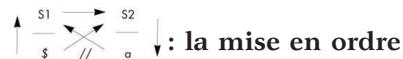


Nicolas Bendrihen

L'ordre médical, 2012 \*

J'ai voulu relire cet ouvrage de Jean Clavreul <sup>1</sup> paru en 1978 qui m'avait frappé, il y a presque vingt ans, quand j'étais stagiaire psychologue dans un service de maladies infectieuses. J'y avais découvert une formalisation rigoureuse de ce que j'observais dans les consultations médicales : l'exercice du discours médical, son pouvoir sur le patient – en l'occurrence des patients séropositifs pas encore sous trithérapie –, son pouvoir sur l'équipe médicale et soignante, sur l'étudiant que j'étais. Qu'en est-il aujourd'hui à la fois en 2012 et vu à travers le prisme d'une pratique professionnelle soutenue en soins palliatifs puis en cancérologie ?



Clavreul identifie le discours médical essentiellement au discours du maître, ne serait-ce que par l'acte essentiel et inaugural du diagnostic, avec quelques passages au discours universitaire autour de la question du thérapeutique. Cette identification du discours médical au discours du maître me semble encore actuelle, les changements et évolutions techniques depuis les années 1970 n'ont ainsi pas encore complètement modifié ce moment d'entrée dans le discours médical qu'est l'étape diagnostique.

Ce moment-là est celui d'une mise en ordre : le médecin doit ordonner les signes amenés par le patient dans une série. Les signes présentés, mais aussi les signes que le patient porte sans le savoir et qu'un interrogatoire correctement mené et des examens complémentaires doivent faire émerger. Le signe est alors élevé par le médecin au rang de signifiant S1, en haut à gauche dans le discours du

\* Intervention au séminaire Champ lacanien, « Les principes du pouvoir », le 26 janvier à Paris.  
1. J. Clavreul, *L'Ordre médical*, Paris, Seuil, 1978.

maître, car susceptible d'être mis en série avec d'autres signifiants, S2, permettant d'identifier un syndrome et de produire un objet, *a*, la maladie, en bas à droite du discours. Le sujet reste sous la barre, en bas à gauche, et bien qu'il soit en place de vérité, son énonciation reste de peu d'importance, et peut même gêner cette étape de maîtrise et de mise en ordre qu'est le diagnostic. On y lit ainsi, me semble-t-il, la coupure que Canguilhem avait notée entre la maladie du malade, ce dont il se plaint, et la construction médicale de la maladie.

Tout diagnostic médical proprement dit, de l'affection banale aux plus graves, et ce quelle qu'en soit la phase, suit cet ordonnancement d'éléments qui deviennent des faits de par leur mise en ordre dans ce discours. Auparavant, ils n'étaient qu'éléments disparates, « purement contingents, inessentiels <sup>2</sup> » écrit Clavreul.

C'est aujourd'hui encore le cas. Vous en verrez un exemple très « 2012 » dans la série télévisée *D' House*, dont un des fils de l'intrigue est de déterminer, le temps de l'épisode, de quoi souffre le patient. On peut donc y voir les signes cliniques tels qu'éprouvés par le malade – plans filmés dans la chambre –, leur élévation en signifiants quand, transcrits dans le vocabulaire médical, ils s'inscrivent sur le *paperboard* dans la salle de « staff », et suivre l'étape de raisonnement menant à l'ordonnancement des signifiants ainsi listés dans une maladie répertoriée et ce hors du colloque singulier avec le patient. On y lit donc la tentative d'exclusion de la dimension subjective du malade et dans le même temps le retour de cette dimension subjective que le discours cherche à ne pas prendre en compte. Côté patient, dans le fait qu'il est toujours suspecté par le diagnosticien de mentir : sur ses symptômes, sur son mode de vie... ; et côté médecin, dans l'éclair qui permet au D<sup>r</sup> House d'ordonner les signes épars dans une maladie connue. Cet éclair se produit toujours à partir d'une association incongrue : un détail sous ses yeux, une couleur, un signifiant qu'il cueille en dehors de la réflexion proprement dite et qui lui permet d'ordonner les signifiants dans une série qui fait sens.

Dans l'exercice de ce pouvoir diagnostique, le médecin ne veut rien savoir de la subjectivité de son patient, et il est bien tenu de mettre la sienne à l'écart. Ce point, qui peut paraître assez violent, même après plusieurs années d'immersion dans le milieu médical, et

2. *Ibid.*, p. 65.

qui ne manque pas de heurter les étudiants en psychologie qu'on accueille à l'hôpital, est pourtant une condition de l'exercice du discours médical. Pas moyen pour le médecin d'établir son diagnostic et donc de décider de la thérapeutique s'il ne met pas de côté tous les détails qui n'entrent pas dans le corpus, tous ces signifiants du sujet qui ne sont pas des signes de la maladie. Et même, je force le trait, heureusement qu'il ne s'en occupe pas ! Rien de pire qu'un médecin qui fasse l'analyste dans l'exercice médical proprement dit : il y rate le diagnostic, et pas sûr qu'il atteigne l'acte analytique !

### **Pouvoir du savoir**

« Le savoir confère un pouvoir éternel » peut-on lire à l'entrée de l'Institut du monde arabe de Paris – on sait le « relais » qu'ont pris les médecins arabes après les maîtres grecs. Aujourd'hui, avec Internet, on ne peut que constater que le savoir médical est plus diffusé et plus accessible qu'à l'époque de Clavreul. Certains patients arrivent aujourd'hui avec la liste de leurs symptômes, préinterprétés, et s'adressent au médecin sur le versant thérapeutique, autour de la prescription. La plupart ignorent cependant la logique qui organise les signifiants entre eux, ce qui reste encore pour un temps l'apanage du médecin. Mais à l'heure du patient acteur de soin, du « patient-partenaire », il n'est pas rare de voir les patients suggérer aux médecins des pistes de recherche et s'engager en tout cas massivement dans des essais thérapeutiques où la signature du consentement, même éclairé, ne dissipe pas tout malentendu ! Je reviendrai sur un autre éclairage de ce consentement.

L'acte diagnostique, la prise dans le discours médical, a donc le pouvoir de nommer, et même de nommer le réel, de nommer une émergence du réel dans l'organisme avec du savoir. Avec des effets de soulagement, puisqu'« on sait ce qu'on a », parfois même dans les maladies graves, même si le soulagement est momentané. C'est aussi un pouvoir de prédiction : le fameux pronostic de la maladie, que nombre de patients exigent de leur médecin, faisant de celui-là le gardien d'un savoir qui se révèle souvent approximatif, mais à la puissance et aux effets sur le sujet toujours imprévisibles.

Ce pouvoir de nomination pèse néanmoins d'un poids certain sur le sujet, et peut aller jusqu'à l'écrasement, redoublant là le travail de sape de la pathologie elle-même. Le point de départ de ma

réflexion d'aujourd'hui a été l'histoire d'un jeune homme suivi la dernière année de sa vie. Atteint d'un sarcome de la mâchoire, ses os étaient devenus tellement fragiles que, pour éviter les risques de fracture spontanée, sa bouche avait été « cousue » pour en limiter au maximum l'ouverture. Cela le temps d'une chimiothérapie – plusieurs mois – administrée avant l'opération chirurgicale, dans le but de réduire sa tumeur et que l'opération soit ainsi moins mutilante, le terme consacré était « délabrante ». C'est dans cette phase que je le rencontre régulièrement, tâchant de décrypter les mots qu'il articule avec peine mais avec ténacité, nous aidant tous les deux de l'écrit. Il livre alors dans ce temps-là son espoir de reprendre son travail d'animateur radio, sa crainte pour sa voix ...

La tumeur « réduit » bien avec la chimiothérapie, l'opération est un succès. Je suis moi-même impressionné, quand je vais le voir en réanimation, de découvrir qu'une simple cicatrice barre désormais son menton, alors que toute sa mâchoire a été remplacée par un bout du péroné.

Les suites sont par contre extrêmement difficiles, avec un jeune homme qui reste fatigué et volontiers alité au-delà des quelques jours admis comme « normaux », et dont la faiblesse persistante freine toute reprise de l'alimentation. L'optique des traitements qu'il a reçus étant curative, l'équipe ne comprend pas son état général, que ses médecins traduisent en : troubles de l'appétit, abattement et clinophilie. Tombe alors, fort logiquement pour eux au vu de l'ordonnement de ces signifiants, le diagnostic de dépression. Ce signifiant ainsi produit vient pour toute une équipe de soins expliquer l'état du patient comme justifier la poursuite intensive de leur démarche curative : « L'opération est un succès, s'il va mal, c'est psychique, c'est pas nous ! » Que l'analyste s'épuise à rappeler à cette équipe qu'il manque un critère radical au diagnostic de dépression, soit la perte de ses intérêts habituels *pour parler DSM*, et que ce patient ne cède en rien sur son désir de reparler et de reprendre à terme son métier d'animateur ne pèse d'aucun poids. Le pouvoir de ce diagnostic est tel qu'on arrive à l'absurdité d'un tel dialogue entre infirmière et psy :

« Monsieur A ne va toujours pas bien, il reste dans le noir, rapporte l'infirmière.

- Mais le store de sa chambre est cassé !, répond le psy gagné à son tour par la dépression. Et il en a parfois assez de la lumière électrique, c'est vrai... »

Rien n'y fait, pas plus que l'appel au médecin psychiatre qui ne confirmera pas ce diagnostic de dépression. Le patient va de plus en plus mal, ses soignants le stimulent en permanence et s'agacent de son manque d'entrain et de reconnaissance envers leurs efforts... Le réel de l'aggravation déchirera ce voile collectif de la dépression posé par le discours médical. Une série d'examens met enfin et malheureusement en évidence un envahissement métastatique pulmonaire massif dont le patient décédera quelques jours plus tard. Cet envahissement fulgurant n'aurait vraisemblablement pas pu être stoppé par une nouvelle chimiothérapie, mais le reconnaître aurait sûrement freiné la surstimulation soignante dont il a souffert dans la dernière partie de sa vie et permis un accompagnement plus serein. On voit là que « l'erreur », sinon de diagnostic, du moins d'appréciation, reste pourtant cohérente avec la démarche induite par le discours médical. Comme l'écrivait Clavreul, « quelle que soit l'erreur commise, [le médecin] n'en reste pas moins dans le discours médical <sup>3</sup> ». Vous voyez là également le pouvoir de ce discours, et l'impuissance assez criante de l'analyste à infléchir ce qui a été formulé dans le discours médical.

### **Pouvoir sur l'avenir**

Cet acte de maîtrise, loin de faiblir, a connu nombre de prolongements depuis Clavreul, puisqu'on peut dépister aujourd'hui des maladies sans signe identifiable par le malade grâce aux progrès de l'imagerie notamment, et surtout des maladies avant même qu'elles soient là. Même en cancérologie la médecine prédictive s'est développée et il est possible à présent de détecter dans une prise de sang une mutation génétique qui va multiplier par quatre ou cinq les risques chez tel patient de développer un cancer. La conséquence n'est pas que théorique, puisque, dans certains cas, des opérations « préventives », prophylactiques, vont alors être proposées aux patients, des patientes en l'occurrence : ablation des seins ou des ovaires, soit d'organes absolument sains au moment de leur exérèse. On peut mesurer là l'écart entre un diagnostic qui a le pouvoir de nommer

3. *Ibid.*, p. 66.

des signes repérés dans le corps (le diagnostic de ce qui est) et le diagnostic de ce qui va très probablement arriver : est-ce d'ailleurs encore du réel, ce qu'on prévoit là ?

C'est dans ce contexte de mutation génétique avérée que le médecin généticien m'adresse madame B. « Je t'envoie M<sup>me</sup> B. Elle est "mutée", quatre fois plus de risques de développer un cancer de l'ovaire dans les années qui arrivent, elle vient d'avoir 40 ans, il faut absolument qu'on lui enlève les ovaires. Elle refuse, et ça m'inquiète beaucoup : il faut absolument que tu la voies. » Vous voyez la simplicité de la demande... Me revient souvent en mémoire, dans ce tourbillon de fureur à guérir qu'est parfois l'hôpital, une phrase de Danièle Silvestre, extraite d'une interview donnée au *Journal du sida* dans les années 1990. Elle y expliquait que « pour un psychanalyste la vie n'est pas une valeur sacrée [...] [et que] l'éthique d'un psychanalyste est d'aider chacun à être au clair avec son désir <sup>4</sup> ». Cela m'aide toujours quand l'analyste est sommé d'aider le médecin à faire entrer le patient dans les décisions médicales, quand on lui demande de participer à l'exercice du pouvoir, au nom du bien pour l'autre et de la vie à sauver.

Je reçois donc M<sup>me</sup> B, envoyée par son médecin inquiet, et elle-même assez angoissée par la situation. La patiente est en psychothérapie depuis deux ans, près de chez elle, et c'est ce qu'elle m'en rapporte qui m'inquiète à mon tour : longues discussions sur ses émotions avec cette thérapeute, boissons chaudes et massages venant conclure les séances... Je lui propose alors de venir me parler à l'hôpital de la situation qu'elle est en train de vivre, offre dont elle se saisira tout de suite. Je ne déplie pas le cas, mais le point tournant a été pour M<sup>me</sup> B de mettre au jour l'insatisfaction ressentie dans la relation avec sa mère - elle-même décédée d'un cancer de l'ovaire à l'âge de 50 ans - dans un rêve où sa mère lui tourne le dos ; de mettre au jour aussi le fantasme qui y était articulé : que la seule chose qu'elle pourrait partager avec sa mère, c'était le même destin morbide d'une femme qui mourrait jeune. Ce point-là dénoncé, l'opération ne lui semblait plus impossible. Elle choisit de la faire pratiquer, ce qui vous l'avez compris n'était pas l'objectif des séances, ni ne signait la fin du travail analytique entrepris.

4. D. Silvestre, « Entre dépression et lucidité », *Le Journal du sida*, n° 84, avril 1996, p. 23-25.

En 1966, dans une conférence au collège de médecine, Lacan pointait déjà que le médecin était sollicité sur le versant du spécialiste scientifique mais également comme agent dispensateur des avancées thérapeutiques. Il y introduisait immédiatement la question de la demande, et la faille qui existe entre la demande et le désir. Le malade n'attend pas « purement et simplement la guérison. Il met le médecin à l'épreuve de le sortir de sa condition de malade, ce qui est tout à fait différent, car ceci peut impliquer qu'il est tout à fait attaché à l'idée de la conserver <sup>5</sup> ». Sans la prise de parole de M<sup>me</sup> B « avec un partenaire qui a chance de répondre <sup>6</sup> » et qui ne s'orientait pas de l'injonction médicale, aurait-elle pu éclairer sa décision ? Certes, M<sup>me</sup> B avait été informée médicalement, ce qui est bien évidemment un préalable indispensable, mais on voit bien qu'une autre dimension résiste au bon sens et aux recommandations « sanitaires », celle du sujet qui ne se réduit pas aux informations qu'on lui délivre.

### **Pouvoir de vie, pouvoir de mort : biopouvoir**

Pouvoir de nommer, de soigner, de guérir, et même de prévenir à l'échelle individuelle et groupale... Le pouvoir médical, c'est ce que Michel Foucault théorise au moment où Clavreul rédigeait *L'Ordre médical*, s'est allié à la dimension politique dans le « biopouvoir », c'est-à-dire le pouvoir qui s'exerce sur la vie et, par là même, explique la place centrale accordée et exercée par la médecine dans nos sociétés occidentales. Foucault situe l'émergence au XVIII<sup>e</sup> siècle, corrélativement à une transformation dans le droit. On passe ainsi d'un droit souverain à donner la mort au devoir de faire vivre et laisser mourir. Cette alliance du médical et du politique permet bien sûr une organisation collective de la santé, l'égalité d'accès aux soins... mais a aussi sa face sombre : quand un ministre en exercice en vient à définir l'assistanat comme « le cancer de la société », et on frémit à l'idée du traitement découlant d'un tel diagnostic, cela relève aussi du tissage médecine et politique. Le biopouvoir fait aussi entrer les valeurs dominantes d'efficacité et de production du discours qu'on

5. J. Lacan, « La place de la psychanalyse dans la médecine », *Lettres de l'École freudienne*, n° 1, 1967, p. 34-51.

6. J. Lacan, « Introduction à l'édition allemande d'un premier volume des *Écrits* », dans *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001, p. 558.

dit capitaliste dans le champ de la gestion des corps <sup>7</sup>. On mesure tous les jours le poids de l'économie dans la politique de la santé et ses répercussions dans les pratiques de soins. Les hôpitaux sont maintenant financés en fonction des actes qu'ils pratiquent, et non plus au prix de journée, ce n'est bien sûr pas sans influence sur la sélection des patients, sur la fonction d'accueil de la précarité que l'hôpital perd chaque jour un peu plus, ni sur le temps qu'on laisse à chacun pour se remettre des interventions, et même pour mourir, puisque la majorité des décès a lieu à l'hôpital, sous assistance et surveillance médicales ...

À ce moment de la fin de vie, au « moment où le corps nous abandonne <sup>8</sup> » comme le dit joliment Clavreul, on entend parfois les patients eux-mêmes décréter que « ça ne sert plus à rien », ravalant la vie et ses derniers instants à une logique utilitaire où la vie et l'individu doivent servir à quelque chose ! Certes, dans « ça » ne sert plus à rien, peut s'évoquer la poursuite des traitements, ou l'acharnement thérapeutique, et la loi de 2005 permet maintenant au patient de s'y opposer. C'est d'ailleurs une émergence positive du biopouvoir, ne laissant plus au médecin l'entière et solitaire capacité de décider de ce qui est bon pour l'autre, contrairement à ce que décrivait Clavreul. Mais le plus souvent, « ça ne sert plus à rien » désigne le vide de production de la fin de vie : ça ne sert plus rien, parce que je ne fais plus rien et donc je ne vaud plus rien. La période de fin de vie, qui est un temps de fragilité extrême, est intolérable dans l'idéologie actuelle du moi fort, indépendant, autonome qui nourrit les revendications pro-euthanasie qui enflent dans la société actuelle. Or, dans le « je ne vaud plus rien, donc tuez-moi », l'analyste fait souvent jaillir l'envers de ce qui semble être une demande de séparation radicale, soit plutôt une question posée à l'autre : « Qu'est-ce que je vaud encore pour toi ? » C'est quand même autre chose que de ravalé cette demande de mort à ce qu'elle semble signifier, et pas le moindre de nos actes.

Cette question du lien à l'autre devrait pouvoir être posée dans les lieux de soins habituels des patients, et pas seulement dans les unités de soins palliatifs vers lesquelles ils sont transférés au mauvais

7. On sait la diffusion et le poids de ce signifiant « gérer », puisqu'on gère à présent sa maladie, son deuil...

8. J. Clavreul, *L'Ordre médical*, op. cit., p. 29.



motif qu'« il n'y a plus rien à faire ». C'est pourtant faire peu de cas d'une branche particulière de la médecine que sont les soins palliatifs, souvent pratiqués par des médecins ayant pris la mesure de la limite du savoir et de la toute-puissance qui peut régner partout ailleurs. Certes, l'idéologie du biopouvoir tente de protocoliser et de fonder par les preuves cette médecine qui a longtemps été empirique, aidée en cela par les *coachs* du bien-mourir et la tyrannie de la transparence et du tout dire ! Permanence de l'ordre médical, jusque dans ces moments-là aussi. Cela reste quand même une médecine qui accompagne une phase que la plus grande partie de l'humanité dénie dans le fantasme d'immortalité, et dans laquelle l'analyste peut parfois se faire passeur, entre un sujet qui meurt et l'horreur de savoir généralisée dans son entourage proche et soignant !

La question de ce que peut l'analyste qui évolue dans un tel milieu, annoncée dans mon argument, est en filigrane dans tout mon texte. Parfois il ne peut strictement rien, sinon se tenir aux côtés du sujet pris dans les effets du discours médical. Il prend alors la mesure de l'impuissance et c'est heureux qu'il en ait fait l'épreuve dans sa propre cure. Parfois il permet à ce sujet d'éclairer ses choix et fait bouger les lignes. Toujours il essaie de ne pas reculer devant le sujet qui fait l'épreuve du réel, et lui offre d'essayer de s'en dégager, autant que faire se peut, d'en alléger quelque peu le poids, de dire, encore et toujours. Ce point-là me vient de Michel Lapeyre. Un jour où je présentais le mémoire universitaire qui traitait de cette première expérience en médecine et que je m'interrogeais sur l'action possible d'un analyste, il avait alors évoqué Agamben, pour qui le vrai témoin de l'expérience extrême des camps n'existe pas : il ne peut rien dire, puisqu'il est mort. Michel Lapeyre en dégageait alors l'offre de parole que peut faire l'analyste au sujet qu'il rencontre, dans ce dire : « Parle. Celui qui parle n'est pas mort. »