

La vie psychique de la maladie

Guillaume le Blanc*

L'URGENCE vitale du soin risque d'oblitérer l'ampleur de l'ébranlement mental suscité par l'entrée dans la maladie. Situé entre l'heureuse éventualité de la guérison et la crainte de sa non-venue, le malade désire envisager le soin comme la seule issue possible à la pathologie. Le médecin, lui aussi, ne retient de la maladie que ce qui est susceptible d'être soigné. Les proches, enfin, attendent des soins qu'ils dénouent le drame de la maladie et réintègrent l'homme malade dans la normalité de la vie ordinaire. Le soin est ainsi perçu comme le moyen de la guérison, annulant grâce au geste curatif qui le supporte l'événement honteux de la maladie.

Le développement des maladies chroniques a offert l'occasion d'une réflexion nouvelle sur les rapports entre soin, guérison et maladie. C'est qu'il existe des maladies pour lesquelles le soin ne signifie pas guérison mais aménagement de la maladie, vie avec la maladie. Les maladies chroniques (cancer, sida, etc.) nécessitent des soins chroniques pour lesquels l'horizon n'est plus la guérison mais la viabilité d'une vie. D'une manière plus générale, le pluriel des soins qui accompagne une vie malade s'inscrit dans des relations de soin qui sont, par définition, des relations dissymétriques, par lesquelles circulent des jeux de pouvoir et de savoir particuliers qui amplifient le sentiment de vulnérabilité du malade mais qui réinscrivent aussi le malade dans un ensemble de socialisations liées à la chaîne médicale elle-même¹. La logique des soins n'est plus alors l'instrument silencieux de la guérison mais elle est articulée à une double nécessité, thérapeutique et éthique, dans laquelle s'inscrit le patient en tant qu'il est à la fois celui à qui est adressé le soin et celui qui peut

* Philosophe, professeur à l'université Michel de Montaigne, Bordeaux 3. A récemment publié *L'Esprit des sciences humaines*, Paris, Vrin, 2005.

1. Voir Paul Ricœur, « Les trois niveaux du jugement médical », dans *le Juste 2*, Paris, Éditions Esprit, 2001, p. 229.

répondre, de manière critique ou laudative, à la relation de soin elle-même. Le malade n'est pas seulement un « diminué » momentané ou durable, il est aussi un autre « ego » situé dans une relation dyadique avec un médecin et dans une chaîne de soins et peut, à ce titre, intervenir de manière plus ou moins embarrassante dans la relation médicale. Les embarras du patient ne sont tels que pour autant que la médecine s'est concentrée exclusivement sur l'épreuve de soin devant conduire à la guérison et a écarté l'histoire subjective de la maladie.

Il est inévitable que la médecine moderne, du fait de sa spécialisation, fragmente le corps du malade par le regard exclusif porté sur l'organe défectueux². Mais, le malade ne peut se résorber dans la partie troublée de son corps³. Il est donc erroné de considérer le raisonnement médical selon les seuls protocoles techniques qui encadrent l'exercice actuel de la médecine. Dans cette perspective, le raisonnement médical impose la forme techno-scientifique qui le sous-tend aux différentes vies concernées par la maladie et perd de vue la globalité du malade. La question est alors de savoir ce que signifie une telle globalité. Si elle est si souvent affirmée et donne à la clinique ses lettres de noblesse, aucun contenu ne lui est réellement conféré. Trop souvent, cet argument n'a de sens que comme rappel bioéthique face aux conditions « inhumaines » de la médecine. Or le raisonnement bioéthique n'est rien d'autre qu'un réarrangement normatif qui vise à régler les conduites en les reconstruisant dans l'univers consensuel de la parole éclairée. Celle-ci appréhende les situations nouvelles « en termes *a priori* normatifs » (« dignité », « éthique », « désir d'enfant », « personne potentielle ») qui, non seulement exercent souvent, ainsi que le note Dominique Memmi, une « disqualification discursive de certaines pratiques, renvoyées à la marge d'un modèle plus ou moins explicite⁴ » mais s'adosent, également, à la valeur considérée comme allant de soi de l'intégrité de la personne dont le sens est confondu avec le rappel de la globalité du malade. Les deux raisonnements, médical et bioéthique, qui ont chacun leur légitimité, doivent momentanément passer au second plan si l'on veut pénétrer dans le drame vécu de la maladie. La caractérisation du soin comme protocole technique contrecarrant la maladie dans le premier cas, le rappel normatif de l'intégrité d'une personne dans le second cas, ne permettent pas de dévoiler ce drame. En particulier, la contre-narration que tend à devenir la parole éclairée de la bioéthique, si elle a son utilité morale, laisse de côté ce qui est au premier plan de la maladie pour un malade, la révélation de la fragilité, la certitude d'une vie précaire, autre, et qui peut percer, de manière désordonnée,

2. Jacqueline Lagrée, *le Médecin, le malade et le philosophe*, Paris, Bayard, 2002, p. 130.

3. Lire à ce propos « Les maladies », dans Georges Canguilhem, *Écrits sur la médecine*, Paris, Le Seuil, 2002, p. 33-48.

4. Dominique Memmi, *Faire vivre et laisser mourir*, Paris, La Découverte, 2003, p. 47.

dans les récits de vie des malades⁵. En ce sens, « la maladie est une nouvelle dimension de la vie⁶ ».

Rendre justice à cette épreuve de la vulnérabilité, c'est alors considérer la maladie ni à la manière des seuls médecins lorsqu'ils soignent, ni même à la manière des philosophes bioéthiques lorsqu'ils jugent du soin mais comme un fait d'existence qui n'est pas seulement le double intérieur de la maladie, la représentation de la maladie par le malade mais s'inscrit dans une vie psychique plus vaste qu'elle modifie et réorganise. Il existe une vie psychique de la maladie. Parler d'une vie psychique de la maladie, c'est d'emblée refuser l'autonomie de la représentation mentale par rapport à la maladie pour avancer l'hypothèse selon laquelle la maladie est un fait total, à la fois corporel et psychique, qui interdit de dessiner un schéma dualiste, souvent implicitement convoqué, reposant sur un partage entre un corps abîmé et une pensée intacte.

Il existe, sur ce point, une exemplarité de la psychanalyse car elle révèle, mieux qu'aucun autre savoir critique, le versant psychique de toute maladie, y compris les maladies organiques et qu'elle atteste ainsi d'un rapport étroit entre subjectivité et maladie. Seulement la psychanalyse ne doit pas être considérée comme la vérité silencieuse du dispositif médical mais comme un énoncé culturellement situé dans une histoire des régimes de vérité du corps et de l'esprit qui est celle de notre culture occidentale. S'il est vrai, comme l'affirme Catherine Lutz, que « les systèmes de savoirs culturels donnent à l'existence humaine ses structures fondamentales » dans la mesure où ce sont « eux qui fixent comment les gens vivent leur rapport à eux-mêmes et aux autres⁷ », alors il va sans dire que la psychanalyse doit elle-même être située comme un ensemble d'énoncés relevant de la culture occidentale. À ces conditions, il est possible de faire appel à la psychanalyse comme l'une des formulations les plus rigoureuses dans notre culture occidentale qui atteste des épreuves psychiques de la maladie. L'exemplarité de la psychanalyse ne provient donc pas seulement du travail thérapeutique sur la maladie mentale. Elle est à chercher également dans le récit qu'elle propose de la subjectivité malade et dans les épreuves psychiques qui en résultent jusque dans les maladies somatiques. La psychanalyse ne peut plus alors être considérée seulement comme une médecine. Elle est une pensée clinique, une forme de philosophie mêlée dont toute la signification est d'inventer le malade comme sujet de la maladie et ainsi de donner sens à l'idée même d'un sujet malade.

5. Sur la maladie comme précarité, se reporter à G. Canguilhem, « Les maladies », art. cité, p. 47 et à P. Ricœur, « La différence entre le normal et le pathologique comme source de respect », dans *le Juste 2*, op. cit., p. 218.

6. G. Canguilhem, *le Normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966, p. 122.

7. Catherine Lutz, *La dépression est-elle universelle ?*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 2004, p. 48.

Être malade, guérir

Je situerai ma principale piste de réflexion dans l'intervalle qui sépare la maladie de la guérison. Je considère que cet écart est particulièrement instructif car le malade est encore séparé de la guérison par la maladie et il s'en remet à la médecine en vue de la guérison. L'acte thérapeutique qui est suscité par la souffrance engendrée par une maladie est évalué en fonction de l'espoir de guérison d'un patient. Cette affirmation vaut pour les deux termes de la relation thérapeutique. Du côté du malade, la guérison est, comme le note Georges Canguilhem, « ce que le malade attend du médecin⁸ ». Elle est l'événement qui met fin à la relation à un médecin. Le caractère incurable de certaines maladies devient, dans cette perspective, l'ombre qui entoure le tableau lumineux de la guérison. Il engendre une angoisse, l'angoisse de ne pas guérir, d'être séparé de la vie normale par le liseré obsédant de la maladie. Du côté du médecin, la guérison est l'effet du pouvoir médical sur le corps d'un patient, elle est le résultat de la bonne expertise thérapeutique et de la prescription qui en a résulté. L'incapacité de soigner est alors le non-dit qui hante tout acte médical, ce par quoi la relation entre un médecin et un patient peut s'abîmer et dégénérer en basculant dans une série d'examen, d'actes multiples qui inscrivent l'existence du malade dans le temps différencié de la médecine spécialisée.

Il reste que la dissymétrie qui prévaut à la relation du patient et du médecin doit pouvoir s'estomper lorsque la guérison est atteinte et engendrer une nouvelle égalité de fait entre deux personnes qui ne sont plus séparées par le savoir-pouvoir de l'une et la souffrance de l'autre⁹. La guérison est ainsi ce qu'il faut atteindre et qui permet à la médecine de ne pas s'enfermer, en droit tout du moins, dans le cercle infernal de l'acharnement thérapeutique. Sait-on pourtant ce que signifie guérir ? Canguilhem s'empresse de remarquer que la guérison est l'élément le moins traité dans la réflexion médicale¹⁰. Ceci s'explique par la difficulté de produire un critère qui permette d'indiquer en toute vérité l'état de guérison d'un sujet. Autant l'attention à la maladie peut se faire en fonction de signes, que le diagnostic résume, autant la guérison soit est entièrement dépendante du diagnostic au point qu'elle est, pour les maladies bénignes, cette disposition engendrée par la réponse médicale qui résulte du diagnostic, soit fait référence, spécialement pour les maladies importantes, à une évaluation par le bénéficiaire (le malade) qui implique un élément de subjectivité qui ne peut précisément être quantifié et qui peut prendre la

8. G. Canguilhem, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? », dans *Écrits sur la médecine, op. cit.*, p. 69.

9. P. Ricœur, « Les trois niveaux du jugement médical », art. cité, p. 230.

10. G. Canguilhem, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? », art. cité, p. 69.

forme d'une question triviale : le médecin me dit que je suis guéri mais le suis-je vraiment ? Pour le médecin, la guérison est visée dans l'axe d'un traitement approprié. Pour le malade, la guérison est un événement de vie qui rompt avec un autre événement de vie, la maladie, et qui bouleverse plus ou moins, en fonction de la nature de la maladie et de la vie subjective qu'elle a impliquée, l'ensemble de cette vie, tout comme la maladie, comme événement instaurant un « avant » et un « après », avait bouleversé l'allure singulière d'une vie.

On voit par là qu'il est extrêmement erroné, ainsi que Georges Canguilhem l'avait déjà révélé, de tenir la guérison comme le retour à un ordre normal antérieur, à une santé première non bouleversée par l'épreuve de la maladie et de la guérison¹¹. C'est que la guérison, qui reste une valeur biologique pour le médecin, surgit toujours comme valeur existentielle pour le malade. Ce décalage est fondamental car il permet d'expliquer un certain nombre de malentendus à propos de la guérison. Il permet d'expliquer notamment qu'un sujet peut s'estimer ne jamais être totalement guéri alors même que l'instance médicale a déclaré la guérison. Il est naturellement possible de mettre cela sur le compte d'une phobie particulière qui serait le fait d'un malade imaginaire. Seulement il faut reconnaître que c'est tout un problème pour une existence de savoir à quel moment elle peut se dire guérie dans la mesure où la guérison engage la fin d'une anxiété à propos de la maladie dont il n'est pas sûr qu'elle disparaisse avec la fin des symptômes de la maladie. La vie psychologique de la guérison ne coïncide pas avec la vie physiologique de la disparition de la maladie. Il faut dès lors avancer que la vie physique de la maladie et de la guérison est doublée d'une vie psychique qui non seulement a sa vie propre mais qui renvoie, par-delà l'épreuve de la maladie ou l'événement de la guérison, à l'histoire singulière d'un sujet et à son mode de fabrication spécifique. Ainsi, très souvent, le malade ne cesse de se penser malade uniquement du fait du diagnostic du médecin qui lui assure qu'il n'est plus malade. C'est que, spécialement pour les maladies lourdes, le malade a appris à vivre avec sa maladie. Si, dans un premier temps, l'homme malade rejette la maladie comme cet événement intrusif qui le rend étranger à lui-même, dans un second temps, il tend à se rapporter à elle sous la forme d'un certain travail d'acceptation de la maladie qui n'implique pas la résignation mais indique qu'à un certain moment, ce qui était impossible pour un sujet, vivre avec sa maladie, devient désormais possible. Ce constat selon lequel le malade continue à vivre avec la maladie ne signifie pas qu'il s'habitue à la maladie ou désire rester en elle mais que la vie a pris un autre sens avec la maladie. Dans les maladies chroniques comme le

11. G. Canguilhem, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? », art. cité, p. 74-75.

sida, dans les maladies aussi graves que les cancers, se fait alors jour l'idée d'une altération de la vie qui est épreuve de l'altérité même dans la vie. Cette altérité est médicale (les cellules ne sont plus les mêmes), elle est également physique (ce que peut le corps dans la maladie ne peut plus se mesurer à ce qu'il pouvait avant la maladie) mais aussi métaphysique : l'identité du soi que l'on croyait stable, régulière, est modifiée par l'épreuve de la maladie, se révélant instable, fragile, précaire. C'est pourquoi, conformément à ce qu'affirmait déjà Nietzsche, la maladie est un point de vue sur la vie qui fait disparaître l'attachement innocent à la vie. Avec la maladie, « la confiance dans la vie n'est plus ; la vie même est devenue problème¹² ». Il existe ainsi une fragilité propre de la vie que révèle la maladie qui suppose que la vie n'existe qu'en tant qu'elle est à la recherche d'un ordre optimal, sans que cette recherche soit jamais assurée. La vie est une résistance à la maladie qui peut craquer dans la maladie. Entrer dans la maladie de ce point de vue, c'est entrer dans la fragilité de la vie. Vivre dans la maladie, c'est vivre de l'intérieur même de cette conscience de la fragilité. Une vie malade n'est donc pas seulement une vie diminuée mais une vie modifiée par l'événement qu'est la maladie et qui implique une vie autre, vulnérable.

La guérison elle-même doit être repensée dans le cadre de cette épreuve subjective, psychique et corporelle, de la maladie. Elle implique en effet d'avoir traversé l'épreuve de la maladie. En ce sens, elle implique un travail de deuil, celui de la maladie qui, certes, peut sembler évident (quoi de plus joyeux que de sortir de la maladie ?) mais qui suppose, là encore, un bouleversement complet de son existence qui peut être approché par l'expression : vivre sans sa maladie. Il ne nous semble pas absurde, de ce point de vue, de parler d'un sentiment de perte dans le recouvrement de sa santé puisque celui qui gagne en santé perd en maladie. Il y a deux raisons qui rendent difficile cette perte. D'une part, la maladie a institué un sens (tragique certes) de la vie. Elle induit la possible désignation d'une identité personnelle au plus près de la vie précaire comme le suggère le langage ordinaire dans la proposition « je suis malade¹³ ». D'autre part, le sentiment de la maladie ne disparaît pas avec la guérison. Il continue à hanter l'homme guéri sous la forme d'un spectre négatif qui peut ressurgir à tout moment et qui perce sous l'interrogation « que se passerait-il si je redevenais malade ? ». Le travail de deuil de la maladie qu'implique la guérison ne peut se faire que dans le maintien du sentiment de la maladie. La maladie ne disparaît donc jamais totalement puisqu'elle continue à exister sur la scène de conscience d'un

12. F. Nietzsche, *le Gai Savoir*, Paris, Gallimard, 1967, vol. V, « Préface à la deuxième édition », p. 25.

13. Voir sur ce point *la Montagne magique* de Thomas Mann.

sujet sous la forme d'une angoisse (que se passerait-il si... ?) qui peut prendre la forme d'une panique (ça y est, il se passe ce que je redoutais...). La maladie est alors un refoulé psychique qui s'impose jusque dans la santé sous la forme d'un étonnement nouveau devant la santé. « L'étonnement proprement vital, c'est l'angoisse suscitée par la maladie¹⁴. » La santé n'est plus la « vie dans le silence des organes » (Leriche¹⁵), cette évidence non interrogée, solidaire d'une absence de bruits, d'alarmes corporelles qui attestent de la valeur même de la santé. La santé qui apparaît avec la guérison est une santé consciente de la précarité de sa valeur, une santé portée avec difficulté par un sujet (qui ne se situe plus dans ce rapport d'évidence à la santé antérieure à la maladie), en laquelle fait inexorablement retour le refoulé de la maladie. La guérison n'est donc pas un processus intégral. En elle la maladie ne disparaît pas totalement. L'homme guéri, c'est alors proprement l'homme inguérissable non pas au sens où il est encore malade, voire même inconsolable mais au sens où sa vie est devenue autre en raison des événements de la maladie et de la guérison, altérité qui suppose la fin de l'innocence biologique première, de l'adhésion à son assurance corporelle et mentale. L'homme guéri, c'est ainsi l'homme fêlé, celui en qui une fêlure est apparue, à partir de laquelle les possibles d'une vie prennent une tout autre valeur. Dans cette fragilité de l'homme guéri, c'est toute une ouverture à la maladie possible, probable, à venir qui fait son apparition. C'est pourquoi, comme l'affirme Canguilhem « l'homme est donc ouvert à la maladie non par une condamnation ou par une destinée mais par sa simple présence au monde¹⁶ ». Cette ouverture à la maladie qui est le signe de l'homme qui a été malade, qui a traversé la maladie, est conscience du caractère mortel de la vie. Le fait d'avoir été malade situe l'homme guéri dans une conscience nouvelle de la mort. Le contenu psychique du refoulé de la malade est l'angoisse de la mort.

La psychanalyse comme clinique de la vie psychique

C'est sur ce versant psychique de l'épreuve de la maladie que la clinique psychanalytique se révèle fondamentale dans la mesure où elle cherche, dans le temps long d'un colloque singulier qui lui est propre, à faire émerger le sens subjectif d'une vie et à révéler ainsi la scène psychique sur fond de laquelle s'incrustent les événements de la maladie et de la guérison. Freud invente le malade comme sujet en le dotant d'une vie mentale qui entre dans le procès même de la mala-

14. G. Canguilhem, *le Normal et le pathologique*, op. cit., p. 59.

15. *Ibid.*, p. 52.

16. *Id.*, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? », art. cité, p. 89.

die. Il ressort de ce cadre clinique que la vie psychique doit être considérée dans son intégralité. Les symptômes extraits dans l'analyse, qui vont des plus apparents (souvent les moins significatifs) aux moins apparents, n'ont de sens que relativement à l'intégralité de la vie psychique dans laquelle ils occupent une fonction particulière. Les comprendre suppose de les rapporter à l'ensemble de la vie psychique afin qu'ils soient ressaisis non en eux-mêmes mais relativement à l'idée morbide qui en est à l'origine, laquelle idée morbide n'est pas une entité abstraite, mystérieuse, qui se serait déposée dans la vie psychique mais un type de régulation originale de la vie psychique. L'idée pathogène est en son fond le pli qu'a pris la vie psychique pour un individu, aussi n'en est-elle pas un accident mais son trait d'organisation majeure. Avec Freud, dans le cadre il est vrai des maladies mentales, la vie psychique est malade non pas par défaut mais par excès. En ce sens la vie psychique ne tombe pas malade au sens où tomber implique une chute, donc une contingence. La vie psychique n'est pas sujette à une maladie, elle s'affirme jusque dans la maladie. La vie psychique ne tombe pas malade mais fait une maladie. La maladie apparaît alors comme une résolution ultime de conflits psychiques fondamentaux. Elle est une tentative de résolution des conflits, partielle cependant car elle se retourne contre le sujet qui s'attache à elle mais elle reste malgré tout une tentative de résolution d'un conflit plus archaïque dont l'origine, pour Freud, est toujours une certaine difficulté de l'écoulement de l'énergie pulsionnelle ou une certaine difficulté de l'écoulement de la libido. Freud découvre ce qui a été également signalé par Nietzsche sous une autre forme, à savoir que la maladie est déjà une forme de tentative de recouvrement de la santé. La maladie est déjà une manière de santé, elle est une santé précaire qui s'efforce d'ajourner des souffrances plus grandes¹⁷. Littéralement la maladie est une petite santé et l'on découvre chez Freud comme chez Nietzsche le projet fondamental qui se donne comme l'affirmation d'une clinique de passer d'une petite santé à une grande santé¹⁸, ce qui suppose de rompre avec sa petite santé, quitte à faire une expérience plus effrayante encore de sa propre maladie, quitte à perdre l'identité personnelle conquise dans la petite santé.

Il est possible, dans ce contexte, de revenir à ce que Fédida nomme le « savoir de soi » du symptôme¹⁹ qui révèle, dans l'analyse, un style psychique, la mise en œuvre d'une causalité psychique singulière. Le symptôme est une invention de la vie psychique destinée à maintenir une activité psychique en même temps que cette activité

17. F. Nietzsche, *le Gai Savoir*, op. cit., §. 120, p. 146.

18. *Ibid.*, §. 382, p. 291-292.

19. Pierre Fédida, *Des bienfaits de la dépression*, Paris, Odile Jacob, 2001, p. 140.

est redéfinie en permanence par la défense que le symptôme met en place relativement à l'idée morbide. Le symptôme est donc tout le contraire d'un leurre. Il est un révélateur de la vie psychique dans son débat avec une maladie, sous la double forme d'une coloration de la vie psychique par la maladie et d'une défense de la vie psychique à l'égard de la maladie.

Ce qui est révélé par Freud à l'occasion des maladies mentales concerne le lien psychique inextricable d'un sujet à la maladie. Dire que la maladie est un événement psychique, c'est construire une causalité mixte entre psychisme et maladie dans laquelle l'idée d'une détermination du psychisme par la maladie est ruinée au profit d'une vie psychique comprise à la fois comme vie psychique de la maladie (celle-ci suit son cours mental en le bouleversant) et comme vie psychique dans la maladie (la vie psychique se réorganise dans son rapport à la maladie). Le malade est alors le sujet de la maladie au double sens où il en est l'objet (rapport de sujétion) et où il continue à se rapporter à soi dans la maladie (rapport de subjectivation).

Il devient alors possible et même souhaitable, sur fond de l'analyse freudienne des maladies mentales, de revenir à l'analyse de la maladie somatique et de la guérison pour affirmer que la maladie est également un événement subjectif et donc aussi psychique. En première instance, ceci suppose, conformément à ce qu'énonce Freud, que « les médecins (ne peuvent) se passer de la psychothérapie pour la simple raison que l'autre intéressé, le patient, n'a nullement l'intention d'y renoncer²⁰ ». Face au médecin qui pourrait vouloir le traiter comme un arrangement d'organes, le patient ne cesse d'en référer à sa vie subjective qui, si elle est barrée dans l'interlude de la consultation médicale, n'en finit pas de frayer son chemin et ce jusque dans la violence de l'institution qui la barre et s'exprime, à défaut du dialogue avec le médecin, dans un soliloque qui amplifie la vie psychique de la maladie, au point qu'il n'est pas exclu de penser, comme l'affirme Freud, qu'un « facteur lié à la disposition psychique du patient surgit pour influencer sur tout le processus thérapeutique déclenché par le médecin²¹ ». Certes Freud prend soin de dire que ce facteur, en règle générale, « favorise la guérison » mais il note qu'il peut avoir « quelquefois un effet inhibant ». La soumission du patient au médecin dans l'acte thérapeutique se produit le plus souvent en direction du crédit accordé au pouvoir-savoir du médecin et de la dissymétrie qui en résulte mais elle peut aussi se retourner contre le patient, le paralysant psychologiquement et interdisant ou compliquant singulièrement la vie psychique de la maladie. En deuxième ins-

20. S. Freud, *la Technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1953, « De la psychothérapie », p. 10.

21. *Ibid.*, p. 11.

tance, ceci suppose de bien comprendre en quoi les maladies somatiques sont des événements à deux faces, physique et psychique. Si la psychanalyse postule justement que certaines maladies, les maladies mentales, sont des événements dont la face déterminante est la face psychique, la face physique n'étant que la possible surface de conversion de certaines névroses, il reste que la médecine en son sens le plus large ne peut se détourner de l'hypothèse d'une vie psychique de la maladie telle qu'elle a pu être formulée en toute rigueur par Freud. C'est pourquoi il existe, de ce point de vue, une véritable exemplarité de la cure analytique qui apparaît comme l'une des tentatives les plus rigoureuses pour formuler un espace psychique de la médication. Certes un tel protocole n'a de sens que dans la mesure où il est une réponse à un événement de nature psychique. Seulement cette corrélation entre événement psychique de la maladie et réponse psychique à la maladie dans l'analyse devrait bien être également envisagée dans les maladies somatiques, s'il est vrai que ces dernières ne sont jamais totalement réductibles à un savoir du corps mais mettent en jeu également des processus mentaux. Il n'est pas certain que ce travail psychique ait véritablement lieu dans la médecine d'aujourd'hui.

C'est qu'en la matière, il existe une véritable difficulté que le concept d'autobiographie permet d'approcher. Laisser une place à la vie psychique de la maladie, c'est en passer par la parole du malade, c'est autoriser la construction d'un récit autobiographique à l'intérieur de la relation thérapeutique. Or ce récit autobiographique est valorisé aujourd'hui mais sous la forme exclusive de ce que Dominique Memmi nomme les « autobiographies d'institution ». Elle remarque, à juste titre, que l'encadrement des pratiques médicales, spécialement celles qui concernent les pratiques de la reproduction et de la mort (mais il est possible d'en élargir la portée) présupposent une forme spécifique de surveillance publique qui est l'autobiographie d'institution. « Qu'est-ce qui est demandé à ceux qui se déclarent candidats (aux) prestations médicales entourant le corps procréateur et le corps mourant ? Une biographie, si l'on en croit une des trois définitions qui en sont proposées par Lejeune : "L'histoire d'un homme raconté par lui-même à un ou des autres qui l'aident par leur écoute à s'orienter dans sa vie"²². » L'obtention de l'intervention thérapeutique est sous-tendue par le bien-fondé d'un patient à construire un récit de vie qui intègre sa détresse ou son désir d'enfant dans une narration autobiographique. Seulement cette narration, à la différence des autobiographies à visée littéraire ou psychologique, est sollicitée par le représentant d'une institution. Ainsi de telles autobiographies

22. Philippe Lejeune, *Moi aussi*, 1988, p. 18, cité par D. Memmi, *Faire vivre et laisser mourir*, *op. cit.*, p. 59.

d'institution ne peuvent répondre que partiellement aux attentes autobiographiques du patient puisqu'elles sont écrites ou proférées en direction de ce qui est estimé significatif pour l'institution. La confession médicale participe ainsi d'un double registre. D'un côté, elle peut être comprise comme la promotion du malade comme sujet de la relation de soin puisqu'il lui est demandé d'intervenir dans la construction de l'acte thérapeutique sous la forme d'un récit de vie, construction mentale censée justifier l'acte médical en lui donnant une raison d'être subjective qui le surplombe. D'un autre côté, cependant, elle doit être également comprise comme une forme spécifique de gouvernement des conduites analysée par Dominique Memmi sous le registre de gouvernement par la parole. L'exercice actuel de la médecine se loge dans la valorisation du malade comme sujet puisqu'il lui est demandé, dans les différentes variétés de l'exercice médical, soit de justifier, pour des actes thérapeutiques extrêmes qui mettent en jeu la vie (l'avortement) ou la mort (l'euthanasie), en quoi il est précisément un sujet capable de réorienter sa vie dans une narration qui, à l'instar de la narration bioéthique, en recadre la cohérence eu égard à l'intervention exigée, soit de répondre à l'acte thérapeutique par la capacité d'apparaître en permanence comme sujet et ce dans ce qui précède la relation thérapeutique, dans la relation thérapeutique elle-même où le droit au savoir est désormais considéré comme un droit subjectif ou dans l'après-coup de cette relation sous la forme d'un droit de regard (de satisfaction). La loi sur les droits des malades vient sanctionner cette fabrication du malade comme sujet de soin. Seulement cette fabrication se fait dans le registre des autobiographies d'institution ou de questionnaires sollicités par l'institution. En aucun cas, la pointe la plus originale de la clinique analytique rappelée par Freud sous la forme d'une devise lapidaire, « il ne se passe entre eux rien d'autre que ceci : ils causent²³ », n'est véritablement prise en compte. Tout se passe ainsi comme si la médecine ne parvient à être moins clinique qu'en produisant sa propre forme subjective et mentale qu'elle finit par imposer aux malades eux-mêmes, en leur demandant d'adhérer mentalement aux représentations d'institution qui leur sont imposées. Dans ce registre, la référence à la clinique analytique comme protocole exemplaire du déroulement de la vie psychique du malade risque d'apparaître comme une rêverie anachronique face aux nouvelles narrations du soi qui sont produites dans le champ actuel de la médecine.

23. S. Freud, « Psychanalyse et médecine », dans *Ma vie et la psychanalyse*, Paris, Gallimard, coll. « Idées », 1950, p. 100.

Le soin, la vulnérabilité et la vie fragilisée

Faut-il alors tourner le dos à la psychanalyse et s'efforcer de restituer les nouvelles modalités subjectives du soi malade dans l'exercice actuel de la médecine ? Il est nécessaire d'inscrire une telle réflexion dans une nouvelle histoire du sujet selon laquelle c'est le soin qui tend à être désormais l'une des figures majeures des modes de subjectivation. Le contrepoint à cette réflexion se situe dans le caractère déplacé de la psychanalyse par rapport au soin. Le soin ne peut se donner, pour la psychanalyse, que comme bénéfice annexe et en aucun cas valoir comme le seul but de la psychanalyse. La forte promotion de la figure du soin à laquelle nous assistons aujourd'hui et l'attachement de cette figure à celle de santé, laquelle tend à être une norme écrasante alors qu'elle est littéralement introuvable, marquent assurément le crépuscule d'une certaine idée de la psychanalyse. Pourtant, à y regarder de plus près, il n'est pas évident qu'elle puisse être mise entre parenthèses du fait d'une analyse rigoureuse de la notion de soin. C'est que comprendre la vie humaine comme susceptible de soin, c'est s'efforcer de la comprendre en sa vulnérabilité, comme pouvant à tout moment être blessée, remise en cause par une violence endogène produite par une quelconque maladie ou par une violence exogène inscrite dans l'attachement passionné et vital de chacun pour d'autres vies. Là s'explique sûrement le fait que chacun tend à endosser, pour son compte et pour le compte d'autrui, les habits de l'*homo medicus* soucieux avant tout du soin et inscrivant ainsi le soin comme préoccupation psychique majeure. La vulnérabilité et le soin, dans leur tension même, dans la relation qui les unit et les sépare, désignent ainsi la nouvelle donne d'un sujet dont la vérité anthropologique est désormais recherchée du côté d'une fonction médicale portée par chacun. Ceci revient à dire qu'il n'y a de souci de soi désormais que dans la dimension d'un soin de soi. L'ambiguïté de l'étymologie latine, *cura*, désignant tout à la fois souci et soin, revient d'ailleurs sous une forme contemporaine à travers l'entreprise de ce qui s'est nommé, du moins depuis Noddings et Carol Gilligan, les éthiques du *care*, le *caring* désignant ensemble une relation de soin à autrui qui excède la relation médicale mais qui la comprend aussi et un souci de l'autre dans la relation de soin²⁴. Il est alors possible de réintroduire l'idée d'une éthique du soin comme version alternative de la bioéthique et de la considérer comme la formulation d'un souci de soi dans les limites de la nouvelle épreuve de la formation subjective que représente le soin. La relation médicale peut du même coup être repensée comme un cas d'espèce de la relation de soin. Ceci

24. Lire sur ce point l'article de Fabienne Brugère ci-après, « La nouvelle donne affective des perspectives féministes. Sollicitude et justice », p. 123-140.

implique dès lors de réfléchir la dissymétrie savoir/pouvoir impliquée dans la relation thérapeutique à la lumière de la forme de sollicitude que tout acte de soin implique.

Encore faut-il remarquer qu'une telle version du soin ne prend sens qu'à l'intérieur d'une compréhension de la vie comme vulnérabilité. C'est l'insuffisance de chaque vie qui fait signe vers le soin comme cette sollicitude, ce souci de l'autre qui engage une relation humaine jusque dans sa dissymétrie inévitable. Il est fondamental que la médecine en revienne à cette méditation sur la vulnérabilité non seulement parce qu'elle est l'une des réponses à une telle vulnérabilité mais parce que cette réponse s'inscrit dans la double possibilité pratique d'une violence maintenue et même amplifiée dans l'exercice médical lui-même ou d'une violence ajournée dans un acte de sollicitude, voire dans une forme de réponse pacifique. Comme l'écrit Judith Butler dans *Vie précaire*, à l'occasion d'une autre forme de violence qui est la violence militaire, « que nous puissions être blessés, que d'autres puissent être blessés, [...] voilà sans aucun doute autant de causes de peur et de douleur. Ce qui est moins sûr en revanche, c'est que l'épreuve de notre vulnérabilité et de la perte doive nécessairement conduire à la vengeance et à la violence²⁵ ». Cet énoncé de philosophie politique ne doit-il pas être médité tout spécialement en ce qui concerne la médecine ? C'est que l'enjeu éthique se dessine clairement dans cette capacité à ne pas considérer l'acte thérapeutique comme une violence forcément légitimée par la vulnérabilité du malade. Doit alors être envisagée la relation ténue qui rapporte la précarité de la vie à la relation de soin et à ce qui dans la relation de soin peut augmenter la violence de la maladie au lieu de la restreindre. Une éthique non violente ne suppose pas la négation de la violence mais cherche au contraire à la réfléchir à l'horizon de la précarité d'une vie dont l'anéantissement est lui-même inscrit dans la relation de violence que peut impliquer la relation médicale. Il s'agit de savoir, en d'autres termes, comment l'acte médical peut s'inscrire dans la vulnérabilité de la vie sans rajouter l'exercice mortifère de sa propre blessure. En appeler au soin, c'est certes s'efforcer d'apporter une réponse cohérente à la vulnérabilité, mais c'est aussi se situer du côté d'une compréhension de la vie fragile développée par ceux-là mêmes dont la vie est fragilisée. Dans ces conditions, la maladie ne peut être éprouvée que comme terreur, angoisse d'une fragilité envahissante. Ce qui est alors en jeu dans l'épreuve de la maladie, c'est la promesse d'une restauration de la viabilité qui n'annule pas l'événement de la maladie mais le réintègre dans le développement d'une vie. La viabilité représente alors l'horizon normatif minimal de la restauration de la valeur d'une vie enta-

25. Judith Butler, *Vie précaire*, Paris, Éd. Amsterdam, 2005, p. 14.

mée par la maladie. Il importe de ne pas outrepasser, dans la séquence médicale de l'intervention thérapeutique, cette forme minimale de référence à la vie. Encore faut-il l'envisager dans toute l'ampleur de ses significations. C'est seulement en se référant à l'épreuve mentale qu'est également la maladie que la viabilité peut être analysée comme forme de vie recherchée pour une vie et dont le manquement ou sa mise en question suscite inévitablement terreur et angoisse. L'angoisse d'une maladie est angoisse d'une vie portée à son paroxysme de fragilité. Comment répondre à cette terreur dans l'exercice de la médecine, la psychanalyse a pu apporter quelques éléments de réponse, dans le cadre il est vrai bien singulier de l'analyse, en envisageant la vie psychique qui est mobilisée dans l'épreuve de la maladie. Il est certain que, comme le reconnaît Freud lui-même, « ce n'est point chose facile, en effet, que de jouer de l'instrument psychique²⁶ ». Et Freud de citer cette proposition d'Hamlet : « Croyez-vous qu'il soit plus facile de jouer de moi que d'une flûte ? Prenez-moi pour l'instrument que vous voudrez, vous pourrez bien me froisser mais vous ne saurez jamais jouer de moi²⁷. » La vulnérabilité d'une vie, révélée dans la maladie, emporte le moi dans un conflit des identités. Le moi fait l'épreuve de son attachement paradoxal à la pathologie puisqu'il est à la fois menacé et révélé par elle. Si le sentiment d'exister d'un « Je » devient d'autant plus prégnant qu'il est dévoilé par l'intensité d'une pathologie, ce qui est révélé, en même temps que la certitude d'être soi, c'est l'angoisse de ne plus être « soi » du fait de la maladie. Le « Je » est précarisé au moment même où il est signifié de la manière la plus brutale par l'intrusion d'un danger réel. Cette vie paradoxale du « Je », d'autant plus lui-même qu'il risque de n'être plus rien, révèle la scène psychique qui est en jeu dans la maladie. En ce sens, il est vrai de dire qu'il « n'y a pas de pathologie objective²⁸ ».

Guillaume le Blanc

26. S. Freud, *la Technique psychanalytique*, op. cit., p. 15.

27. *Ibid.*

28. G. Canguilhem, *le Normal et le pathologique*, op. cit., p. 153.