

DEMI JOURNEE D'ETUDE BILINGUE AF 28 NOVEMBRE 2020 : "LES PASSIONS DE L'IGNORANCE AU TEMPS DE LA PANDÉMIE"

Date : 3 décembre 2020

© Le petit Libé. Planète envahie.

Afin d'assurer une bonne compréhension du texte, je précise que j'exerce la médecine générale dans un cabinet et que je suis psychanalyste dans un autre lieu.

Le texte qui suit se réfère à ma pratique médicale.

Joëlle Wizman Pelta
Psychanalyste AF

Entre déni et ignorance : quelles voies pour le sujet face au réel de la mort ?

Le monde médical se déshumanise depuis quelques décennies. Le choc sanitaire a créé un effet de loupe sur ce phénomène.

Certains acteurs de ce monde sont devenus de consciencieux exécutants de nos instances supérieures : ARS, Caisse d'assurance maladie.

Dans ce mouvement de déshumanisation le patient perd sa fonction sujet pour exprimer une demande singulière.

Le médecin, qui au demeurant peut être compétent, ne s'adresse plus à un autre, son patient mais a en charge un dossier. Dossier riche en examens complémentaires où protocoles thérapeutiques et réunions collégiales, certes indispensables, vont également concourir à la perte de la fonction sujet du médecin.

L'évènement sanitaire, la crise sanitaire ainsi nommée, a amplifié cette déshumanisation en provoquant notamment un effet d'esseulement voire d'abandon.

L'extrême solitude éprouvée par des patients face à cette infection a révélé la faille d'un système de soins où la médecine de ville, elle-même délaissée, a été plongée dans un isolement hors du commun.

A l'hôpital, la sidération provoquée par la solitude du mourant en détresse respiratoire a doublé la crise sanitaire d'une crise humanitaire. En effet, beaucoup de patients, sous oxygène, sont morts privés de l'accompagnement de leurs proches et de soignants.

La solitude, l'abandon, n'est-ce pas le propre d'une pandémie ?

Chacun suspecte l'autre d'être infecté et donc responsable de contamination. L'effet répulsif ainsi produit sépare le sujet de son empathie, de sa sensibilité, de son aptitude à s'approcher des autres.

Le choc sanitaire est venu fracasser les vérités et certitudes de la médecine. Ce virus, aux multiples facettes, aux différentes atteintes (pulmonaire, cardiaque, neurologique...) nargue en permanence les scientifiques et fait démentir un jour les vérités énoncées par eux -mêmes la veille.

Que penser du défilé des médecins chefs de service, essentiellement parisiens, qui se sont exprimés sans discontinuer pour nous faire partager leur savoir? Ils venaient nous dire qu'ils savaient. Mais que savaient-ils ? De façon certaine, ils savaient qu'ils ne savaient pas. A défaut de stratégie thérapeutique ils nous ont livré un savoir personnel.

Durant cette période, j'ai contacté, échangé avec des collègues hospitaliers. Ces derniers, engloutis par la vague, ont expérimenté des thérapeutiques disparates, aucun consensus inter-hospitalier n'a pu se faire.

Devant ma demande insistante de proposer un traitement aux patients, aucun médecin n'a pu m'orienter. Finalement, seule une collègue pneumologue a pu me dire que prescrire un antibiotique ne comportait pas de danger.

Malgré mes multiples sollicitations, aucune instance n'a jugé utile de faire participer les patients infectés en ville à des essais thérapeutiques, laissant les médecins de ville à l'abandon total, privés de possibilités diagnostiques et d'options médicamenteuses.

Comment qualifier le comportement des Ministère, direction générale et agences régionales de santé ? Des discours qui ne s'adressent pas à des sujets, qu'ils soient citoyens lambda ou

médecins. Le tsunami a englouti les voies de la subjectivation laissant place à des injonctions et des protocoles sanitaires sans fin, mais obsolètes au moment même où je les recevais.

Je me pose la question, et j'en profite pour vous la poser.

De la part de la communauté scientifique :

Est-ce de l'ignorance ?

Certains médecins ne veulent rien savoir de leur non savoir. L'ignorance leur permettrait d'éviter le néant.

S'agit-il d'un déni ?

Certains médecins perçoivent la réalité de la mort comme menaçante. Ils refusent de l'admettre, de voir l'évidence tel un mécanisme de défense.

Quoiqu'il en soit, pour certains médecins ce réel de la mort est insupportable. S'il est un lieu où la mort est peu évoquée, c'est bien le monde médical. La structure hospitalière pyramidale, que j'ai côtoyée, laisse peu de place aux échanges autour de cette question.

La pandémie m'a projetée face à un impensable de la mort. Ce néant, ce rien n'est pas symbolisable.

Impossible à dire : le dénombrement quotidien de corps, hospitalisés et morts, ma pratique médicale conditionnée par l'invasion virale, le comportement insolite des patients.

Pourtant, éclairée par ma formation psychanalytique et ma place d'analyste, il me semble que la psychanalyse proposerait un tissage symbolique autour de la mort à condition de ne pas être englué dans le réel de celle-ci ou pertes symbolique et imaginaire ne laissent que peu d'issues au sujet.

Les quatre semaines précédant le confinement sont marquées par l'avènement brutal d'une dissociation, c'est ainsi que j'ai nommé mon état. Mes codes et signifiants me permettant un ancrage sont violemment percutés. L'essence même de ma pratique médicale s'en est trouvée bouleversée. L'intrusion du réel de la mort auquel je suis confrontée produit des effets inconnus pour moi jusqu'alors.

La discordance des discours vient m'inquiéter.

D'une part mon discours alertant : un nombre croissant de malades présumés infectés à la Covid 19 se présentent à mon cabinet à partir de mi-février.

D'autre part, le discours des autres : patients, médecins peu ou pas inquiétés, mutisme du Ministère de la santé.

Mais ma crainte gagne du terrain lors d'un échange avec un médecin du SAMU (service d'aide médicale urgente). J'ai pris la décision de le contacter pour essayer de comprendre. Les patients aux signes inquiétants de l'infection, après appel au SAMU, sont redirigés vers nos cabinets médicaux faute d'hospitalisation. « Ce sont les consignes que nous appliquons », m'affirme-t-il sans aucune empathie.

Ces mots raisonnent comme la défaillance d'un système de soins débordé, en proie à la déshumanisation. Cet échange invraisemblable m'affecte d'autant plus qu'il ne correspond en rien aux échanges avec le SAMU dont j'ai l'habitude. Cela ne fait qu'aggraver ma dissociation contribuant à m'esseuler davantage.

En quelques semaines à peine, mon tissage symbolique est mis à mal.

La course pour fuir le réel de la mort est engagée.

Dans la plus grande hâte, je fais installer la vidéo consultation pour permettre la continuité des soins avec mes patients.

L'éditeur, à la pointe du numérique, a omis de me préciser que la consultation se passe dans un espace réduit de 9 cm² de l'écran de mon ordinateur, où images en deux dimensions, absence de corps et contexte sanitaire vont brutalement me faire basculer dans une étrange médecine.

C'est là où l'effet « pas de corps » (littéralement sans corps) apparaît. Il prend des formes multiples.

L'effet « pas de corps », c'est un cabinet évidé de ses objets, déserté par les patients, où se déroule la télé consultation. Cette consultation à distance ampute du corps unifié, en mouvement, investi dans le langage où signifiants et regards échangés font corps.

La petite image de l'écran procure, au mieux, « un morceau... » de patient, mais les regards peinent à accrocher. Pour d'autres malades, trop affaiblis par l'affection, le téléphone portable posé et ignoré me laisse face à l'image d'un plafond, autrement dit, du rien.

Malheureusement, le dehors me confronte également à cet « acorporel ». Les rues dépeuplées ont perdu le mouvement incessant des corps qui se croisent.

Mais, le « pas de corps » se fait également ressentir par l'éclipse brutale de mon réseau de confrères spécialistes, en ville ou hospitalier, radiologues...avec qui j'échange si souvent au sujet de patients. Régulièrement, leur avis pertinent permet un diagnostic, un traitement rapide, une hospitalisation sans perte de temps. Ce réseau, constitué des autres, fait en partie le corps de ma pratique médicale. Lui aussi est « anéanti ».

Je suis seule.

Pour incarner cette expérience, j'ai choisi de partager avec vous 2 cas de patients.

M. C vient régulièrement au cabinet médical depuis une dizaine d'années. La sonnerie de la salle d'attente virtuelle retentit (salle d'attente située dans mon ordinateur !) et l'image d'un homme figé apparaît.

« Je ne vais pas bien » dit-il. « Je n'ai pas le goût. »

Il se plaint de toux, d'essoufflement et d'autres signes évoquant une infection à la Covid 19, notamment la perte du goût et de l'odorat.

Comme beaucoup de patients infectés à cette période du premier confinement, je suis face à des images prostrées, peu de parole, pas de demande singulière. Ils répondent à la systématisation de mes questions.

Les consultations à distance avec M. C sont fréquentes 2 à 3 par semaine. Je remarque son amaigrissement. Il répète sans cesse « Je ne mange pas car je n'ai pas le goût », ou encore « C'est la maladie qui m'a fait perdre le goût ». La formulation de ses phrases me laisse entendre qu'il ne mange pas, car il n'a pas le goût... de vivre.

Les examens ne révèlent rien de particulier et pourtant je le trouve inquiétant.

Pour ma part, après un délai d'adaptation à cette nouvelle médecine, je fais l'hypothèse que certains patients infectés, parfois sans aucun signe de gravité, sont dans une sidération provoquée par le réel de la mort.

Être atteint d'une maladie inconnue, imprévisible (l'aggravation rapide ne pouvait pas être anticipée), sans aucun traitement codifié par une communauté scientifique en désaccord, qui plus est dans l'isolement pour certains, pourrait plonger dans l'anéantissement les privant de symbolique et d'imaginaire.

A plusieurs reprises, je fais des tentatives pour lui laisser entendre que son extrême solitude pèse sur son état. « Je ne suis pas seul, vous êtes présente » répète-t-il.

M. C continue à exprimer ses symptômes de façon répétitive : toux, essoufflement, amaigrissement. Le goût ne revient pas. Ses symptômes sont la seule voie pour lui d'être là, d'exister à travers son corps et ses demandes de consultation.

Mais qu'en est-il pour moi, à ce moment, de l'histoire singulière de M. C ?

Je n'en ai pas de souvenir à la manière des histoires d'autres patients.

Un homme souriant, en mouvement, souvent pressé : c'est tout ce que ma mémoire me restitue.

En mai, je lui propose de revenir au cabinet, il accepte volontiers. La reprise de mes consultations au cabinet vient combler un manque. Je retrouve ces corps vivants, en mouvement, unifiés, investis dans le langage. Les échanges de regard reprennent leur fonction.

M.C est fixé dans ses symptômes.

Consultations et examens spécialistes normaux.

J'évoque rapidement la traversée pour lui d'un moment difficile entre maladie et solitude, la possibilité qu'il ne s'agisse pas tant de souffrances organiques mais plutôt psychiques.

Il pleure et réemprunte les voies de la parole. « J'ai toujours souhaité mourir avant ma sœur, vous le savez ».

Soudainement, une partie de son histoire fait irruption. Dix-huit mois auparavant, sa sœur a fait un AVC. Après une longue hospitalisation, elle décède au domicile laissant à M. C la charge de leur frère atteint d'arriération mentale.

Je le sais, ce frère est mon patient. Durant plus d'un an et demi, M.C n'a cessé d'évoquer les difficultés concernant son frère, l'obligeant parfois à interrompre son activité professionnelle, puis à le placer en institution.

Et M.C a également un frère aîné tétraplégique depuis quinze ans.

Toute la singularité de M. C m'avait échappé.

« J'ai toujours été abandonné », poursuit-il au fil des consultations.

Je l'interroge alors sur cet abandon, il parle, il parle...

M. C est né au Cambodge. A l'âge de quatre ans, ses parents, son frère et sa sœur rejoignent la France, le laissant avec son frère aîné à un oncle. Rapidement ils iront à Hong Kong puis à Pékin, où il sera placé en internat.

Il retrouvera, à l'âge de quinze ans, ses parents en France.

En juillet, je fais cette remarque : Il a repris du poids, plus de toux ni d'essoufflement. « Je vais mieux », finit-il par me confier.

Le réel de la mort a fait collage avec M. C.

La perte du symbolique et de l'imaginaire l'ont conduit dans cet état de néant. La remise en circuit du langage, notamment autour du signifiant « abandon » lui a permis de se décoller d'un réel traumatisant, de reprendre sa fonction sujet en retrouvant ses chaînes signifiantes.

En effet, dans l'isolement causé par l'infection Covid, il revivait l'abandon auquel il avait été confronté dans son enfance, réactivé récemment par le décès de sa sœur.

Je me demande si M. C

- Était dans l'ignorance ?

Ne rien vouloir savoir sur ses symptômes. L'ignorance lui permettant d'éviter le néant.

- Dans le déni ?

Comme mécanisme de défense, il refusait de reconnaître la réalité de la mort (et de l'abandon) perçue comme trop traumatisante.

Je vous propose maintenant le deuxième cas.

Mr O n'est pas un patient du cabinet.

La vidéo consultation a lieu le lendemain du confinement.

L'image de la femme de M.O apparaît sur l'écran, elle parle mais je demande à m'entretenir avec le malade.

L'image du visage d'un homme affaibli, alité, presque chuchotant raconte avoir été à deux reprises chez son médecin traitant la semaine précédente pour angine et fièvre persistante à 40°.

Il a reçu un premier puis un deuxième traitement antibiotique.

Le médecin traitant ne répond plus depuis le confinement.

Je le questionne et émets un diagnostic d'une infection à la Covid 19.

Le couple s'inquiète de la persistance d'une fièvre si élevée. Moi aussi. Paracétamol, bien boire, me donner deux fois par jour des nouvelles, telle est la méthode thérapeutique que j'adopte pour M. O.

Les jours suivants, la fièvre oscille entre 40° et 41°.

Il dort ...jours et nuits.

Durant cette période, peu ou pas de temps pour penser.

Successions de vidéos consultations et échanges téléphoniques durant les journées et soirées, seules les nuits laissent un temps pour entremêler réflexions et défilé d'ombres et images de M. O et nombreux autres patients.

Toutefois, son état m'alarme.

Le SAMU est contacté. « Aucune inquiétude, il faut attendre », affirme le médecin régulateur.

Peu convaincue par ce discours stéréotypé, je prévois une prise de sang. Les résultats sont inquiétants.

J'hésite à le faire hospitaliser dans ce contexte.

Je joins ma collègue pneumologue. Elle ne connaît pas le patient.

Nous consentons qu'un scanner voire une hospitalisation s'imposent.

Malgré ma réticence, j'appelle le SAMU, je parle, j'explique, je défends farouchement le cas de M. O.

« Que voulez-vous exactement ? » interrompt le médecin. « Aucune place d'hospitalisation ou réanimation, les hôpitaux sont surchargés, je ne sais ni où ni à quelle heure votre patient sera pris en charge. Je prévois un camion de SAMU et surtout je note que cette initiative est uniquement à votre demande » clame ce médecin. Il est pressé et raccroche.

Bousculée, non satisfaite, j'engage une conversation avec mon patient, surtout avec son épouse.

Mr O parle peu mais répète qu'il ne désire pas être hospitalisé malgré son état, qu'il va mourir à l'hôpital. Il souhaite rester chez lui, sa femme acquiesce et moi j'insiste, tentant de les convaincre par tous les moyens.

La conversation dure et M. O finit par accepter...

Durant un court instant, je pense qu'enfin mon investissement pourrait donner le résultat escompté : l'hospitalisation pour ne pas mourir.

Je ne sais plus si j'y crois encore.

Mais de façon impromptue, Mme O me questionne : « A sa place que feriez-vous ? »

A brûle-pourpoint je lâche : « A sa place je n'irais pas à l'hôpital ».

Stupéfaite, j'entends mon inconscient se manifester et un sursaut se fait en moi.

L'ambulance sera annulée, un antibiotique prescrit à M. O. Le lendemain la fièvre entame sa descente.

En Mai, M. O me contacte. Déontologiquement, il doit retourner chez son médecin traitant. Il a fait le choix de quitter ce dernier et le lui a dit.

L'ombre de M. O s'éclaircit la première fois que je le reçois au cabinet.

Il débute la consultation de façon surprenante. « Vous m'avez sauvé la vie », dit-il.

Il me remercie d'avoir entendu son désir de mourir chez lui, entouré de sa femme et ses deux fils. Il sait la responsabilité que j'ai prise. Nous consentons que l'évènement qui s'est produit, la décision de ne pas l'hospitaliser pour « lui sauver la vie », comme il dit, s'inscrit dans un temps exceptionnel de sa vie... et de la mienne.

Un temps presque irréel pour moi dans l'après coup.

Accolée à mes codes de l'hôpital sauveur, je n'entendais pas la demande singulière de M. O. La mort si proche, lui, avait fait le choix de mourir entouré de sa famille.

La question inattendue de Mme O m'a fait récupérer une place subjective face à ce réel de la mort.

Je me questionne et en profite pour vous questionner.

Pour ma part,

Est-ce de l'ignorance ?

Ne rien vouloir savoir sur mon incapacité, mon impossibilité à guérir ce patient. Je pense qu'un autre pourra le sauver.

Est-ce du déni ?

Comme mécanisme de défense, je refuse de reconnaître la perception traumatisante de la réalité extérieure de la mort causée par le contexte sanitaire et m'accroche à l'hôpital.

Ces deux cas ont été, à l'instar de nombreux autres patients, un fil conducteur structurant dans cette période insensée.

Ils représentent la fonction sujet du patient et du médecin, la discordance des discours, l'effet « pas de corps », la perte de l'image spéculaire, la déshumanisation. Mais également le rôle séparateur du symbolique chez le sujet englué dans le réel de la mort.

Depuis longtemps et d'autant plus depuis mes années de formation à la psychanalyse, mes consultations médicales ne peuvent se dérouler sans que de l'analytique soit présent.

Une écoute où simultanément peuvent être entendus les symptômes d'un corps organique entremêlés aux signifiants propres du patient.

L'importation massive des éléments de ma formation psychanalytique et la poursuite de ma cure, m'ont permis, durant cette période hétéroclite, de retrouver les voies de la subjection pour contourner ce réel traumatisant.

Après avoir traversé une zone de turbulence, ma place et mon désir d'analyste se sont enrichis de cette expérience.

Nouveau livre : "L'effroi du néo-management", Chantal Cazzadori

Trois expériences impossibles aujourd'hui?

<https://www.chantalcazzadori.com>

Déni, ignorance : entre ces deux occurrences, quelles voies pour le sujet face au réel de la mort ?

Je tiens à remercier le Bureau de m'avoir proposé d'intervenir à cette demi-journée d'étude.

Je vous remercie de m'avoir écouté.

Joëlle Wizman Pelta
Psychanalyste AF