

Émincé de cœlioscopie à la sauce Winnicott

Alain Quesney, pédiatre

A partir d'une mince expérience tardivement acquise, l'auteur relate avec subjectivité un cas d'une navrante banalité clinique (le sien), propos qu'il tente de relever d'allusions à de vieilles théories psychanalytiques et de citations disparates.

« Je vous souhaite un prompt rétablissement » : expression convenue, rituelle pour celui qui l'énonce. Mais pour celui qui la reçoit, qu'en est-il ? Que se passe-t-il pour lui dans ces moments de maladie où tout bascule ? Régression certes, découragement souvent, mais aussi confiance malgré tout dans un mieux possible. De ma place de médecin d'enfants, je n'avais pas bien réfléchi à cet aspect des choses. Personnellement, je n'avais jamais été opéré ni confronté brutalement à un problème de santé significatif. J'ai longtemps fait partie de cette cohorte majoritaire de médecins qui, se pensant à l'écart des autres mortels, demi-dieux invulnérables, négligent d'avoir un médecin traitant pour eux-mêmes. Je viens d'avoir une expérience salutaire que je crois éclairante pour d'autres.

« Un prompt rétablissement » : deux mots associés de façon polie, quasi automatique au bas d'une carte postale comme bon souvenir du Lavandou ou meilleurs vœux, on dirait que l'adjectif est agrippé au substantif et peut-être aussi l'inverse ? On ne souhaite jamais un rapide rétablissement ni bien sûr – *a fortiori* – un lent ou un problématique... L'adjectif prompt est quasi inemployé en dehors de notre expression. L'adverbe promptement sent le vieux meuble encaustiqué, Dumas ou Edmond Rostand. La promptitude est en désuétude sauf pour Ségolène Royal ? Reste le prompteur ridicule accessoire des journaux télévisuels... Quant au mot rétablissement, il faut sûrement différencier « rétablir » et « se rétablir ». Dans la forme pronominale, cela concerne le gymnaste ou le malade et évoque une certaine confiance, un certain relâchement. Dans la forme simple, il y a plus de crispation passéiste, surtout si on déclare vouloir rétablir la royauté ou, pire, la peine de mort.

Je crois que l'adjectif prompt a besoin d'être rassuré : à son association au rétablissement, il doit temporairement son salut dans la langue écrite, il n'a pas à craindre pour l'instant le déclassement, la sortie du *Robert*, la mise au purgatoire des mots. S'il y a rétablissement, c'est bien qu'il y a eu maladie ou accident préalable et de ce côté-là, pas de

problème !! Il y a de l'avenir pour la maladie, la mort, de l'espérance de vie... si on peut dire avec en plus la longévité et la démographie qui ont le vent en poupe : il paraît que tous les dix ans, on en gagnerait trois...

Mes visiteurs à la clinique me souhaitent très gentiment « bon courage » me suggérant implicitement de prendre mon destin en mains : raidissement volontariste des temps qui courent comme le président. Je préfère le relâché, la souplesse du gymnaste qui retombe sur ses pieds. La tranquillité de l'écuyer « En avant, calme et droit »¹.

L'intérêt de la maladie quand on la vit c'est d'abord la joie, la volupté ressentie quand on en sort.

Quand on est soi-même allongé sur le brancard (klinè) des urgences, il n'est ni très utile ni longuement réconfortant de s'émerveiller (dans le style : « la Vraie Médecine existe ») sur une forme typique (défense au Mac Burney). Incroyable : allongé, j'en perds mon credo clinique et m'entends réclamer une échographie (inutile) au médecin urgentiste !

Je quitte donc l'habit du docteur et trouve un nouveau rôle dans un ballet parfaitement réglé, un film parfaitement scénarisé.

D'abord, l'extraordinaire travelling avec les faux plafonds des couloirs qui défilent en accéléré quand horizontalisé, brancardé, comme aspiré vers le bloc, le bon docteur devient un patient, c'est-à-dire un bébé confiant dans le *holding* (façon d'être porté, support mais aussi soutien essentiellement dans la routine des soins quotidiens²) et le *handling* (façon d'être soigné permettant l'introduction de la psyché dans le soma) du chirurgien et de son équipe. Un patient bébé qui revit l'archaïque crainte de la chute quand des mains très expertes, pourtant, le glissent sur l'étroite table d'opération, un patient bébé qui croise les jambes pour s'agripper à une sensation corporelle : « presque tout le monde le fait », me dit la panseuse, pour me rassurer d'y revenir à plusieurs reprises, enfin l'agrippement à une pensée agréable finement suggérée par l'anesthésiste au moment de l'induction.

La salle de réveil, c'est d'abord, pour moi, penser

que rien n'a encore eu lieu puis prendre conscience avec jubilation que le plus important est passé. Cela pourrait s'apparenter à l'amnésie de la petite enfance qui couvre les premier(e)s mois/années de notre vie.

On doit sûrement se féliciter du gain de morbidité, de confort (et accessoirement de coût) de la chirurgie coelioscopique de l'appendicite aiguë. Personnellement, ce qui me fascine, c'est avant tout l'ingéniosité du démineur qui extrait promptement et minutieusement cette grenade prête à exploser (l'abcès appendiculaire) en le faisant passer par le trocart ombilical.

L'ombilic, trace de la première vie et cicatrice de la première séparation qui me ramène à ma mère, cinquante sept printemps en arrière !

Viennent ensuite la quête anxieuse du corps qui, vieux moteur docile redémarre – avec un brin de starter – ses fonctions élémentaires (miction, transit), celles que l'on étouffe d'habitude, là que j'appelle de mes vœux les plus chers et que l'entourage soignant (jeune, souriant et dynamique) réclame avec la douce insistance d'un maternage. Mon premier rêve ? La dent cassée ou manquante ou comment (re)travailler la castration !

Ce qui rapproche l'abcès appendiculaire de la migraine ou de la dépression d'épuisement, c'est la sortie du tunnel en pleine lumière, « comme pour une première fois », le premier café noir avec sur la terrasse le premier soleil d'avril et les merles pimpants... Récupérer si vite ce que l'on pensait pouvoir perdre peut-être à jamais : amours, amitiés, sensations, passions, tout ce qui leste nos vies et nous tient littéralement debout. Après le saut du parachutiste néophyte dans l'inconnu, le plongeon de l'apprenti gymnaste dans le trou noir, le rétablissement parfait autant que prompt sur des jambes qui tiennent à nouveau avec le cortex lavé, mais non formaté, rétabli dans sa mémoire vivante.

Autant dire le rétablissement d'une continuité d'exister.

Ce qui évoque bien sûr aux chirurgiens viscéraux le rétablissement d'une continuité « tuyautaire » digestive ou urinaire, aux neurophysiologistes le rétablissement d'un circuit électrique cérébral éventuellement lésé ou défaillant. Aux pédiatres, c'est avant-tout le sentiment continu de l'existence – concept développé par D. W. Winnicott², pédiatre écossais devenu psychanalyste – qui leur vient à l'esprit. Fameux concept qui tient la route et me la fait

tenir dans mon travail et dans ma vie... mais bien difficile à résumer en deux mots : le self qui repose sur l'être tout simplement (« *simple being* ») et se développe de la période prénatale dans le giron maternel (« la matrice facilitante ») puis chez le petit nourrisson dépendant recevant des soins « suffisamment bons » et perdure jusqu'à l'âge adulte et même jusqu'à la vieillesse... C'est un sentiment de sécurité, de stabilité et de continuité interne. On peut comprendre que ce sentiment puisse être fragilisé ou attaqué par tout ce qui fait « brèche » (deuils, difficultés existentielles mais aussi maladies).

Ma petite découverte des trois jours d'hospitalisation ?

Comme beaucoup, je plaide pour plus d'humanités dans la formation des étudiants en médecine. Je pense que le médecin en apprend plus sur l'asthme quand il lit Proust ou sur le parkinson quand il lit François Nourrissier. On pourrait citer aussi Montaigne, Dostoïevski ou Apollinaire...

Reste qu'il peut manquer au médecin (à l'étudiant débutant comme au senior) l'expérience vécue, corporalisée de la maladie et du rétablissement, du tunnel et de sa sortie.

Je ne crois pas qu'il serait bien éthique ni réaliste d'imposer l'appendicectomie à tous les étudiants en médecine.

Peut-être peut-on garder l'idée d'un enseignement in situ (urgences, couloirs, bloc). Là un dispositif particulier théâtralisé, scénarisé puis improvisé (jeux de rôles en binômes) permettrait aux stagiaires (jeunes ou vieux) d'approcher ce qui se joue pour le malade dans ces instants si particuliers. Peu de chances que le binôme tourne au monôme ! Je vois l'objection de l'administration : le médecin serait naturellement doué pour l'empathie comme l'albatros pour le vol transatlantique. Je répondrais qu'il ne s'agit pas du tout d'empathie, mais d'apprentissage et donc d'enseignement. Philippe Meirieu pense qu'il n'y a d'apprentissage véritable qu'en autoformation, prône la pédagogie du désir et du dispositif et cite la boutade célèbre de Lacan « si je me mets à la place de l'autre, l'autre où est-ce qu'il se mettra ?³ » Méfions-nous donc de l'empathie. Au mieux travaillons-la ! ■

■

1. Livre de François Nourrissier, Gallimard, 1987.
2. Abram Jan, *Le langage de Winnicott, dictionnaire explicatif des termes winnicottiens*, Éditions Popesco, 2002.
3. Meirieu Philippe : www.meirieu.com.DICTIONNAIRE/autoformation.htm