqu'en février 1907 où la reprise du processus au bras droit entraîne de nouvelles consultations et de nouveaux traitements. Electrothérapie, sérum de cheval, injection sous cutanée. Jusqu'au chirurgien à nouveau consulté et qui propose le même traitement qu'antérieurement. C'est en face de ce projet fâcheux que le malade va consulter à l'Hôtel Dieu. Reprenant toute l'histoire, l'auteur cerne des diagnostics différentiels, d'hypothèses physiopathologiques. Il est même question :

" que le sujet qu'on est convenu d'appeler hystérique,  
 " trouve son profit à fabriquer de toute pièce pareilles  
 " lésions ou même qu'il n'y trouve aucun profit tangible,  
 " peu importe, il est dominé par cet état mental parti-  
 " culier qui, en somme, est anormal et qui le rend  
 capable de tous les mensonges et de toutes les simu-  
 lations. "

Finalement, l'auteur en arrive à éliminer l'hypothèse hystérique sans qu'il soit le moins question des états d'âme du malade ou du médecin. Seule est en cause une démarche anatomique et clinique fondée sur la matérialité de l'objet donc sur une transmissibilité précise de son contenu.

" Alors, cet homme n'étant ni diabétique, ni tabétique,  
 " et ses escarres ne pouvant être dues ni à des névrites,  
 " ni à l'hystérie, ni à la syphilis, ni à la tuberculose,  
 " à quelle cause fallait-il les attribuer ?  
 " Nous n'avons pas hésité à poser le diagnostic suivant :  
 " cet homme est un simulateur et il fait lui-même ses  
 " escarres au moyen de la potasse caustique.  
 " Comment, dira-t-on, un simulateur ? Ce malade qui,  
 " pour guérir, consent à se laisser amputer le bras !  
 " Voilà un paradoxe bien difficile à soutenir.  
 " Paradoxe ou non paradoxe, peu importe. Je dis cet  
 " homme est un simulateur. C'est par la clinique, c'est  
 " par une bonne séméiologie que nous sommes arrivés à  
 " cette conclusion. "

On pourrait traduire, peu importe le sens, seul compte la  
 logique des faits, du dire sur ce qui a lieu, et c'est  
 par cette logique des faits et d'eux seuls que peut se  
 transmettre le savoir et la transmission de celui-ci.

" Restait la question des aveux ... J'instituai la mise  
 " en scène suivante : le directeur de la compagnie d'as-  
 " surance (qui l'employait) savait quelle était notre  
 " conviction quant à la simulation ; il fut convenu avec  
 " lui que sous prétexte d'affaires de service il convo-  
 " querait notre homme (avec nous) dans son cabinet. On  
 " ferait comparaître le soi-disant malade et le directeur  
 " lui adresserait paternellement la parole en lui demandant  
 " d'avouer sa supercherie. Ce plan fut mis à exécution  
 " et voici quel en fut le résultat ... "

Toute cette histoire pourrait sembler très hétérogène à  
 notre propos, pourtant il n'en est pas moins pertinent  
 quant à notre projet. Il y est question d'un cas clinique,  
 d'une discussion nosographique, organisée autour d'un  
 récit, une intrigue quasi policière d'un itinéraire médical,  
 il y est question de la déduction, de l'acte, de la  
 conviction, du secret. Il a même la caractéristique d'une  
 unité de temps, de lieu et de personne ; c'est une  
 tragédie : il y a le spectateur et la scène, chacun à

sa place. Cette recherche est exemplaire, elle désigne autant par son possible échec que par la réussite de sa démonstration, la spécificité de son champ et cerne par son erreur ou par la reconnaissance du flou de ses frontières les propriétés de son objet. A moins d'un artifice de présentation ou de circonstance, l'expérience clinique d'un médecin généraliste ne se prête pas à la clore par un récit. Son champ est la durée, ses limites sont floues et les occasions de son regard aléatoires, son éthique de base n'est pas initialement la vérité mais fondamentalement le doute, le soupçon. La médecine ayant un pouvoir trop lourd pour sacrifier à la croyance, ce qui est bien illustré dans la dénonciation de DIEULAFOY, force lui est de douter, y compris de ses confrères, ce qui est finalement la condition du non recouvrement des compétences.

#### La constitution du corpus.

Ainsi, ayant participé - partiellement cependant - aux réunions de synthèse de notre équipe de recherche, la tentation fut parfois grande de chercher à mettre en forme ce qui s'élaborait au sein du groupe en tant que tel, et face à un sujet affectivement difficile. S'agissant de la circonstance vive de cette recherche, ses effets ne seront sans doute contournables que dans la forme d'un exposé qui n'en tiendra manifestement pas compte. Il faut chercher la raison de ce désengagement dans le fait que l'objectif de la recherche n'était pas le groupe de chercheurs lui-même, qu'il n'était pas constitué par la forme, la technique employée, mais par un contenu déjà difficilement cernable. Ainsi, les réunions de synthèse, quelles que soient leurs richesses, par leurs divergences comme par leurs accommodements, furent-elles - pour la partie du travail qui m'était confié - plus sollicitantes par les interrogations qu'elles apportaient que par des réponses qui n'appartenaient pas au domaine que j'avais à traiter. Elles furent, cependant, le point d'appel de mes associations, sur un matériel recueilli par ailleurs dans ma pratique. ./.

Je ne peux cependant nier une discrétion que j'estime, peut-être à tort, nécessaire vis à vis de mes collègues du groupe de travail. L'évocation des situations cliniques qui furent les leurs, mêmes déguisées, ne pourrait que les impliquer, et le récit que j'en ferais interviendrait à un niveau qui n'entre pas dans la convention qui nous lie tous au départ de ce travail. L'émergence de l'émotion en face de situations qui furent, pour les uns et pour les autres, douloureuses m'a montré que la profession est, quoi qu'on puisse en penser mal défendue sur le plan d'une angoisse de mort qui, elle, n'est jamais professionnelle. De ce fait, l'abord sociologique ou économique me paraît incomplet, réducteur, et ne me semble pas rendre justice aux émotions qui sont en jeu. J'ai donc pris le parti de recueillir des données en dehors du groupe de recherche, de celui-ci émanant les sollicitations inconscientes ou rationnelles qui justifient le choix des observations. De plus, il apparaîtrait arbitraire de se donner comme champ d'investigation statistique un objet dont on ne cernerait pas totalement tous les enjeux. La mesure ne s'entend qu'à partir du moment où le choix des faits d'observation s'avère pertinent par rapport à l'objet de la recherche. Ainsi, les quatre réunions " ad hoc " du groupe de recherche ont déterminé le choix des approfondissements recueillis dans d'autres cadres. J'ai exploité d'une part les protocoles d'une centaine de séances groupe BALINT, bien que ceux-ci n'aient pas fait l'objet d'une analyse systématique et, d'autre part, les contenus recueillis dans le cadre d'une pratique psychanalytique et psychothérapique. Le matériel clinique individuel ou de groupe s'est par ailleurs trouvé conforté par dix entretiens auprès de praticiens et portent, de façon énoncée, sur le thème de la recherche. Ces entretiens se sont déroulés durant une période de six mois après le début de la recherche et se sont adressés à des praticiens de la santé de diverses origines mais dont l'exercice principal était provincial voire, pour quatre

d'entre eux, rural. Ces praticiens comportaient des médecins libéraux (qui n'étaient pas par ailleurs engagés dans la recherche présente) deux infirmières, un kinésithérapeute, un pharmacien d'officine, deux orthophonistes (spécialisées dans les rééducations d'aphasiques). En eux-mêmes, ces entretiens m'ont permis de retenir certaines idée-forces de la problématique de la recherche en dehors des présupposés que celle-ci, immanquablement, devait susciter dans notre groupe. Il s'est avéré notamment que les échanges épistolaires - ou tout autre mode d'échange entre les intervenants - n'étaient pas vraiment mis au premier plan. Seul le fait de se sentir un moment isolé face à un problème grave est apparu dans les réflexions des uns et des autres. Quant à la nature de l'intervention d'autrui auprès du malade, il m'est apparu assez remarquable de constater une assez grande indifférence par rapport à son contenu. Comme si l'éclat de la maladie cancéreuse, dans sa relation médecin-malade, aveuglait la problématique de soignant à soignant. Non pas que les différentes notations qui ont pu être faites dans le groupe de recherche ne soient pas présentes dans ces entretiens, simplement elles ne se désignent pas. Tout se passe comme si les médecins-chercheurs disposaient d'une acuité supplémentaire.

Finalement, j'ai pu retenir soixante seize observations impliquées directement dans la problématique qui était la nôtre. Bien sûr, elles sont d'importance variable et le problème du cancer peut n'en constituer qu'une incidence, néanmoins chacune d'elles, qu'elle soit recueillie directement d'un malade, d'un parent en psychothérapie, d'un soignant individuellement ou en groupe BALINT, illustre, confirme ou révèle les points qui seront ultérieurement développés.

1°) Les récits individuels sont de deux ordres. Certains relèvent de l'évocation directe par le malade lui-même des événements qui se sont déroulés lors de la découverte d'une néoplasie (3 cas). Par ailleurs, l'indication

d'un soutien psychothérapique dans les états dépressifs amène à un travail psychologique personnel des patients qui ont, dans leurs antécédents une affection cancéreuse (31 cas). D'autres appartiennent à l'évocation par des proches de ce qu'ils vivent, de ce qu'ils ont vécu, parfois même de ce qu'ils vivront (10 cas).

2°) Les récits relevant de situations dans lesquelles un médecin est engagé matériellement, intimement par rapport au cancer (6 cas).

3°) Les récits recueillis au décours d'un groupe BALINT (26 cas).

Les petits récits qui viendront illustrer les mécanismes mis à jour sont tirés de ces observations. Ils ne se constituent pas comme des prototypes car chaque situation est, en fait, spécifique. Je les ai retenus pour leurs propriétés prismatiques, pour leur vertu de décomposition d'une série de mécanismes, d'affects, de dialogue intérieur qui, autrement, resteraient cachés. La difficulté de présentation qu'il a fallu affronter repose bien moins sur le contenu que sur une forme narrative qui ne devait pas dissimuler ce que l'engagement personnel - le mien - ne manquait pas d'introduire. Ainsi, les récits dont il sera question, s'ils procèdent pour certains d'une reconstitution après coup tiennent compte également d'un mouvement affectif qui ne pourrait se réduire à la seule observation médicale. Ainsi, cette recherche se trouve dans le droit fil de la technique BALINT et l'exposé, écrit cette fois, vient prolonger l'expérience clinique.

#### La maladie à la limite de l'homme et de sa société.

Lorsqu'il sentit sa femme s'approcher, derrière lui, le prendre aux épaules, en se maintenant loin d'un regard possible, il sentait confusément qu'elle ne savait que dire mais exprimait son angoisse.

Il se savait atteint d'un cancer depuis quelques jours, mais il n'éprouvait pas le désir d'en reparler. Non pas pour différer une discussion, mais plutôt pour faire

en sorte qu'elle n'ait jamais lieu. Il ne voulait pas manifester de colère et pourtant il voulait, par sa contenance, clore un débat qu'il estimait n'avoir pas lieu d'être. Pourtant il la sentait têtue dans son intention, mais toutefois précautionneuse, comme pour ne pas faire mal. Que voulait-elle entendre ? Que voulait-elle lui dire ? Qu'ils étaient deux à affronter la nouvelle ? Deux peut-être, mais lui seul devrait y laisser matériellement de lui-même, du fait d'une chirurgie fâcheuse. En pensant à ses enfants il se sentit vaguement injuste à l'égard de sa femme. Une idée - qu'il refoula immédiatement - de peur qu'un instant de faiblesse l'engage dans la voie de la fragilité. Au moins qu'il puisse faire un capital de son courage. Il aurait voulu que sa femme reste en dehors d'un dialogue, comme il voulait que la maladie le soit, en dehors de sa vie, de sa continuité. A peine voulait-il tenir son médecin généraliste impliqué dans son histoire, il le connaissait trop. Si par quelque miracle il avait pu enclaver son traitement dans un espace de souffrance, même intense, mais circonscrit, il aurait opté pour cette solution. Celle qui consiste à maintenir en dehors tous ceux qui - durablement - auraient à voir avec lui. Il aurait pu réagir par une sorte d'exhaltation, se montrer un courageux malade, celui auquel un empereur mythique vient tirer l'oreille, affectueux et admiratif. Là encore, cette sorte de sentiment héroïque ne lui convenait pas trop, il craignait de se laisser - par ce biais - envahir par l'émotion.

Maintenant, elle le serrait dans ses bras. Toujours de dos. Sans rien dire. Il pensait avec amertume qu'elle réagissait toujours en lui demandant plus de mots. Il la soupçonnait de sous-titrer son silence tant il la supposait incapable d'admettre qu'il put y avoir des instants en mal de parole. Là, spécialement, il n'avait pas grand-chose à dire, il était encore sous le registre de l'attente. Comme ces jours précédents faits d'une attente, d'une angoisse neutre, il aurait pu dire aujourd'hui sans

angoisse, mais il se disait qu'il devait quand-même être angoissé, il avait le devoir d'être angoissé. Pourtant, il se sentait pris dans une inertie affective grandissante, il parlait d'une voix blanche, pensait blanc et vivait blanc. Dépourvu du moindre sentiment d'avoir à commettre des actes, il n'était plus capable d'exercer sa volonté autrement que par l'application stricte de son règlement intérieur. Pourtant, à se faire câliner, il se disait que - froissées dans un coin de la conscience - des bribes de vie affective se réfugiaient quelque part. Il les utilisait juste pour se pencher furtivement sur lui-même et garder par instant l'étonnement devant ses réactions. Il aurait voulu exprimer son exaspération, celle dont il avait fait provision des années conjugales durant. Par moment, il les soupçonnait d'être pour quelque chose dans la révolte de ces cellules.

Il était - malgré ce qui était sans cesse repéré comme un mauvais caractère - d'un gouvernement faible. L'érosion de sa femme par rapport à ce qui lui tenait à coeur se manifestait aujourd'hui comme durant toute leur vie jusqu'alors. Une sorte d'entêtement intelligent qui lui permettait d'aboutir à ses fins, toujours garanti d'être irréprochable. Là encore, elle le privait d'une occasion de l'envoyer un instant seulement au diable. Elle était insinuée en lui et semblait n'accepter l'intervention que parce qu'elle avait la certitude que la petite prolifération anarchique échappait à sa présence et que l'élimination radicale de ces cellules viendrait comme une preuve de l'autorité totale qu'elle avait sur son mari.

D'ailleurs il le savait bien, elle s'était substituée à lui, pour son bien, dans l'information. Elle avait écouté le médecin généraliste bien avant que celui-ci n'objective les soupçons que, très tôt, il savait fondés. Il en voulait d'ailleurs encore un peu à ce praticien de ne pas s'être engagé seulement pour lui. Parce qu'ils se connaissaient bien tous, il le voyait et l'entendait ce gros malin, qui posait ses jalons pour le coup de téléphone clandestin

qui viendrait poursuivre, hors de sa présence, les informations à son sujet. Et il savait que, derrière son dos, entre le labo, la radio, le chirurgien, les uns les autres allaient se confirmer une solution qui était déjà prise. Il attendait tous ceux-là le premier qui lui donnerait l'illusion d'un choix. Il se posait la question de la stratégie ultérieure de son médecin généraliste qui le mettrait devant le choix d'une opération - somme toute pas trop pénible - et le sous-entendu d'une mort précoce dans d'abominables souffrances. Quant au chirurgien, il le voyait plus à s'engager dans des nuances qui considèrent comme acquis le fait qu'il va laisser une part de lui-même. Comme il ferait remarquer qu'il ne s'agissait que de nuances, l'homme de l'art s'indignerait bien fort en marquant son empressement pour l'une ou l'autre des esthétiques potentielles de l'intervention en cause, en la considérant - avec le plus grand sérieux - comme fondamentale. Et puis, il ira interroger sur ces nuances son généraliste ; il pourra vérifier avec intérêt soit son ignorance, soit sa complicité. Depuis le temps qu'ils se connaissent, il ne peut y avoir de mensonge entre eux que consenti. Il espérait pouvoir maintenir encore un temps son esprit disponible à des facéties de ce genre pour qu'au moins il puisse se régaler d'une petite prime de ridicule sur ceux qui allaient le mutiler. En fait, on pourrait dire que l'identification du malade au médecin le rend soupçonneux par sa nature et soumis à celle-ci par nécessité. On voit se dessiner, au travers du regard sur le pathologique, une propriété essentielle de l'esprit humain : la liaison de la méconnaissance et de la violence, dans une sympathie conceptuelle. Une méconnaissance obligée, organisatrice, qui renvoie toujours sur autrui la compétence qui manque et que l'on devine accessible. L'illusion d'une science qui ne disposerait pas d'un interlocuteur confinerait au délire. Ainsi, la médecine dans ce qu'elle porte son intérêt sur l'inapproprié de l'être, constitue un rempart pour l'humanité. L'existence de l'homme malade comme inhérent à ce qui

constitue l'être humain, non pas sa limite non comprise, est notre garantie face à une réduction nazie à la normalité. Potentiellement malade, du cancer en l'occurrence, la médecine est un soupçon permanent vis à vis de tout ce qui constitue un trait méconnu propre à l'individu. Le symptôme type est celui qui se constitue à l'insu de celui qui l'énonce, c'est le point sensible qui se trouve à la limite de sa manifestation, à la limite réduite à son énonciation. A ce moment, survient le doute quant à l'identité du sujet devenant potentiellement malade et dont il revient au médecin de l'authentifier. Rien donc qui ne puisse esquiver que la demande de doute, de soupçon, constitue le moteur de la consultation médicale, peut-être même de tous les rapports humains et que le désir du médecin est d'être le porte-parole du désir du doute du patient par rapport à lui-même, en sachant que porte-parole du désir et désir ne sont pas superposables mais s'inscrivent dialectiquement, indissociablement. Ainsi, la réponse médicale, si elle parvient à se condenser, ne sera que formelle, fondamentalement elle sera l'écho d'un double. Seule la magie - dans la mesure où la forme et le contenu se confondent - aura la conviction de son énonciation. Le système généré autour du soupçon du cancer va couvrir ce champ d'options entre la certitude magique et la probabilité médicale. Le patient, celui dont le récit s'est constitué comme une iconographie, cherche à se maintenir en deça du sens, une manière pour lui de réserver la pensée magique et se restituer dans l'ordre moyen. Ainsi la perspicacité défensive qu'il déploie par rapport à ses interlocuteurs le conduit à traquer toute dérive fétichiste de la parole. Le système de soin qui va se constituer autour de lui devrait en porter la trace. Les informations, à l'intérieur du groupe artisan, vont circuler selon l'intelligence de l'analyse des données primitivement inscrite dans le registre du doute, et l'effort va tendre vers la réduction des degrés de liberté. La question qui se pose est donc de savoir si dans la concaténation des données, les incertitudes vont

être considérées comme aussi additives que les certitudes de telle sorte que la forme soit toujours concordante au contenu. Ainsi le soupçon n'est pas autre chose que la perception d'une inadéquation de la forme et du contenu tel qu'il existe un supplément de sens du côté de la forme, supplément de sens qui ne trouve pas de matérialité sur laquelle s'appuyer. Le rapport du médecin généraliste à son patient étant essentiellement celui de la confiance, le mal-être est dans un soupçon qui change de camp. Le généraliste manquant d'information matérielle sera une forme qui dépasse le contenu, donc la source d'un soupçon de la part du malade. L'angoisse du médecin étant alors la mesure de l'angoisse du malade avec l'illégitimité de celle-ci comme prime. Colère.

A plusieurs sur un seul destin.

La possibilité de s'identifier à soi-même cède, au titre de la différence irréductible, de s'être entendu dénoncé comme porteur d'un cancer. On entre dès lors dans un rapport de violence qui se terminera obligatoirement par un passage à l'acte réidentificateur. Quelque soit le mode introspectif en jeu, le malade cancéreux sera dans l'impossibilité de " comprendre " son cancer, tout au plus pourra-t-il comprendre la relation qui se jouera entre lui et ses traitements, médecins compris. La fausse conscience suscitée chez le malade, la reconnaissance fautive de la conscience, mobile éventuel des médecins intervenants, apparaissent comme autant d'obstacles à la mimésis des uns aux autres et, de ce fait, autant d'obstacles à la praxis mimétique à mettre en jeu. Violence puis honte, dans la mesure où la surévaluation des apparences conduira l'un ou l'autre au forfait, dans les deux sens du terme.

Ainsi, le nouveau cancéreux suivait-il son cheminement intérieur en s'interrogeant, mais sans passion, sur la différence entre maintenant et avant. Non pas que sa mémoire soit, en quelque manière, à mettre en cause. Il ne s'était pas trop préoccupé jusqu'alors des instants

passés. Il faisait radicalement la différence entre ce qu'il considérait comme des archives et les opérations vives de la pensée. Aucune confusion, mais autant qu'il pouvait en juger sur lui-même, force lui était de constater que ce cancer, bien torpide, devait être là bien avant qu'on lui ait donné nominalement une existence. Sans doute était-il dans la situation d'avoir à sélectionner dans sa vie antérieure les événements qui prendraient du poids pour sa vie future. Mais trop d'éléments nouveaux, aléatoires se développaient à son insu pour que ce ne soit pas une illusion que de vouloir gérer un quelconque projet. Pas trop sûr de la sincérité de son passé et trop incertain de son avenir, la vie lui échappait bien plus sérieusement que la vague menace de mort qui planait sur lui. Au contraire il se plaisait par instant à se dire que cette menace était au moins un point tangible, un horizon possible pour vivre. Il le pensait avec précaution. Sans trop chercher à approfondir la part réthorique qu'il y aurait à développer sur lui-même un tel sujet. Des pensées fragiles comme les souvenirs d'un rêve et dont on pouvait se dire qu'elles n'ont pas, pour de vrai, existées. Dont on pouvait se dire que tout cela n'a pas vraiment de matérialité, comme une opération fondamentale et commode en vue d'un renoncement à tout, y compris d'une vie intellectuelle organisée. Il se gardait bien de mettre la moindre dimension romantique dans ce renoncement, il devait surtout renoncer à cela. Il devait travailler son renoncement dans le même sens que d'autre travaillerait à le rendre combatif, il se voulait dans un désespoir pâle et passif. Peut-on rendre les investissements à un vieillard ? Est-ce par toute cette série d'incitations publicitaires de grand-mère lavandières, yaourtières ou autres ? Pensait-on vraiment qu'on pouvait par le visage des cancérologues sur des affiches lui créer une motivation ? Un espoir ? En fait il savait bien qu'il ne s'agissait pas de lui, il était devenu un produit, il avait cessé d'être un consommateur. Il ne leur en voulait pas de montrer leur visage, de faire leur publicité en face de ce

./.

problème, mais justement il ne se sentait plus supporter d'aucune cause, surtout pas de la leur. Sûrement, lui disaient-ils autrefois, vous pouvez vous aussi être atteint par le cancer, payez-mus des recherches. Payez-nous nos affiches et nous dirons ce qu'il faut faire pour vous soigner et ce qu'il faut être pour mourir. Leur cancer n'est pas le mien, se disait-il, vaguement troublé de ne pas remplir à ce niveau un devoir qui - antérieurement - lui serait apparu comme civique. D'ailleurs, n'était-il pas victime, en dernier ressort, de toute une série d'excès, de péchés ? N'était-il coupable que de lui-même ? Il avait eu, pendant un temps, la tentation servile. Etre, par rapport à son médecin, dans une soumission obséquieuse : lui dire oui, qu'il avait raison, qu'il eut raison, qu'il aura toujours raison. De dire aux spécialistes qu'ils étaient dans le vrai, au chirurgien d'amputer tout ce qui gêne. On ne peut vraiment accepter une souffrance que quand on est coupable, quand on l'a méritée. Avec un peu d'entraînement, il ne doutait pas d'y parvenir, même d'y acquérir une aisance. Il se proposait, dès que cette absence à lui-même serait dépassée par l'habitude de sa nouvelle condition, de cultiver ce registre, d'adhérer à une association, peut-être de participer à des quêtes publiques. Une manière de rebondir sur lui-même, de dépasser le simple jet de ses douleurs pour en percevoir, réfléchis, les effets. Même s'il n'y avait aucune cause à ce cancer qui lui soit perceptible, au moins pouvait-il l'inférer, pouvait-il se proposer quelque remord, distiller quelque honte. En face de lui, il percevait que la situation n'était pas trop différente, son médecin généraliste n'était pas médecin traitant. D'ailleurs, avait-il - depuis qu'ils se connaissaient - soigné quoi que ce soit ? S'était-il affronté à une affection qui dépasse le niveau de ce que lui-même aurait pu affronter ? Pour une fois, une chose sérieuse et il se défaussait sur un autre jusqu'alors anonyme. Comme il devait se sentir honteux de n'avoir que le soupçon comme raison d'être ! Et encore, avait-il soupçonné à temps ? Il savait s'insinuer en lui une certaine mauvaise

foi, comme si le destin qu'il avait pour lui-même mis hors de portée, ne pouvait intéresser nulle personne, dans le registre d'une fatalité, d'une impuissance. Et il se prit à mépriser. Son médecin, son chirurgien, ses biologistes. Chacun de ceux qui auraient à assumer des opérations partielles en vue de le guérir.

Confusément les médecins perçoivent leur art comme additif, les opérations des uns et des autres se complétant, il ne reste qu'à harmoniser les interventions de chacun comme pour un ballet, pour que l'oeuvre soit esthétique, complète et cohérente. Pourtant, tout en s'y défendant, le médecin généraliste peste contre cette cohérence qui n'est en fait jamais atteinte et dont il se dit le seul à souffrir avec son patient tant il est vrai qu'il est difficile d'assumer de faire le sacrifice de son sacrifice personnel. De ce fait, le cancérologue est perçu dans une position plus confortable du fait que l'objectif qu'il se donne coïncide avec les actions qu'il met en oeuvre. Ainsi, par rapport à l'art médical, le spécialiste exécute, le généraliste interprète. Cette identification à l'autre, dans le système, peu importe pour l'instant ce que la psychanalyse pourrait en dire, faute d'avoir le point de l'expérience qui permette d'appuyer un raisonnement. Certes l'évocation d'un souvenir clinique peut recouvrir le champ de la problématique en cause, voire même élucider quelques caractéristiques essentielles. Mais ce que j'avançais pour évoquer la problématique tripartite du sujet, de l'autre et de l'objet, de sa distributivité selon ce que l'on considère comme objet, vaut également pour la situation psychanalytique, l'identité de l'apparence n'étant pas déterminée, l'imitation à l'épreuve sera sans aboutissement et, en tous les cas, n'autorisera aucune cohérence, on peut dire aucun soulagement dans un jugement synthétique : ni le malade dans ses identités partielles avec le médecin, ni le médecin dans son désir initial vers la spécialité d'application, ni le spécialiste qui, pour traiter la maladie, doit manquer le malade. Bien sûr, la tentation de chacun serait d'abandonner l'identité

partielle de ses comportements de ses modes de pensées pour investir l'autre d'un désespoir qu'il ne peut contenir, comme d'un espoir qu'il ne peut assumer seul. Pourrions-nous en tant qu'observateurs nous satisfaire de la seule connaissance de la supercherie ? Nous ne sommes pas dupes des solutions que nous pourrions trouver dans l'autre, même si, économiquement, l'illusion d'un pouvoir en plus peut être un instant sécurisante. Nous sommes pris dans le paradoxe de la naïveté et de la mauvaise foi. La bonne foi, quant à elle, se manifeste toujours comme une référence obligée, que ce soit dans l'évocation de Dieu pour l'invoquer, pour le nier, contester son pouvoir, s'interdire d'y penser, jouer sur les jurons et les gros mots, que ce soit par rapport à la religion dont on dit qu'elle manque, qu'on peut s'en passer ou qu'on en aurait besoin.

Cette référence se construit toujours selon la même mélodie : moi tout seul, gérant au mieux mon existence, je suis confronté à toutes sortes de contraintes, celles que je pouvais imaginer, celles qui me surprennent, au manque de chance, comme à l'accident, tout ce qui se dilate dans mon esprit, à la petite joie, au grand bonheur, au moment d'extase qui, eux, ne s'étendent pas et débordent peu, ils restent focalisés. En face de moi tout un monde parcellaire, parfois invertébré, incohérent, tellement autre que moi, tellement essentiellement autre que je préfère lui donner l'unité d'un interlocuteur, l'attendre au moins dans un dialogue, percevoir ses manifestations, qui ne sont pas autre chose que ce qui me fait au monde, comme des répliques, mais surtout pas rester seul à crier devant l'imprévisible, l'inattendu, surtout pas seul à côté de rien. D'autant plus pour le cancer, peut-on lui donner pour de vrai une origine ? La commodité est celle d'une culpabilité d'abus, d'excès de tous ordres. Une anormalité qui ne tient pas trop longtemps mais qui est finalement plus rassurante qu'un manque de chance absolu. C'est pour le médecin un nom qui tombe sur son malade épithélioma, carcinome, sarcome, avant d'être une conduite c'est un destin.

Rapport hypocondriaque du médecin à sa discipline.

Le médecin, que ce soit individuellement ou en situation de groupe, fait souvent allusion à sa représentation qui se donne sur le plan médiatique, qui l'exaspère ou le déroute. Bouc-émissaire sur le plan des déficits de protection sociale, la pratique libérale lui paraît beaucoup moins bien armée que la pratique institutionnelle. Et dans le cadre qui fait l'objet de cette recherche, l'environnement médical harmonisé autour d'une maladie grave nécessitant des échanges entre les personnes qui apparaît comme générateur d'un effort instituant de sa part, alors qu'en face de lui il constate une situation naturellement instituée. En plus, cette équipe lui apparaît - dans le temps localisé d'une intervention technique auprès d'une pathologie spécifique - pouvoir parfaitement se passer de lui. Il lui suffit de se reporter à la correspondance, pour constater un contenu de courtoisie confraternelle, plus qu'une information de coopération mutuelle. Demandeur, il ne dispose à ce sujet d'aucun pouvoir. Parfois amené à exiger une information qui ne soit pas de pure forme, il lui est renvoyé tantôt l'image d'un petit paranoïaque qui ne supporte par qu'on le néglige, tantôt l'information circule bien dénivelée par un paternalisme cauteleux. La courte vignette qui va suivre vise à illustrer au plan psychique cette pénombre entre le savoir et le pouvoir, entre l'action et le jugement. C'est l'histoire que me raconte un chirurgien.

Voyez-vous me dit-il, à peu près, je ne savais pas trop comment aborder le problème, il s'agissait de dire que le cancer de son père était peu évolutif, que la solidité de sa constitution lui permettrait de supporter la maladie, que l'intervention en elle-même ne laisserait pas de délabrement visible ou d'infirmité incontournable.

L'épreuve c'est d'énoncer tout cela avec une concision suffisante devant celui qui fut pendant un temps votre patron. Il avait mûri ses paroles sur quelques séances

./.

sans se les répéter, mais en cherchant des stratégies d'intention qui lui permettraient de trouver l'aisance de son intonation dans des mots spontanément simples. Allait-il commencer par " le cancer de votre père " sur le ton de la conversation en faisant passer le mot dans une évidence sans détour donc sans drame. Mais il craignait quand même de laisser cette simplicité dériver vers ses incertitudes, il sentait qu'il ne pourrait pas négocier ses informations précises sans l'élan d'une longue énonciation. D'ailleurs, il n'était pas sûr d'avoir le talent pour résister aux questions qui inmanquablement viendrait sonder une vision trop épurée de la situation clinique. Autrement, il pouvait utiliser le diagnostic anatomo-pathologique, le compte rendu lui donnerait déjà une matière à dissenter pas trop bêtement, et pour peu qu'il relise quelques thèses récentes sur ce sujet ... mais il craignait que le subterfuge fut rapidement éventé, d'autant plus qu'il n'était pas sûr de tenir les quinze minutes d'oral auprès de son patron. Au moins pourrait-il prendre un peu la mesure de la situation et se donner le temps de dire les choses essentielles dans une densité admissible d'une parole pas trop lourde. Alors il lui restait la disponibilité de panacher l'opération en vidant progressivement les informations de leurs contenus difficiles. Mais il lui fallait savoir attendre les interrogations. Allait-il s'entendre interpellé d'un " alors, mon cher ..." dont il devrait chercher si la réaction naturelle serait de prendre un air vaguement servile et niais qui était souvent un succédané efficace de respect, à moins qu'il ne prenne pour la circonstance le tour très égalitaire d'un regard lourd et d'une proximité chuchottée. Peut-être même pourrait-il le prendre par le bras histoire d'inverser pour un coup un paternalisme ancien. Mais il ne voulait surtout pas que ce puisse être compris comme une agression d'autant qu'une affection sincère et durable les unissait et qu'un respect authentique les liait l'un à l'autre. Comme si le père de son patron avait commis cette sorte d'impair, impardonnable, de se payer le luxe d'une affection qu'il était sensé connaître. Il

connaissait bien des cancers, il était jusqu'à présent assez fier d'un certain nombre de publications qui, sans être définitives, apportaient une substance non négligeable, honnête et pondérée à un problème qui par moment devenait l'objet d'une campagne de vedette. Voilà une histoire qui lui tombait dessus, dans un registre de familiarité tel qu'à la fois la situation n'était pas totalement nouvelle mais possédait une singularité qui la rendait spécifique. Pour lui dès qu'une nuance de difficulté était évoquée dans la conduite thérapeutique, voire dans une constatation clinique, il redoutait que son maître - même qu'il ne lui suggérait rien - penserait à tel de ses amis qu'il savait spécialiste du problème, possédait une notoriété en la matière. N'avait-il pas été choisi de ce fait ? Pourquoi ne pas penser, ne serait-ce qu'un instant, qu'il pourrait - voire qu'il aurait le devoir - de faire appel à autrui pour ne rien laisser au hasard. Il avait le sentiment que cette histoire chez un familier allait paradoxalement l'exclure de la famille. Par moment, il se savait dépressif, mais il lui semblait que sa dépression naturelle était dépassée par quelque chose d'une autre essence. Il pensait parfois à une dépression culturelle, le mot lui plaisait et paraissait englober commodément ce sentiment permanent de l'échec et de l'incomplétude. La médecine est dans une impasse qu'il percevait d'autant plus tragique que son pouvoir réel grandissant s'accompagnait d'une considération déclinante. Comme si la technique lui permettait de faire l'économie des angoisses et de la responsabilité. Pensait-on vraiment qu'une assurance responsabilité civile viendrait pour de vrai donner un confort d'exercice. La paresse de sa pensée et les résultats de ses réflexions l'affligeaient un peu plus autour de ces trivialités, mais l'idée de l'effondrement culturel le séduisait assez vis à vis de son ex-patron. Il lui était ainsi permis, privilège des victimes, de vivre l'extinction d'une fonction comme une oeuvre esthétique, un incendie de Rome ou de la Sécurité Sociale, la constitution d'équipe

./.

démessurée pour les soins d'un papy qui n'en demandait pas tant. Le père de son patron n'avait, de loin, pas ces exigences, il souhaitant, lui semblait-il, un interlocuteur plutôt unique qui ne serait pas pour lui la source d'un effort supplémentaire à faire pour le situer dans le labyrinthe des intrigues territoriales de spécialistes. Il comprenait celui qui est symboliquement un peu son grand-père et il souffrait qu'on lui impose le devoir contraignant de marquer son allégeance au système par l'exercice de la mise en équipe. Il soupçonnait son patron de faire feu de cette idée d'équipe, pour exprimer son idéal démocratique. Cet idéal, il l'avait toujours exprimé - quelquefois sans ironie - mais toujours dans le sens de faire partager, à ladite équipe, la responsabilité des situations fâcheuses. Les situations prometteuses revenant sans contredit au chef. Il avait été un peu injuste et s'était, de ce fait, senti un peu désarçonné quand l'ex-patron, sur le ton de la conversation, lui avait confié son espoir de voir les intervenants réduits au maximum, ceci aussi bien sur le plan technique que pour le confort de son père. Dès lors, le trouble changea de camp et d'objectif et il se sentit obligé de penser à ne rien négliger à une époque où la technique donnait accès à bien des progrès. Ne pouvait-on pas assurer un bilan préopératoire tel que l'intervention soit absolument sans surprise ? Ne pouvait-on penser qu'un service de réanimation rendrait le réveil avec des conditions de sécurité bien meilleures ? Toutes ces questions lui paraissaient traduire la faiblesse de sa personnalité, un certain manque de courage devant ses opinions. En avait-il seulement ? A un niveau moindre, toute sa pratique s'inscrivait dans la même incertitude bien érodée par les projets économiques retranscrits par les médias. Finalement, les progrès de la médecine il les voyait menacés par ce trouble plus que par la valeur marchande des tâches qu'il avait à effectuer. Posait-on le problème de l'euthanasie ? Il suffisait que la main du chirurgien soit un peu tremblante, que sa conviction directe soit moins assurée,

qu'il fasse sienne la morale molle ambiante, il suffisait que le réanimateur troublé ait un instant d'indécision pour que les statistiques économiques s'améliorent. Son amertume exprimée lui paraissait comme une grivoiserie. Pourtant il était vaguement encore soutenu par un statut universitaire qui le confortait dans sa qualité et qui lui donnait sans cesse accès à des jouets nouveaux plus efficaces, à des intrigues cliniques plus affinées. Par moment, cette zone de plaisir lui paraissait insuffisante et il se donnait parfois le rêve d'intriguer, de trouver un plaisir politique dans une science décadente. Pourtant il se disait qu'une intervention chirurgicale bien menée était un produit bien fini. Qu'est-ce que cette production avait de moins estimable, de plus futile que la production de voitures ? Il sentait la médecine comme une production pléthorique, comme le beurre par exemple. Pourtant, à l'encontre, il ne manquait pas de clients et la demande de la clientèle ne lui paraissait pas moins futile que ses exigences en production automobile. En plus, la clientèle payait cette prestation, elle la payait quand elle se portait bien, ce qui est normal. En fait, il ne voyait qu'un problème à la médecine, la difficulté de son industrialisation. La difficulté de constituer une équipe en médecine correspondant à l'hétérogénéité de son terrain. Il ne doutait pas qu'un médecin chef d'équipe ou chef d'entreprise ne réalisait pas une contradiction fondamentale, l'oximoron de base. Tout son raisonnement reposait bien sûr sur la certitude que la médecine produisait quelque chose, mais tous les efforts semblaient se conjuguer pour lui affirmer le contraire. Corrélativement, le seul objectif collectif industrialisable lui semblait le médicament, quantifiable, budjetisable, exportable. Toutes ces divagations, il le savait, n'étaient là que pour distraire d'un discours militant le mal-être d'un service et des relations qui s'y instaurent. Mais pour notre propos elles posent la question de la constitution d'équipes, alors que dans les institutions où celles-ci sont fondamentalement instituées,

./.

outre le fait qu'elles courent de réformes en projets de réformes, elles sont de toutes les façons affectivement douloureuses, à l'image de ce qu'elles sont sensées traiter.

Le projet, la prédiction et le présage.

Un système de soins peut trouver l'énergie pour se constituer autour de la mise en commun d'un projet. Dans le cas de la maladie cancéreuse, l'horizon des soins se condense autour de l'évolution prévisible cliniquement, biologiquement. Cet ensemble de prévisions est étayé par des statistiques et l'application matérielle d'une statistique est d'aider, par la mesure qu'elle énonce, la prise des décisions. Les statistiques, par définition intemporelles, sont à l'interface des données recueillies dans leur essence et dans leur application. En sachant que la connaissance moyenne d'une situation aboutira à des décisions dont les résultats seront moyennement prévisibles. La tâche d'une recherche spécialisée est donc, en partie, un recueil de données, parfois comparatives, telles qu'un grand nombre de situations concrètes va dépouiller celles-ci de leurs artefacts individuels. Mieux, le grand nombre va isoler ce qui peut être l'objet d'une science, c'est-à-dire axé d'un déterminisme, répétition et identité qui s'inscriront sur le bruit de fond de la nature individuelle de chaque être humain, qui axiomatiquement ne peut faire l'objet d'aucune loi. Les données statistiques sont donc des abstractions à partir d'un recueil de données sur le terrain. Elles retrouvent leur application à des degrés différents chez le généraliste et le spécialiste puisque leurs terrains d'expériences, s'ils se recouvrent sur le plan des concepts opératoires, ne sont pas identiques l'un fonctionnant dans un champ ouvert, l'autre déontologiquement dans un champ fermé.

La valeur de ces précisions statistiques, puisqu'il s'agit de science, est donc initialement de permettre de rendre compte d'un certain nombre de comportements qui ne sont pas toujours sans conséquences. En fonction de leur

crédibilité partagée par le malade et par le médecin, une conduite sera organisée. Dans notre propos ces considérations statistiques peuvent conduire à autoriser des mutilations. Ainsi, le problème est bien de différencier l'évolution statistique d'un cancer, avec l'évaluation statistique du cancérologue en face de lui, l'évaluation d'une science naturelle avec l'évaluation proche d'un sondage d'opinion.

La constitution du système de soins va donc conduire à analyser les rapports que les uns et les autres intervenants peuvent nouer avec la prédiction, tout en se gardant d'approcher trop profondément une question si fondamentale à l'être humain.

Un texte freudien est exemplaire à ce niveau, il s'agit d'un manuscrit daté du mois d'août 1921 et intitulé " psychanalyse et télépathie ". Bien que ce texte ne soit pas exhaustif du problème que nous avons à traiter, il présente à bien des égards une approche concrète du problème de la prévision, de la protection porté dans le champ psychanalytique. Dans ce texte, s'il stigmatise le rapport de l'être humain avec des forces occultes, c'est aussi parce qu'il considère le danger d'autant plus énorme, qu'il est élémentaire : il concerne deux prédictions qui ont en commun le fait de ne pas s'être réalisées. Le premier cas concerne un étudiant en philosophie incapable de travailler à ses études. Dans le cours du premier entretien il fut question de son intérêt pour Amenhotep, qu'il associa à l'amour qu'il portait à une soeur unique. Frère et soeur s'étaient fréquemment demandés pourquoi il leur était interdit de se marier. Un jeune ingénieur tombe amoureux de la jeune soeur, mais cette liaison ne reçoit pas l'agrément des parents et le jeune couple fait appel au patient pour défendre leur cause. Ce qu'il fit avec efficacité. Par la suite, le patient et son futur beau-frère effectuent une escalade en montagne qui failli se terminer tragiquement ; ce que Freud interprêta comme une double tentative de meurtre et de suicide.

./.

Le thème de l'élaboration de l'article se situe peu de temps après le mariage de la soeur, et c'est au cours de cette période que le patient, parallèlement à la psychanalyse, consulte une diseuse de bonne aventure. Celle-ci prédisait l'avenir à partir d'une date de naissance et de calculs mystérieux. Lors de la consultation il proposa la date de naissance de son beau-frère et " l'oracle énonça : cette personne mourra au mois de juillet ou août prochain d'un empoisonnement par les écrevisses ou les huîtres. Après avoir raconté cela, il ajouta : c'était vraiment formidable ".

Freud s'indigne du formidable de la prophétie du fait qu'il avait la certitude que le beau-frère du patient n'était pas mort. Il lui fut répliqué que le beau-frère en question avait effectivement fait un empoisonnement par les écrevisses au mois d'août correspondant. Le texte nous éclaire provisoirement sur un mécanisme essentiel, celui qui unit l'espérance et l'intention. La psychanalyse nous apprend " que ce n'est pas un fragment quelconque d'un savoir indifférent qui s'est communiqué par la voie de l'induction à une deuxième personne, mais que c'est le désir extrêmement fort d'une personne, désir en relation particulière avec sa conscience, qui a pu se procurer - avec l'aide d'une deuxième personne - une expression consciente ". Il est inutile d'insister sur ce que peut porter ce drame, la découverte d'un cancer, et de ce fait sur la mise en jeu de procédés de l'appareil psychique pour en aménager, de façon supportable, la conscience. Ainsi la circulation de l'information répond-elle à la mise en oeuvre d'une lutte contre la tentation magique, contre le risque d'une restauration illusoire de l'intégrité corporelle de celui qui l'énonce comme du jugement de celui qui observe. Encore faut-il qu'il ne s'agisse pas de la circulation " d'un fragment quelconque d'un savoir indifférencié ". Sans se faire porter plus avant par le texte, l'expérience des groupes BALINT montre que l'intention de communiquer, à l'intérieur même du groupe, en dehors de toute spécialisation, ne porte

la communication que si celle-ci correspond à l'interrogation du malade, et non pas d'un quelconque autre intervenant. Le projet thérapeutique se constitue donc comme un objet commun aux médecins, au malade, au genre humain : il reçoit des investissements, autorise des violences, et comme production illusoire localise ses erreurs possibles.

Il se comporte comme un mythe qui, à l'instar du meurtre oedipien, va engager la destruction d'un " en plus ", ce qui va être spectacle pour l'environnement, va être sacrifice pour le malade et cérémonie pour le praticien. Il structure un groupe et son absence renvoie à la structure inconsciente du groupe. Si s'avère que le groupe n'a de structure que consciente, l'absence de ce mythe renvoie au vide. Le médecin hospitalier et le médecin libéral sont à ce niveau dans une différence radicale de perspective.

#### Sous-entendus.

La constitution d'un système fonctionnel se pose en principe, le malentendu comme on va le voir trouve toujours l'issue d'un bon sens extrapolé.

Il entraît dans l'officine toujours de guingois, d'une jovialité qui se voulait familière. L'âge n'y était sans doute pour rien, il donnait l'impression du corps brisé d'accidents multiples dont les axes osseux sont consolidés dans une mécanique impertinente, l'image d'un vieux gaulois goguenard dont les allusions salaces font rougir et qui réserve sa scatologie pour les moments où la délicatesse devrait l'emporter. Il choisissait habituellement les heures où la pharmacie était la plus bondée pour venir chercher ses sirops, ses suppositoires lubrifiants, les vitamines, l'équanil. Une sorte de menu dont il réclamait chaque fois le commentaire. La jeune pharmacienne déployait à cette occasion les trésors d'un vocabulaire de sommelier, autant pour le satisfaire que pour limiter, en occupant le terrain de la parole, les évocations fâcheuses au milieu du reste de la clientèle. Sa tâche était difficile, il s'agissait de trouver les commentaires, les mots, les images qui n'en solliciterait de

la part de son client, pas d'autres plus vigoureuses. Comme l'habitude était là, les difficultés étaient bien contenues et la situation pas trop redoutable.

Alors que pendant l'heure creuse dans l'arrière boutique l'une ou l'autre pharmacienne commentait sur le ton évasif d'une conversation inactive les absences qui se prolongeaient, des mois et des mois, notamment celle du vieux gaulois. On parlait du loup :

- "Alors, Monsieur M. comment ça va ? ça fait bien longtemps que ... "

La jeune femme profitait un peu de l'intimité précaire de la pharmacie, dans un horaire habituel pour ce client, pour se proposer disponible autrement. Pourtant elle se perçut très vite dans une réserve qui venait contredire la chaleur de son accueil, peut-être le sentiment d'une gravité particulière de l'état de son client, cette voussure de dos qu'elle ne lui connaissait pas, ses mains qui ne devaient pas avoir bricolé depuis longtemps, presque des mains manucurées, un peu transparentes. Il avait lancé les grivoiseries qui lui étaient habituelles, mais sans le ton. Elle avait appris, sans que ce soit jamais énoncé, le cancer du poumon, le séjour à l'hôpital, la dépression de sa femme.

- "Alors, vous savez le toubib, il a dit ... vous le connaissez le Docteur Truc, là, sur la place tourné le coin, ah ! il est bien installé, mais remarquez avec le marché ... Il est gentil, mais rude, vous le connaissez ? Il a dit : Monsieur M. il faut ! Alors moi, vous me connaissez, qu'est-ce que vous auriez fait à ma place, hein ? "

Comme elle ne savait en fait rien de ce qu'il en était pour lui - sans doute lui supposait-il une connaissance implicite - elle se contentait de ces remarques vagues qui semblaient le satisfaire, mais dont elle n'avait pas le sentiment de gérer les implications, elle pêchait un mot, une préposition, distribuait habilement le point de suspension, prudemment l'exclamation et évitait l'interrogation.

- " Il a trouvé tout de suite, rien qu'à me voir, c'est comme ça que j'ai passé les radios, le lendemain ... non le lundi... attendez voir ... le 17. Pour le diagnostic, ça, il est fort. Vous voyez quand il m'a regardé ... vous savez quand il vous regarde, vous le connaissez ? ... "

De la conversation, c'est-à-dire des quelques interjections qu'elle avait portées, elle sentait son intimité avec le Docteur G. s'affirmer selon la volonté de son client. Lui se flattait d'avoir pu récolter quelques connaissances de la personnalité de son médecin, de sa vie familiale et parlait à la pharmacienne comme s'ils constituaient un couple affectueux, attentif et familial auprès de lui. Un moment même, une allusion coquine mis la médecine et la pharmacie dans le même lit.

La jeune femme sentait ces confidences peser un peu, moins du fait de cette allusion que du sérieux avec lequel son client parlait. Elle aurait souhaité le voir plus désinvolte.

- " A l'hosto, c'est autre chose. Ils m'ont dit, enfin si on avait pu ... et ils n'ont pas pu. Gentils tous, mais ils n'ont pas pu. Alors ils ont machiné de telle sorte que ça fasse ça comme ça, vous voyez là, comme ça. "

Elle ne voyait décidément rien, mais s'était trouvée soulagée d'avoir pu donner la réplique et prononcer une longue phrase intentionnellement sans aucun contenu. Il s'était alors raidi et son regard s'était creusé et l'évaluant aussi bien sur le plan rationnel qu'affectif. Un court silence s'établit.. Un moment dur.

- " Remarquez bien, dans le fond vous avez raison, chacun réagit mais moi, ça n'a pas été ça ... "

Elle s'interrogeait sur ce qui avait bien pu prêter à confusion dans ses paroles précédentes, ne trouvant pas ce qui avait à ce point modifié son contact, suscité cette tension. Elle faisait un effort pour parler au niveau de la pluie et du beau temps tant elle craignait une dérive vers des émotions que ni elle ni le lieu ne pouvaient assumer. Un effort douloureux vers le non-discours, vers la parole vide.

./.

- "Ça n'a pas été ça et remarquez bien que je regrette rien, d'ailleurs je n'ai pas le choix, ils me l'ont bien dit. Notez que j'ai eu de la chance, à l'hôpital ils ne disent pas toujours... Mais vous avez raison. "

Elle ne savait toujours fichtrement rien de ce qu'à l'hôpital on avait pu lui dire, l'intention de dire semblait suffisante à son client. Elle ressentait avec amertume les informations souterraines qui s'étaient échangées malgré elle, c'est-à-dire en dehors de sa pensée rationnelle entre le client et elle. Par instant, elle avait compris que, logiquement, elle avait eu accès à toutes les informations dont son exercice professionnel avait besoin. Dans sa dimension mécanique. Mais en fait, n'aurait-elle perçu la demande de cet homme, n'aurait-elle perçu ce que cette demande, informulée, incernable peut-être, avait d'insatisfaisante par les autres intervenants que son malaise aurait été plus facile à gérer. Là - au contraire - l'informulable se dissimulait derrière l'intention de formuler. Une intention seulement, une réserve.

Ainsi, la communication objective entre les différents intervenants auprès des malades peut-elle être matériellement considérée comme suffisante, comme remplissant tous les devoirs d'information entre les différentes spécialités. Il n'en est pas moins certain que le patient traduit directement le sentiment de cette insuffisance. Peut-être du fait - historiquement parlant - que les malades dotent la médecine d'une unité de pensée et d'action qu'elle n'a plus ou qui n'a plus de raison d'être. Un mémoire de psychiatrie récent, dont le thème portait sur les communications épistolaires des médecins généralistes et du psychiatre stigmatisait ironiquement les insuffisances objectives et notoires, les erreurs de terminologie, de compréhension des mécanismes des généralistes et oubliait dans le même temps que ces erreurs n'étaient en somme que des réponses. Les étourderies des généralistes constituant le juste retour d'une science qui n'a pas l'intention réelle, matérialisée de s'échanger. Parler de résistance, comme de paresse du

praticien vis à vis du spécialiste relève, là aussi, d'un constat passif qui n'aurait aucune importance s'il ne développait ses conséquences au niveau de la prise en charge...

" Remarquez, il faut que je sois suivi, mais pourtant je l'étais déjà, pas pour ça. Mais là, j'ai des rendez-vous. J'y suis allé deux fois et ça va. On s'est pas vu longtemps, on m'a dit que je suis guéri, je peux pas dire le contraire, c'est un nouveau machin qui ne se trouve pas encore partout en Amérique.

Partagée entre la tendresse amusée pour ce vieux gaulois et la rage désabusée vis à vis de la médecine qui parfois utilise son charisme pour se débarrasser d'une parole douloureuse. Une distribution de bonne parole destinée à faire taire qu'elle avait remachée toutes les rencontres ultérieures. Car il est revenu longtemps à ces heures creuses, des heures blanches de l'après-midi, celles où les malades se reposent, qui réclament l'effort d'affronter la chaleur. Il y avait toujours un petit complément d'ordonnance, une futilité nécessaire que le bon-généraliste-sévère lui avait prescrit. En fait, la jeune pharmacienne n'avait jamais su pour de bon ce dont il s'agissait, elle découvrait chaque rencontre par un " ça va mieux, ils ont refait les examens, je n'y retourne que dans trois mois, ça va bien ! ça on peut dire, ils m'ont bien soigné. Bien sûr avec la chaleur on fatigue beaucoup, parce que vous savez bien, il me l'a dit le Docteur G., d'ailleurs vous le connaissez, lui, hein ! Enfin, on voudrait toujours que ça aille plus vite ..." Tellement vite que l'ordonnance suivante, portée par une petite dame grave et lente, comportait une petite dose d'antalgique. L'horizon du tableau B était là. Par cette intermédiaire, sa femme, il fit savoir de son lit qu'il regrettait de ne pas avoir pu venir, mais que ça allait mieux, on ne l'avait pas gardé à l'hôpital. Et le Docteur G. bien dévoué, passait maintenant tous les jours.

./.

L'équipe préexistante.

Penser le praticien dans son rapport avec la pathocénose cancéreuse peut s'effectuer selon plusieurs registres. Si on se donne un rapport sujet-objet classique on constate que la coexistence du sujet généraliste et l'objet malade cancéreux ou maladie cancéreuse, introduit d'emblée une violence épistémologique. Il s'agit de choisir quel couple on se propose d'étudier et du même coup reléguer une des options à une étude ultérieure ou à un chapitre plus conclusif. Quoi qu'il en soit, les deux options supposent à la fois la permanence, c'est-à-dire l'identité du sujet et de la constance, à savoir l'identité de l'objet, quelque soit le choix. Si l'identité du sujet " généraliste " tient à la constance qu'il possède de son être - en outre - socialement déterminé, s'il en est de même pour le malade cancéreux, il n'est pas niable que la constance de la maladie cancéreuse passe par un tiers, laboratoire, fondamentaliste ou autre. Généraliste et malade ayant recours à l'horizon, peut-être fictif que propose ce tiers, pour organiser l'un et l'autre des projets de stratégie, d'existence. Il ne s'agit pas de confondre relation d'objet, psychanalytique, avec la relation à l'objet, matériel, mais de rappeler que la maladie cancéreuse - si elle peut être l'objet d'une saisie cognitive, palpation, auto-palpation d'un nodule mammaire par exemple - est le type même d'une conscience médiatisée.

Tout ceci amène à considérer dans le couple médecin-malade que la présence tierce de l'autre, laboratoire, cancérologue, anatomo-pathologiste, fondamentaliste, est une présence à l'origine même de la relation, indiscernable, du mouvement qui organise les relations des protagonistes. Cette position anthropologique au sens proposé par René GIRARD ramène essentiellement à un couple ontologique qui serait celui qui développera largement dans " La violence et le sacré ". Comme conséquence structurale, l'appréhension de chacun des protagonistes dans un modèle

triangulaire - sujet, autre objet - fera de ce modèle lui-même un obstacle à la réalisation du désir, l'autre générateur de double lien, venant toujours s'interposer à l'exclusivité de la relation duelle. Si l'autre paraît posséder l'être, c'est que cette position ne constitue qu'un paraître. GIRARD a pu ainsi montrer que la résolution du double lien que constitue la triangulation du modèle, c'est la mimésis. La propriété du paraître étant, par essence, d'être imitable, il se constituera comme but de la praxis du sujet.

Notre malade avait bien le sentiment d'être maintenant un acteur. Il avait appris son nouvel état deux heures auparavant et marchait maintenant l'air pavanné d'une femme qui se sentait belle au printemps. Il n'avait pourtant pas le sentiment vaniteux d'un plaisir à se montrer. Encore moins celui d'avoir à remplir un contrat de comédien entre lui, sa scène et les spectateurs dont il devrait flatter les penchants et coopérer à leur propre représentation. Il se sentait douloureusement seul. A peine se l'était-il dit que cette solitude n'eut plus rien de très douloureux, au contraire, il retrouvait une unité perdue de deux semaines, il voyait un peu compenser là, la dispersion des regards qui s'étaient posés sur lui. A tout prendre, de tous ceux qui l'avaient examiné, il préférait maintenant le radiologue. Tout s'était passé comme sur une scène, dans une obscurité certes angoissante, mais combien localisée. Aimait-il faire ce métier ? Rentrer dans l'intimité des gens sans la présence dégoûtante d'une viande malsaine. Et puis c'est le seul, parmi ces médecins, qu'il avait pu regarder comme lui-même le regardait, comme on croise son regard dans un miroir. Chacun attentif à l'autre, mais à bien d'autres problèmes dans un autre champ. Se reverraient-ils ? Pour vérifier après, peut-être. Il ne souhaitait pas d'intérêt, pas de curiosité, acteur obligé il voulait être discret, il se voulait figurant. Les mouvements de compassion l'avaient exaspéré, que chacun reste à sa place et il pourrait mieux se repérer. En marchant il s'appliquait à faire disparaître toute idée de sourire en pensant au biologiste, toute idée

d'angoisse face à son médecin, toute idée de crainte par rapport au projet du chirurgien. Il se voulait la mimique plate du radiologue et, comme lui, regarder le monde comme un amas nuageux. Il voulait tendre vers un état essentiellement matériel et l'intendance des appareils lui paraissait une bonne chose. Matériel, il était réparable. Il chassait tout de suite cette idée du fait qu'elle recélait une note d'espoir, c'est-à-dire un sentiment. Il avait bien remarqué comment son généraliste lui avait laissé entendre et le diagnostic et le pronostic enjoué. Il comprenait bien son attitude, il ne la jugeait pas maladroite, tout au plus sans objet. Lui, même médecin, se laissait aller. Un peu comme s'il n'était pas encore vraiment habitué à ce genre de nouvelle. Il allait revoir son généraliste, et parce qu'il le connaissait bien il se demanderait comment il allait pouvoir l'aider. Laisserait-il filtrer une note d'émotion ? Comme on peut imaginer en de telles circonstances. A moins qu'il ne mette sur son visage la dureté de l'aviateur chargé d'une mission héroïque ?

X Il était modérément ennuyé de réfléchir à tout cela, mais il avait aussi le sentiment que ne rien exprimer serait plus inquiétant pour tout le monde. Et que l'inquiétude serait la source d'une curiosité dont l'idée seule lui était insupportable. Il était assez au fait de la vie des milieux médicaux pour savoir que son généraliste n'en resterait pas là, à un diagnostic de maladie, c'était un homme qui ne devait pas trop aimer les localisations mécanicistes. A juste titre d'ailleurs car l'étrangeté qu'il percevait en lui ne lui paraissait pas normale, commode pour l'instant, pour lui permettre de prendre des décisions. Une étrangeté qui était ailleurs, au moins c'était une maladie qui était vécue comme extérieure. Il avait vu un chirurgien, il l'avait examiné et, avec le recul, il était persuadé qu'un témoin indiscret de leur rencontre aurait pu jurer qu'ils se connaissaient depuis longtemps. Une politesse attentive d'un côté, un peu émue de l'autre. Il s'était posé des questions entre eux comme pour mesurer, mutuellement, s'il

avait été affecté par le problème. Une courtoisie qui faisait mine d'être détendue et qui faisant semblant de la croire. Il avait fait un petit mot pour le confrère d'une écriture précise, qui prend son temps, et il s'était dit que ces doigts-là seraient bientôt dans une intimité vitale avec lui-même, sur la garantie d'une évaluation statistique de l'intervention.

Il y a une mimésis qui est celle de la continuité de soi, celle qui garantit permanence et authenticité. Mais du même coup elle introduit la possibilité d'un autre factice passagèrement peut-être, comme source de motivation, voire comme générateur de structure, de catégories. Pour le malade, il ne peut être question de s'attacher seulement à un objet matériel, à son cancer, mais plutôt au paraître de celui-ci, aux statistiques, entre autre. L'apparence constituant le seul objet matériel qui ne soit pas indifférent du fait même qu'elle livre accès à des identifications, apparence qui est aussi celle de ceux qui ont le savoir. Il voyait la statistique comme une molécule légère, diffusant bien, commodément transportable. Ainsi, l'objet cancer n'est plus évalué comme une possession, comme un bien propre à lui, au sujet, mais comme une production collective anonyme dont il ne s'agit que de porter le masque. La constitution du groupe autour de la maladie relevant d'un carnaval ou chacun des savoirs conceptuels des protagonistes est d'autant plus irréductible à un ordre commun qu'il s'agit d'observer des rôles distincts, le savoir conceptuel s'organisant à l'horizon de la pratique.

Tantôt dans l'identité, tantôt dans la différence, des équations relationnelles défailantes vont se constituer dès que les apparences vont perdre la liberté de se détacher de leur réalité substantielle, dès que les apparences vont se croire être l'essence de la réalité. L'apparence de l'Autre comme dans la comédia del arte fait porter des masques qui l'indifférencie dans la personne mais qui la spécifie dans le rôle. Cette apparence est, de ce fait, une garantie de la technique et celle-ci vient à défaillir dès qu'elle perd sa spécificité.

./.

Le caractère inimitable d'une apparence renvoyant à la tentation magique, à la non professionalité de l'intervention, à la faillite d'identification.

Lorsque, plus tard, il avait évoqué cette évaluation auprès de son médecin, il s'était donné une sûreté dans la voix, comme pour enseigner quelque chose, et une vague négligence dans le regard, comme si cela avait peu d'importance.

Plus on cherche à s'identifier à l'apparence de l'Autre, plus on réalise sa différence avec le modèle, c'est la condition de l'extension du savoir. Mais, si l'on confond l'intention avec l'objet, si on maltraite le mythe unique et fondateur de la médecine, trois conséquences : la violence, le mépris, la honte.

#### Du corps dispersé à l'équipe dispersée.

La situation psychanalytique, tout en renvoyant à une aventure fondamentalement individuelle, plante les décors culturels dans lesquels évoluent des souffrances. Singulièrement, dans ce qui va suivre la médecine apparaît non pas comme la raison en face de la magie, mais comme l'effet d'une pensée étriquée et totalitaire en face d'une rationalité étendue et souple dont la puissance réside dans l'exercice d'une volonté non asservie.

Quand elle s'interrogeait sur l'homme, depuis la mort de sa mère, elle trottinait sur des idées multiples. Certaines se donnaient, un peu par jeu, comme des définitions. Elle n'y croyait plus trop tant il était désormais vrai que les valeurs de stabilité, de continuité, de respect lui paraissaient perdues. Elle se plaisait à concevoir cette décadence vers la fin du dix-huitième siècle, et se distrait d'essayer de percevoir sa situation en termes littéraires. Elle avait perdu sa mère, morte d'un cancer, celle-ci avait fait don de son corps à la science. Comme on dit. La fin de l'homme lui était, pour l'instant, nécessaire histoire d'englober dans son malheur l'humanité entière et ainsi se déplacer sur des idées un peu générales, ce que la matière lui imposait.

Elle avait toujours perçu que cet homme en principe, par le fait de la langue, se confondait avec le masculin, et la mort avec le féminin. Elle avait remarqué que, pendant les heures de l'agonie où on s'enquiert douloureusement, elle pouvait dire "docteur" à la chose qu'elle avait devant elle sans avoir d'effort à faire pour lui donner une vie libidinale, sans que cela puisse constituer un but même mineur à leur relation. Elle était vaguement satisfaite d'elle sur ce point, trouvait son intelligence, le fonctionnement de sa raison, tellement lié à la matérialité du monde, qu'elle pouvait rester essentielle à elle-même, avec des mouvements de haine, de colère ou de tendresse, des états imprévisibles, inopportuns, incorrects, mais de toutes façons vécus comme des réponses qu'elle pouvait se dire biologiques en face des stimuli extérieurs.

La foi avait tenu une grande place dans son enfance et l'agnosticisme affiché de ces dernières années n'était là que pour mieux représenter ce qui lui restait de piété irréductible. Ainsi, elle avait été fort déçue lorsqu'au détour d'une séance il lui apparut que le monde ne s'organisait peut-être pas selon de grands desseins, que les affrontements même aléatoires entre les uns et les autres n'étaient peut-être pas un effort concurrent en vue de l'accomplissement des fins dernières, mais que ces affrontements en constituaient possiblement le seul but. Que chacun faisait du règlement de son rapport mesquin au monde le but naturellement égoïste de son existence.

Ainsi, sa mère s'était trouvée éparpillée selon l'intérêt de ses fragments dans une vente aux enchères dont elle avait autorisé l'accomplissement. Ce n'était même pas la récupération grandiose d'organes indispensables à une vie humaine menacée, elle n'était pas ressuscitée au moins partiellement, mais elle la voyait morcelée flottante dans des bocal, indistincte sous le scalpel maladroit d'un carabin. A moins qu'on ne l'ait tout bonnement jetée. Sa mère avait laissé une lettre disant son intention, laissant le soin à ses enfants de son accomplissement. N'y avait-il aucun médecin qui, décidément,

./.

aurait pu la dissuader ? Etaient-ils tous plus ou moins complices de cet usage à posteriori de sa mère ? Pourtant le médecin généraliste n'avait manifesté aucune sympathie pour le cancérologue qu'une suite de malentendus avait mis dans le circuit. Et le cancérologue avait hoché de la tête avec mépris quand elle lui avait fait part d'une opinion de celui-ci. Un mauvais rapport qu'elle n'était pas loin de faire rentrer dans une mise en scène à son égard et à l'égard de sa mère, dans le but de mieux l'asservir tout en lui donnant l'illusion d'un choix, un choix de la personne mais une doctrine de base restait obligée.

Tout ce qu'elle disait à son psychanalyste reflétait cette perception de la médecine, une intention qui échappait à ses acteurs. Dès lors, la discipline devient organisatrice d'un système dans laquelle chaque maillon de ce système, à part équivalente, va intervenir consciemment ou non pour le conforter. Ainsi, l'histoire naturelle du cancer va - chez la patiente - devenir une science d'observation du monde soignant. Une histoire naturelle dans laquelle sa position va mettre en jeu sa conscience, la volonté de savoir, la conscience de sa conscience. Elle va vouloir les soins de sa mère, elle va vouloir son inhumation, elle va vouloir le pouvoir. Créer de l'organisation par des routines correspond à une économie pour sa pensée.

Elle avait su, depuis lors, qu'elle ne pourrait échapper à la médecine, même si quelquefois elle se laissait tenter par quelque soin exotique, mystérieux, magique. On pourrait tenter de la dissuader que , renforcée par la persécution, elle ferait tous ses efforts pour garder la conviction de l'efficacité de ces pratiques tant elle réalisait bien la puissance de la foi. Là, au moins, il n'y aurait pas de mode d'emploi rationnel dans la boîte de médicaments, elle se voyait magnétisée, sans autre trace que celles laissées par la soumission, poursuite magique du pouvoir de sa mère, un fantôme dont le pouvoir est momentanément occulte par la science. Toutes ses rêveries lui donnaient occasion de s'autoriser à s'enquérir de l'intérieur de son corps, elle passait par

./.

tous les corps de métier de la médecine en tentant de maîtriser la dispersion de ses organes. Tantôt la tête, tantôt le ventre, ravie et inquiète en même temps de la moindre découverte, du plus petit indice qui permettrait - sans que sa malice fut vraiment dénoncée - de poursuivre sa quête. La mécanique du corps se démonte maintenant d'une façon rationnelle, telle que la localisation de la panne correspond à la globalisation d'une fonction, à la caractérisation d'une pièce. Tout bricoleur reconnaîtra que le remplacement de la pièce pose moins de problème que son raccord, le joint avec l'ancienne structure.

Ainsi, le recours à des pratiques parallèles de la santé vient-il comme un joint nécessaire entre un conçu actuel et localisé du corps et un vécu archaïque et global de celui-ci. Le médecin généraliste peut-il trouver chez le spécialiste cette articulation ? Peut-on concevoir que la constitution d'une équipe, quand elle est à construire puisse se faire à partir de l'image d'un corps morcelé, conçu comme une somme de fonctions au mieux concurrentes, au pire indépendantes ?

#### L'oubli.

" Il est étrange de s'être attardé sur ce qui est cancéreux, disait un peu sentencieusement et avec d'autres mots un des membres du groupe. Comment se fait-il que le médecin, comme le malade, s'entêtent parfois à repousser des constatations cliniques les plus évidentes ? N'y aurait-il pas là l'ébauche d'une faute ? Pouvoir sur le coup d'un caprice de l'instant d'une fatigue ou d'un moment névrotique commun, abandonner les réflexes professionnels les plus primaires ? Bien sûr, aucun des membres - ici présents - ne pourrait s'exposer à voir commenter, de son fait personnel, une aventure pour laquelle il serait intervenu intempestivement - c'est-à-dire anormalement tard - dans le diagnostic du cancer ".

... Il avait trouvé Thérèse plus tendue qu'à l'accoutumée, et pourtant elle se flattait de son équilibre dans des circonstances familiales autrement tragiques qu'une visite

./.

de routine auprès de son médecin. Elle venait pour une contraception que sa profession et sa formation permettait de bien intégrer. Une contraception qui n'était pas futile. Un divorce lointain et des enfants grandissant la laissaient dans la liberté d'une belle maturité, faite d'attachements à moyens termes et d'aventures printannières. Elle racontait volontiers à son médecin généraliste combien elle était libérée et laissait entendre, mais sans ostentation, que la vie était dans l'ensemble pleine de plaisirs. Encore fallait-il garder un juste milieu. Elle mettait dans sa présentation autant de mesure que dans la manière dont elle parlait de sa vie. Précautionneuse envers les mots, elle savait trop la valeur de la parole juste pour avoir la moindre tentation de jouer avec eux. Son médecin avait le souvenir d'avoir tenté avec elle un calembour, une fois, un calembour de fin de journée, pas trop bon, mais dans l'ensemble à considérer comme drôle. Rien n'y fit et sa patiente le regarda avec intérêt, sans consternation mais avec juste ce qu'il fallait de politesse de l'écoute pour que la boutade passe dans un statut de mot d'esprit peut-être comme une sentence judiciaire. Pris entre ce sérieux et ces confidences, son médecin ne lui palpa pas les seins.

Quelques mois plus tard avec méticulosité, alors que son médecin complétait l'examen autrefois différé, celui-ci découvre un nodule ; dès lors, elle se souvient que voici presque six mois, elle avait constaté ce fait, puis oublié. Pendant ces mois, elle passait et repassait sur ce terrain sans s'arrêter, dans la suite venant voir son médecin elle n'en évoque nullement la présence. Et, alors qu'il est dans son exercice très méticuleux, leur consultation fait passer un examen de routine au second plan. Mais ce n'est pas tout, le rendez-vous pris dans un lieu honorablement connu pour la cancérologie, on lui évoque la quasi nécessité de pratiquer une amputation du sein. Tenant son généraliste au courant elle lui évoque une intervention partielle. Au cours de l'entretien téléphonique avec le

chirurgien, le médecin généraliste - curieusement - ne s'enquiert que du diagnostic et aucune modalité opératoire n'est évoquée. Et c'est avec deux semaines de retard que le médecin reçoit le compte rendu d'une opération élargie.

Dans le droit fil du sujet qui nous préoccupe, nous pourrions interroger seulement les cohérences dans les conduites diagnostiques et pratiques à mettre en oeuvre de façon harmonieuse de telle sorte que la constitution d'une équipe en soit l'aboutissement naturel. Mais interroger seulement la trajectoire des temps forts qui organisent les comportements des uns et des autres, ne doit pas faire négliger de faire porter l'intérêt sur les circonstances qui tendent à affaiblir telle ou telle perception. En effet, l'extraction d'un signal d'un bruit de fond repose sur l'affaiblissement de ce bruit de fond autant, peut-être, que par l'amplification du signal lui-même. Ainsi, le médecin généraliste a à gérer l'opération périlleuse initiale qui est celle de ne pas tenir compte d'un certain nombre d'informations. Autant que de découvrir de signes il a à extraire d'un signal complexe des informations. Il a entre autre la charge de ne pas prendre en compte certaines données. Ainsi, les différents cas de figure du médecin, du technicien, du malade, conduiraient-ils à analyser pour chacun trois modes d'annulation dont dispose l'appareil psychique : l'hallucination négative, la dénégation, le refoulement. Ces points viennent là pour tenter de repérer ce qui, mal compris dans les fonctions des uns et des autres intervenants auprès du malade, viendrait altérer leur communication. Les rapports confraternels sont de telle sorte que, sous-jacents à la communication concrète, vient la possibilité de la réinterprétation après coup. De ce fait entre la non circulation de l'information et la circulation d'une information erronée, l'après-coup venant toujours donner un sens, et le plus fort possible, le déni du déni va déplacer l'intrigue du médecin au malade pour devenir celle du médecin à son confrère.

. / .

Ainsi, le médecin généraliste va-t-il se trouver dans un rapport particulièrement vulnérable vis à vis de son patient. Témoin de toutes ses petites misères, témoin de tous les errements, tous rapports qui se situent entre la confiance et l'intuition, entre la science et la divination. Dans d'autres champs que la situation cancéreuse, la perception d'une difficulté chez un patient peut ou non faire l'objet d'une interrogation, aucune discipline, peut-être, ne réclame autant de tact. Là peuvent se justifier les campagnes de terreur, celles qui par la violence qu'elles suscitent font reculer l'intimité au profit de la science. Le médecin généraliste, quelque soit l'évaluation de sa pratique, n'est pas moins scientifique que l'hospitalier, il entre en rapport avec sa discipline, comme le géologue par rapport au chimiste, à ceci près que le chimiste ne se situe pas dans un rapport hiérarchique.

#### Le partage des secrets comme condition des équipes.

Le secret lui était un peu lourd bien qu'il puisse se dire que celui-ci ne resterait pas longtemps en l'état. Il avait croisé son ami en voisin en mettant dans sa voix juste ce qu'il fallait d'indifférence pour qu'il puisse supposer qu'il n'avait pas encore reçu le résultat de la radio pulmonaire. Indifférence et désinvolture marquées de telle sorte que l'autre n'ait même pas la tentation de lui demander plus. Trop enjoué aurait laissé à penser à un cliché sans intérêt, trop préoccupé il aurait posé des questions, celles que - sans doute - lui, intimement, se posait déjà. Comme médecin généraliste, il n'avait pas voulu évoquer quoi que ce soit sur le palier de son voisin, en maintenant le secret de la conversation qu'il avait eue dix minutes auparavant avec le radiologue. Sur ce court instant, fortuit, il avait délibéré sur sa conduite immédiate et se forçait, maintenant, à ne pas penser de peur qu'une télépathie magiquement, viendrait révéler ce que pour l'instant il voulait taire. Il avait senti son voisin descendre l'escalier de la résidence, sur le bruit de la toux, de la voix. Il avait

requête au sérieux. Elle posait cette question dans sa tête et ne se préoccupait pas d'inventer des réponses, tant elle était encore éloignée de les énoncer tout haut. D'ailleurs avait-elle seulement le désir des réponses ? D'autres les avaient pour elle et puis elle craignait de déranger. Sa question serait peut-être comme une maladresse de sa part, comme un germe dangereux pour Benjamin. Elle se demandait si l'infirmière lui dirait un mot spontanément, juste pour l'aider à commencer. Elle pensait aussi que l'infirmière ne savait pas tout, même si le médecin lui racontait ; l'infirmière saurait, comme elle, que Benjamin souffrait le martyre, qu'il allait mourir à quatre ans, qu'on lui ferait peut-être une piqûre pour le soulager encore un peu, ou pour achever de le faire vivre. Elle ne voulait que donner un accord qu'il fallait faire pour le mieux. Elle ne doutait pas qu'on fit autrement, mais elle voulait le dire, qu'on l'autorise à partager des choix. Bien sûr, les parents de Benjamin, son frère et sa belle-soeur, avaient dû le dire. Mais elle, elle avait été une seconde mère pour lui : elle devait l'accompagner comme elle le faisait tous les matins, tous les soirs. Elle avait, comme ça, été voir le pédiatre pour entendre sa voix. Elle s'était attachée à l'entrée à l'odeur de cire comme au coin-crêpuscule de la salle d'attente dans lequel elle pensait que Benjamin s'était réfugié. Elle avait entendu les paroles consolantes fatiguées du praticien. Et elle était là, maintenant, dans le hall d'un hopital avec ses réflexions qui lui avaient permis de passer la porte vitrée. Elle était dans le supermarché ; la musique en moins lui laissait plus le loisir de s'orienter. En prenant bien soin de ne pas regarder les petits patients en robe de chambre qui, dans les passages rétrécis, la croisaient de très près. Elle faisait un effort pour ne pas se détourner du petit crâne d'un petit chauve. Il était répugnant, un peu larvaire par la pâleur et, pensait-elle, tout aussi éphémère. Il la regardait attentif et précautionneux comme si elle risquait de le renverser. Elle avait ressenti le même poids des yeux - pas du regard dont

elle était l'objet - que lorsque d'une façon plus lointaine elle avait été évaluée par le cancérologue. Elle le pensait chanceux d'être quotidiennement dans ce rapport avec sa tâche, sa maladie, celle qui était comme son lieu de travail. Elle pensait qu'il gérait bien sa vie affective en se mithridatisant régulièrement dans cette ambiance. Secrètement, elle avait pu le plaindre en pensant à ses retours de vacances, il se déshabitua sans doute de ce qu'il voyait, et n'en souffrait sans doute que plus à la rentrée. Elle chassa bien vite cette compassion. C'est cette habitude qui l'intriguait, cette aisance dans les faits, cette familiarité des lieux qu'elle n'avait pas trouvé chez le pédiatre de Benjamin. Lui, disait des choses qui pensaient à l'avenir, des histoires de frère, de soeur, de famille. Là, dans l'hôpital, du fait même du lieu peut-être, tout s'arrêtait à la situation qui se voulait aussi douce que possible, anesthésiée. Elle s'était dit qu'ils ne faisaient pas le même métier, qu'ils n'étaient pas dans les mêmes endroits, elle avait été intriguée des doigts roses et boudinés du pédiatre, des mains trop lavées. A l'hôpital, elle n'avait pas remarqué cela, ni chez un chef, ni chez un sous-chef. La contagion, à quoi bon y penser ? On ne touche pas. Pourtant elle, alternativement, pensait le cancer contagieux ou non contagieux. Tantôt il appartient au propre au malade tout entier de lui-même, tantôt le cancer se partage et se diffuse, se répand. D'ailleurs, pensait-elle, si le cancer ne venait pas de l'extérieur, pourquoi seraient-ils communs dans leur espèce ? Elle ne rêvait pas à un microbe mais plutôt à une information malfaisante. Elle voyait le cancer comme le résultat d'une propagande nazie qui s'infiltrait sans que la conscience soit vraiment mobilisée. Parce qu'elle était jeune elle pensait que ses réflexions étaient des découvertes, qu'elles allaient modifier le cours de la maladie, pourvu qu'il ne soit pas trop tard, pourvu qu'on l'écoute. Elle aurait aimé, ne fut-ce qu'un instant, qu'on la considère comme importante. Elle avait réalisé sans trop d'amertume qu'elle ne l'était pas, tant elle ressentait que les

sentiments des différents intervenants n'étaient pas perçus les uns vis à vis des autres comme importants. Un nuage d'indifférence pour lequel une once d'indignation aurait été trop dérisoire. Même en famille, quand parfois on parlait de la situation clinique, des progrès escomptés, des espoirs, elle baignait dans un babillage incessant qui n'était d'autre secours que comme un bruissement de remplissage. Sa mère était une chute d'eau, sa belle-soeur un robinet fermant mal, et son frère un lavabo qui périodiquement se vidait grassement. Les autres participaient selon leurs talents aux bruits du drame.

De temps en temps, elle aurait voulu l'image cohérente d'une famille coopérante. Avec le temps, quelques mois, chacun s'était voulu chef de son secteur, intransigeant sur ses prérogatives, divisés. Ils ne se retrouvaient parfois que pour émettre une critique du pédiatre qui avait peut-être vu le problème trop tard. Elle le pensait bien commode pour ce rôle, pourtant elle n'avait aucune agressivité contre lui, au contraire, elle le pensait suffisamment gentil pour accepter qu'on se défoule sur lui. Quand ils se sont revus elle, sa belle-soeur et le pédiatre, elle l'avait méchamment attaqué alors même qu'elle était de la famille la moins virulente dans l'intimité. Elle s'était sentie bête. Une protestation qui n'était qu'une colère, une colère qui n'était qu'un désespoir.

Les limites internes à la recherche, de la conversation au dialogue intérieur.

Dès que l'on s'inscrit sur le terrain d'une recherche théorico-clinique, on se heurte à l'obstacle de la théorie initiale, celle qui va fonder le repérage des aspérités de l'expérience. Ensuite, on se heurte à la difficulté de coordonner le rassemblement des faits, une opération qui, dans les cas les plus fréquents, amène à confondre de façon non réfléchie l'objectif de la théorie, en tant que se constituant logiquement et l'objectif de la théorie dans

son usage matériel. Deux niveaux sont donc coexistants, celui de la cohérence interne du système, et celui qui est une intention d'agir, de réalisation, de communication. Les mathématiques réalisent, peut-être par nature, la fusion de ces deux niveaux mais, une recherche dans le cadre d'une discipline neuve portant d'emblée sur deux notions d'inégale portée, doit se garantir contre cette confusion et se placer dans un même champ. Parler de système de soin auprès des malades cancéreux peut ainsi amener à étudier essentiellement les opérations matérielles de la médecine, une hiérarchie d'opérations constituant un programme, pour lequel l'élément humain n'aurait pas d'autre intervention que la mise en oeuvre d'une routine. Il serait possible d'étudier, statistiquement, les pas du programme idéal de soins. La dispersion trop importante des résultats d'un de ces pas permettrait de conclure à un dysfonctionnement aisément localisable. Cette méthode, en dehors même de ses résultats, "ferait" scientifique. Cependant, le saut du qualificatif au quantitatif, dans l'espoir que le quantitatif permette l'économie d'une réflexion préalable sur l'objet même de la quantification, est une opération d'autant plus vaine qu'elle constitue la méthode comme un fétiche pour conjurer un objet insuffisamment réfléchi. Ainsi, dans l'attente d'une catégorisation qui permette une articulation des termes "système de soin" et "cancéreux" dans le champ de la médecine générale, j'ai préféré trouver une cohérence dans la qualité de l'écoute, psychanalytique en l'occurrence. A ceci près, que le recueil des données ne pouvait se constituer à partir d'une pratique homogène. Poser le problème dans le contexte de la cure type de patient ayant présenté un cancer, recueillir cliniquement des données auprès de ceux qui ont approché un cancéreux, reprendre des séances du groupe BALINT, tout ce travail systématique renverrait - là aussi - à leur méthode propre avec le risque de faire perdre l'essentiel commun à tous ces protocoles. Ainsi, j'ai préféré garder la dynamique

./.

de l'observation, chacun des modes en référence venant enrichir la réflexion vis à vis de l'autre. L'ordre de l'exposition est celui de la construction d'un objet. Très rapidement, il m'est apparu que cette recherche - visant à éclairer la participation du médecin généraliste à l'équipe de soins aux malades cancéreux - portait sur l'établissement et la poursuite d'une conversation. Une conversation qui se donnait comme point de départ la découverte d'un cancer. Bien sûr, celle-ci n'appartient pas uniquement au lieu formel de la rencontre, du vis à vis, encore que celui-ci est très largement sous-entendu comme une situation de mieux-être de l'exercice hospitalier par rapport au libéral, mais c'est une conversation téléphonique, épistolaire, fantasmatique qui peut être agréable, pénible ou indifférente. Elle peut être à égalité, dénivellée, condescendante mais elle respecte des normes culturelles, celles qui sont instaurées par la micro-société médicale. Mais loin de se limiter à la conversation corporative, il s'y mêle tout un environnement qui est déjà celui du malade de sa famille et de tout une frange d'intervenants dont il est impossible de faire abstraction dans le cadre d'exercice du médecin généraliste.

Cette conversation possède une autre singularité qui nous la fait constituer en objet : sa dimension intime. En effet, là plus qu'ailleurs, peut-être du fait de la violence des représentations mises en jeu, la conversation peut se constituer du langage intérieur. Un peu comme si des confidences faites à soi-même - dans des circonstances dramatiques - réservaient suffisamment de surprises pour que l'on prenne plaisir à se les énoncer, comme à un autre. Ce dialogue intérieur est-il à l'image de la conversation sociale, en est-il le représentant ou vient-il comme le complément obligé d'une rencontre manquée ?

BIBLIOGRAPHIE  
-----

- ALLENDE R : "Essai sur la Guérison", Denoël, Paris 1934
- BALINT M : "Le Médecin, son Malade et la Maladie", Payot,  
Paris, 1970
- CANGUILHEM G : "Le Normal et le Pathologique", PUF Paris 1972
- DEVEREUX G : "Essais d'Ethnopsychiatrie Générale",  
Gallimard, Paris 1970
- DAGOINET F : "La Raison et les Remèdes", PUF Paris 1964
- EY H : "La Naissance de la Médecine", Masson Paris 1981
- GRODDECK G : "La Maladie, l'Art et le Symbole", Gallimard,  
Paris 1969
- HERTZLICH Cl. : "Santé et Maladie, Essais d'une représentation",  
Mouton, Paris 1969
- ISRAEL L : "Le Cancer Aujourd'hui", Grasset Paris 1976  
"La Décision Médicale", Calman-Lévy, Paris 1980
- JACOB F : "La Logique du Vivant", Gallimard Paris 1970  
"Le Jeu des Possibles", Fayard Paris 1981
- SEARLES R : "L'Effort pour rendre l'autre fou", Gallimard  
Paris 1977
- SELVINI PALAZZOLI et Col. : "Paradoxes et contre-paradoxes", ESF  
Paris 1970