

« Garder le lit » — Essai de phénoménologie de l'alitement ¹

Jan Hendrik van den Berg

Université de Leiden

Au cours des pages suivantes, nous nous demanderons ce que signifie l'expression *être malade*. À cette question, nous ne tenterons pas de donner une réponse proprement médicale, en esquissant la teneur anatomique et physiologique de la maladie. Nous nous proposons d'analyser la façon même dont vit le patient et les modifications d'habitudes chez l'homme qui se découvre malade et qui, soit spontanément, soit sur l'avis du docteur ou de ses familiers, s'alite et garde la chambre pour un certain temps. Autrement dit : nous cherchons à décrire en termes de psychologie les effets de l'alitement. Or, l'*allongement*, pour reprendre un terme popularisé par un célèbre roman français, revêt une signification particulièrement poignante pour les malades qui craignent, savent ou supposent que tout espoir de guérir est, en leur cas, douteux ou vain. Nous nous occuperons donc d'abord de l'alité chronique, du patient qui doit considérer son lit d'égotant comme son séjour et sa condition pour un laps de temps considérable, voire même qui s'attend à ne plus pouvoir l'abandonner. C'est le lit où l'on mourra peut-être, où l'on meurt en effet.

Une psychologie des alités serait incomplète s'il n'était rien dit des visiteurs, et, d'ailleurs, *aux* visiteurs. Alitement et visite sont indissolublement corrélatifs ; nous verrons même que l'effet psychologique du confinement au lit — surtout chez les malades chroniques — dépend, dans une mesure considérable, de la façon dont s'effectue habituellement la visite des proches et des amis, ainsi que du bavardage au chevet des alités. Et, puisque le visiteur ne saisit jamais aussi mal son devoir auprès du patient que lorsqu'il se croit solidement « ferré » en la matière, nous résumerons, sous forme de quelques conseils très prudents, les conséquences pratiques nous paraissant procéder harmoniquement de la psychologie propre à l'alitement. Enfin, nous essaierons de caractériser brièvement la visite du médecin, si nettement différente de toute autre, faite au malade. C'est là la thèse de ce que les médecins anglais appellent *bedside manners*.

Pour savoir ce que c'est qu'être malade, il est bon pour l'analyste de commencer par lui-même et de se demander ce qui s'est passé lorsqu'un malaise passager, mais indéniablement désagréable, l'a fatalement cloué au lit pour quelques jours. Voici, à peu près, ce que lui répondront ses souvenirs (en l'occurrence, ce sont les miens)...

Mon sommeil fut inquiet et troublé. Au réveil matinal, je « ne me sens pas bien ». Cependant, je me lève, avec l'intention de commencer ma journée comme d'habitude. Mais, très vite, je m'aperçois que « cela ne va pas ». J'ai mal à la tête, le cœur me lève, il me faut même faire un pénible effort pour ne pas vomir. Je me trouve si peu en état de faire

face aux occupations quotidiennes que je me persuade de ma maladie. Du coup, je retourne dans le lit, que je viens à peine de quitter, pour y rester provisoirement. Le thermomètre atteste que ma résolution n'est pas dénuée de motifs. Comme on vient de me demander prudemment si je ne désire peut-être pas prendre quand même mon petit déjeuner, ces motifs, encore peu ou prou discernés, se font sensiblement plus évidents. J'y suis : je couve une maladie ! Je renonce aux petits pains, à la tasse de thé, et d'ailleurs à tout ce qui pourrait normalement remplir ma journée, à tous les projets et devoirs, et, pour bien me prouver que j'abandonne tout cela, je me tourne vers la muraille², me pelotonne en chien de fusil dans le lit dont la tiédeur invite à l'immobilité et me garantit un bien-être relatif ; je ferme les yeux, mais le sommeil m'échappe. Alors, lentement mais inexorablement, s'opère une transformation qui caractérise la psychologie des « allongés ». J'entends l'éveil du jour. D'en bas, les rumeurs de l'activité ménagère parviennent jusqu'à ma chambre à coucher. On appelle les enfants au petit déjeuner. Des voix pressées et bruyantes me prouvent qu'ils doivent se rendre en classe dans quelques minutes. On cherche un mouchoir, un cartable ; de jeunes jambes escaladent et dévalent en vitesse les escaliers. Comme tout cela m'est à la fois connu et différent, familier mais lointain, proche et tout autre part ! Ce que j'entends là, c'est le début de ma routine quotidienne ; c'est comme cela que je vis normalement. Mais, cette fois, je ne joue plus de rôle dans cette pièce. J'y reste étranger, à peine spectateur. Cependant, ce qui se passe au rez-de-chaussée, j'y prends encore totalement part. Sans doute, ces bruits me concernent, j'y participe ; ils parviennent jusqu'à moi, j'en prends note. Mais, en même temps, tout cela fait un détour, me dépasse et s'effectue loin de moi : « Papa serait-il malade ? » s'enquiert une voix sonore qui ne s'inquiète évidemment pas de savoir si je l'entends. « Oui, Papa n'est pas bien ! » Peu après, la porte s'ouvre, les gosses viennent prendre congé. Mais, cette fois encore, ils me restent lointains. La distance qui m'avait frappé lorsque leurs bruits me parvenaient d'en bas, voici qu'elle m'apparaît, si possible, plus grande encore, maintenant que leurs frais visages et leurs gestes vifs avoisinent mon lit. Tout en eux m'annonce un jour comme il y en a tant, normal et sain, une journée de travail et de jeu, passée en rue et à l'école, un jour vécu *dehors* ; cette fois, le mot *dehors* a pris pour moi un sens nouveau, spécial, et qui ne concerne que moi-même. Certes, j'entends cette journée se déployer en rue. Elle me crie son message, les autos démarrent et klaxonnent, les cyclistes font vibrer leurs avertisseurs, des garçons s'interpellent. Cette polyphonie de la rue, voici des années que je ne l'ai plus entendue de la sorte, à cette distance. Une sonnerie retentit : c'est le laitier, le facteur ou quelque familier ; mais, qui que ce soit, je m'abstiens, je ne « joue » plus. L'appel téléphonique résonne, je tente un instant d'écouter avec intérêt, mais derechef j'abdique rapidement, car la certitude s'impose à moi, à la fois tranquillissante et un tantinet décourageante, qu'il me faut tout abandonner. Tout ce qui se passe, ce n'est plus mon rayon, je ne suis plus « du jeu ».

Le monde est rapetissé aux dimensions de ma chambre à coucher... Du lit, pour être plus précis. Car, pour peu que je mette pied à terre, déjà, j'ai l'impression de pénétrer en zone inconnue. Me rendre à la toilette devient une espèce d'excursion insolite, tant soit peu irréaliste ; j'en reviens avec l'impression de me retrouver chez moi, du coup je tire les couvertures par-dessus ma tête. L'horizon s'arrête à mon chevet ; d'ailleurs, mon lit même

n'est pas, dans sa totalité, mon domaine : tout autour de l'endroit, du creux où je me niche, ma couche est froide et désagréable, l'oreiller ne m'accueille avec bienvenue qu'au point même où je pose la tête : le moindre déplacement dans ce lit devient une menue victoire.

L'horizon temporel se rétrécit, lui aussi. Mes plans d'hier ont perdu leur poids, leur intérêt, leur sens ; c'est à peine s'ils ont encore quelque valeur réelle ; ils me paraissent plus compliqués, plus éreintants, plus futiles et plus ambitieux que je n'estimais hier. Toutes les tâches qui m'attendaient deviennent insipides, repoussantes. Le passé me semble rempli de bagatelles vaines. On dirait que je ne me suis jamais attelé, ou alors à peine, aux besognes que j'aurais dû mener à bien. L'avenir perd ses contours aussi bien que le passé. Je m'en suis retiré pour vivre ou plutôt végéter dans le minuscule présent de ce lit qui m'abrite contre les réalités passées et futures. D'habitude, je vis dans l'avenir, et, via cet avenir, dans le passé qui m'inspire et suggère mes tâches, au point qu'à part de rares instants, j'oublie le présent. Mais l'alitement m'interdit de m'évader de ce « maintenant ». Me voici cloué à l'aujourd'hui. D'habitude, aussi, je « dépasse » mon corps, je le franchis, en quelque sorte, pour aller aux labeurs qu'il doit accomplir comme instrument de mes intentions ; mais la maladie m'enchaîne, et, pour ainsi dire, m'identifie à un mode d'existence immédiatement physique qui se manifeste par un malaise général, une sourde céphalée, une vague nausée. Jusqu'à présent, lorsque je prenais conscience du moment, mon corps était la condition de mon acte : il en est devenu la teneur même. L'aujourd'hui, le maintenant, naguère au service de l'avenir et donc fruit possible d'un passé, s'assouvit tout seul, se nourrit de lui-même. En tant que malade, je vis par le truchement d'un corps qui ne sert à rien, dans un présent qui ne mène nulle part.

Tout se trouve chargé d'une portée actuelle ; pour nous, sur qui pèse l'hypothèque de l'avenir, c'est une formidable découverte. Lorsque tinte l'appel téléphonique, cette sonnerie est moins suggestive de ce que veut le personnage à l'autre bout du fil que d'un son figé, d'un bruit insolite, inouï, inconnu, d'un retentissement comme immobilisé, dans une bâtisse devenue étonnamment lointaine et même étrangère. Mes couvertures, dont seule l'utilité frappait ma conscience, au point que leur existence m'était en quelque sorte dissimulée par leur fonction — lorsque je me portais bien, je n'en eus même pas pu préciser la couleur —, voici qu'elles sont devenues des lacis, des halliers de fils colorés, des *tissus*, dans toute la force concrète du terme, à travers la trame desquels mon regard se fraie une route avec difficulté. Mes draps sont d'immenses surfaces blanches, parsemées de creux profonds, de pentes abruptes, de pics vertigineux, un paysage polaire pour l'explorateur paralysé que je suis devenu. Ai-je jamais « vu » le papier de tenture ? Aujourd'hui, je l'ai « parcouru » d'un seul coup d'œil, et voici que, par une pénible analyse, j'y découvre des raies, des points, des figurines, de menus dessins. Me voilà forcé d'en examiner le schème sous le rapport de la symétrie, d'en évaluer la valeur comme représentation réussie ou ratée d'hommes, d'animaux et d'objets. Je me trouve happé dans l'engrenage d'un immense test de Rorschach qui me contraint, surtout dans mes états fébriles, à une interprétation désespérante et cauchemardesque ; celle-ci peut m'amener au seuil de la frénésie, me transformer en énergumène, si je découvre sur ce papier peint une tache qui ne se laisse pas

incorporer à la structure que je viens si difficilement d'élaborer. Après quelques jours, je commence à me méfier du tableau mural. Si je me trouve en état de conférer assez librement des sens nouveaux au papier peint — il m'est possible de substituer un nouveau schème figuratif à celui que j'avais d'abord élaboré, dès que je m'estime suffisamment saturé par le premier —, les hommes et les bêtes, les maisons et les arbres du tableau mural défient tous mes vœux et toutes mes tentatives faites dans cette direction. Le chasseur, au moment même où il va lâcher son coup de fusil sur le canard, reste figé, pétrifié dans une immobile visée, alors que j'ai calculé déjà des centaines de fois ses chances de réussite ; pour le canard qui, en cas d'envol rapide, pourrait encore s'abriter à temps, il continue de planer sur le paysage avec une satisfaction narquoise ; enfin, le soleil, qui se couche interminablement, oublie les lois cosmographiques. « Tire donc, imbécile ! » fais-je, hors de moi ; à la minute, ces paroles m'arrachent un éclat de rire, mais je n'en prie pas moins le premier venu de bien vouloir retourner le tableau face au mur, ou de l'enlever, lorsqu'il s'agit du papier peint lui-même !

Si je découvre mes vêtements, encore étalés sur la chaise au pied du lit, je saisis avec une évidence nouvelle à quel point mon horizon vital s'est rapetissé. Car ce veston et la chemise avec col et cravate appartiennent au monde extérieur à ma chambre ; je me vois descendre tout habillé l'escalier, partir au travail, recevoir une visite. Tous ces objets, je les suis, mais, en même temps, je ne les suis plus du tout. Les habits me sont parfaitement familiers et très proches ; ils font partie cependant d'un univers qui n'est plus le mien. J'éprouve une sympathie confuse pour ces vêtements qui me rappellent, non sans doigté, ma vie saine d'autrefois, cette existence bien portante qui n'a pas dû être dépourvue de toute valeur. Néanmoins, je me réjouis lorsqu'une main soigneuse achève la transformation de ma chambre en « chambre de malade », en enfermant, entre autres, les hardes dans un placard. Sans doute, le rappel émanant de ces frusques est plein de tact ; il n'en est pas moins antipathique : ni je ne puis ni je ne veux y donner suite d'aucune façon.

Quiconque est sensible à ces choses, quiconque est doué du sens merveilleux qui permet de comprendre le langage muet des objets inanimés, trouvera tout un message copieux dans la découverte de ses chaussures sous la chaise ou près du lit ; mais, pour copieux qu'il soit, ce message transmis par ses souliers — ces espèces de faces muettes, mais expressives —, le malade éprouvera des difficultés à l'élucider. Comme l'a remarqué Julien Green dans son fameux journal³, ce qu'il y a de plus personnel parmi nos habits, ce sont à la fois les chaussures et le chapeau. Aucun de nos vêtements n'est pour nous totalement anonyme ; en un sens, notre habillement fait partie de nous-mêmes : c'est une peau nouvelle, une peau variable, de rechange, qu'il nous plaît d'exhiber aux autres et de considérer nous-mêmes. C'est en ne perdant pas de vue cette exhibition et cette considération que nous choisissons les divers éléments de notre habillement. Sous ce rapport, le choix d'un homme reste restreint. Un complet reste un complet ; sans doute, il y a la variété des tons, et l'étoffe et la coupe dépendent de l'argent que je puis ou veux consacrer à mon achat ; mais, de toute façon, mon choix demeure confiné dans des limites assez étroites. Le bon citoyen conformiste, auquel importe la considération de la masse, s'achète une chemise qui pourrait

être celle du voisin ou du collègue. Il n'en va pas de même pour la cravate. Le commis nous expose un arc-en-ciel de couleurs, une planimétrie de dessins. La cravate a sensiblement de la personnalité. D'où notre moue lorsque nous découvrons un quidam se permettant d'arborer la même cravate que nous. C'est, en quelque sorte, dénicher, aliéner, comme une ombre séparée de son corps, un attribut qui nous est personnel, mais qu'on nous aurait dérobé ! Et le chapeau ! Même s'il s'agit du couvre-chef masculin, elles sont presque inexhaustibles, les variétés de teinte, de forme, de consistance, de pelage, sans parler de la manière dont il se « prête ». Mais le chapeau déjà « rodé » devient plus personnel encore. Il attrape des bosses et des plis, son rebord « frise » de façon caractéristique ou s'incline, plus ou moins croqué : ce sont là les signatures de celui qui le porte, de sa façon de manipuler les choses, de son attitude vitale. Il y a des chapeaux perpétuellement saules pleureurs, d'autres tout redressés de fierté, des bravaches et des matamores, des chapeaux neurasthéniques, des torturés. S'ils nous renseignent sur leurs possesseurs, ils ont certainement quelque chose à *leur* dire aussi. Le propriétaire du chapeau-mausolée ne serait-il pas ému d'une obscure miséricorde en voyant son malencontreux couvre-chef pendu parmi des congénères plus réjouis ?... Et les chaussures constituent, elles aussi, un élément très personnel de notre habillement. Elles jouissent au surplus de ce privilège exceptionnel : elles ont une face. Certaines tonitruent ou sont bruyamment hilares, d'autres contemplant en silence un vague lointain, d'autres encore ne cessent de nous considérer muettement et avec reproche. C'est ce qu'on ne peut discerner aussi promptement lorsqu'elles sont rangées à la vitrine ou dans les boîtes du magasin ; leur neutralité distinguée rend alors le choix difficile. Mais il nous suffit de les porter quelques semaines pour qu'elles soient pourvues d'un visage. En général, cette face ressemble fort à celle des compagnons de placard. Tous appartiennent à la même famille. Les souliers nous mettent en contact avec la terre, ils foulent le sol campagnard ou citadin — nos souliers ou nos pieds : comme sensation globale, c'est pratiquement pareil —, et ce sol est, somme toute, le chemin de la vie. Les voilà dans l'attente, auprès du lit, comme une muette et vaine invite. La face qu'ils tournent vers moi pour me dévisager me révèle très adéquatement mon propre état : je n'appartiens plus à la vie, qui n'en reste pas moins ma vie ; ma route, mon chemin, c'est au delà de mon horizon vital qu'il m'en faut constater le tracé.

Ces quelques observations résument l'expérience d'une affection passagère et bénigne. Voyons maintenant ce qui survient à qui n'est pas incommodé par un fugace intermède, mais est plongé dans une situation durable, voire sans apparente issue.

Dans *The Bottle Imp*, ce conte passionnant, R. L. Stevenson nous parle d'un personnage à qui la vie a souri. Grâce à la force magique enclose par lui dans un flacon, il est devenu riche. Sur l'une des îles ensoleillées baignées par l'océan Pacifique, il s'est acheté une résidence splendide ; puis, sans lésiner ni sur l'argent ni sur la peine, il l'a ornée suivant ses goûts ; enfin, pour couronner le tout, il a pris pour épouse une femme aussi belle qu'aimante. Chaque matin, au réveil, il saute en chantant du lit, et c'est en chantant qu'il lave son corps débordant de santé. Mais, un matin, sa femme l'entend qui, brusquement, cesse de chanter. Surprise de ce silence, elle va voir ce qui se passe et découvre son mari

accablé d'abattement muet. Pour toute explication, il lui montre une imperceptible tache blanche sur sa peau : la lèpre ! La découverte de ce changement en apparence futile, minime, bouleverse toute sa vie ; peu lui importe, désormais, d'être un homme riche, propriétaire d'une des plus extraordinaires habitations du monde. Il ne voit plus la splendeur de son île : elle a disparu ; tout au plus souligne-t-elle son désespoir. Alors qu'il évoquait, quelques instants plus tôt, son bonheur conjugal, dorénavant sa femme appartient à la caste des bien portants, désormais, pour lui, inaccessible.

Chaque année, des milliers d'êtres humains font une pareille découverte. La femme qui, en se lavant, sent une nodosité, un durillon dans l'épaisseur du sein, laisse échapper son savon : avec horreur, elle comprend que la mort s'est frayée un chemin vers les sources mêmes de son existence. Cet homme a souffert de constipation pendant quelques mois ; le médecin l'avertit qu'une opération s'avère nécessaire : le malheureux voit les coulisses de sa vie faire place à un autre arrière-plan, et oh combien redoutable ! Moins accablantes, mais non moins envahissantes et obsédantes sont les méditations de l'étudiant qui suit le « conseil », donné par le spécialiste, de passer en sana « quelques mois ». Et que dire de la femme qui apprend que l'état de son cœur exige qu'elle soit perpétuellement assistée pour les soins du ménage, et reste à jamais au lit, ou à la rigueur qu'elle garde la chambre, pour « pouvoir tenir bon encore quelques années ».

Toute maladie sérieuse commence par une faille, par une halte. C'est la clôture d'une vie, à quoi se substitue cette vie nouvelle et différente dont on ignore encore la nature, dont on pressent avec acuité la peine et la souffrance, mais sans en avoir ni vue panoramique ni perspective en profondeur, de sorte qu'on imagine si peu l'éventualité d'une valeur propre à cette existence nouvelle qu'on est inapte à lui conférer la moindre forme. Cette autre vie, on n'est pas capable de la *mener*, mais on la *subit*, consterné, perplexe, révolté ou — mais tout aussi stérilement — résigné. C'est l'expérience d'une subversion totale que l'homme bien portant peut à peine se représenter ; on manque tout à coup d'assurance à l'égard de ce qui paraissait le plus évident, c'est-à-dire la fonction personnelle se manifestant par une existence corrélative à celle d'autrui. La nécessité, voire même l'indispensabilité de cette fonction, la confiance dans un avenir encore déployé à perte de vue, la confiance aussi dans l'intégrité si particulière du corps, voilà qui ne faisait précédemment l'objet d'aucun doute, bien qu'on sût « théoriquement » très bien que ces certitudes, et d'autres, analogues, étaient toujours loin d'être vraiment sûres. Mais, précisément parce que l'accès à la vie « ordinaire » et saine est irrémédiablement interdit, cette vie revient à la charge, pleine d'une promesse nouvelle, et ne cesse d'assiéger le patient. Elle lui devient plus chère qu'il n'aurait jamais pu s'imaginer, et les menus faits quotidiens lui paraissent plus désirables que jamais. Lorsque le curé de campagne de Bernanos apprend qu'il est atteint d'un sarcome inopérable et que ses jours sont comptés, le monde le fuit avec une inconcevable vitesse — c'est l'expérience de la solitude radicale dans une aire bornée par un horizon très proche —, mais ce même univers a pour lui, désormais, un « bouquet », une allure familière dont il croyait avoir perdu l'accès depuis longtemps. C'est avec une acuité vraiment inouïe qu'il évoque sa vie du temps qu'il se portait normalement, et ce n'est pas un effet du hasard

s'il pense d'abord aux routes que ses pieds arpentèrent. Le chemin de l'école à la maison, dans son enfance. La *route nationale*, brûlante en été. Les interminables pistes boueuses de sa paroisse. Le sentier qui s'allonge devant lui... c'est une invitation subitement pressante à vivre, à œuvrer⁴. La certitude de la mort rend la vie plus vivace. L'assurance de l'alitement chronique actualise, rend présents les dons de la santé. Cela, le malade en a une expérience qui ne disparaît jamais tout à fait, aussi longtemps qu'il reste alité.

Concurremment à ce conflit, il y a le heurt à l'entourage, plus pénible encore s'il est possible. C'est le titre d'un chapitre de France Pastorelli : « Le drame avec l'entourage. » Dans ses notes autobiographiques sur l'alitement d'une cardiaque, cet auteur nous a fourni une excellente image de la psychologie de la maladie ; nous lui emprunterons ici beaucoup. Ce conflit avec l'entourage est en grande partie dû à la conduite des visiteurs bien portants. À proprement parler, le malade ne s'affranchit jamais tout à fait de sa stupeur initiale, et l'alitement ne devient jamais pour lui un fait pleinement accompli, mais reste à ses yeux un cas de force majeure qui, se prolongeât-il même pendant de longues années, même sans aucun espoir de rétablissement, garde la marque à la fois du fortuit, du subi, du transitoire. Mais le bien portant, lui, a vite fait d'éliminer le patient de son univers à lui, du monde « quotidien », et de considérer son alitement précisément comme un *fait accompli*⁵. Au bout d'une semaine à peine, les visiteurs exhibent au patient des visages d'où l'étonnement des premiers jours a disparu, alors que cet étonnement rattachait l'allongé à la vie. Après un mois, leur question « comment ça va ? » s'est faite aussi conventionnelle que le geste par lequel ils déposent leur chapeau sur le lit et leur manteau sur la chaise. C'est à peine s'ils s'attendent à une réponse, et le malade s'en aperçoit. S'il leur raconte effectivement « comment ça va », comment va *cela* même qui provoque son attentive angoisse, ce qui le tourmente et le torture, il lui faut voir ses paroles glisser au long de ses « auditeurs » qui s'efforcent de l'écouter avec intérêt, alors que, visiblement, à leur insu, ils sont préoccupés par autre chose. Il les *voit* penser : tout cela, nous le savons depuis longtemps ; nous le savons même pour les mois à venir, au point que nous savons même s'il est une chance minime de guérison ou si la mort est certaine. L'alitement devient vite une réalité pour le bien portant, une donnée stable avec laquelle il faut compter ; jamais le patient ne s'y résigne. La façon dont le visiteur évoque sa propre manière de vivre — la sienne encore tout récemment — prouve au malade qu'il en est exclu, qu'il est devenu pour l'homme en bonne santé un étranger, un non-participant, « rien qu'un malade ». Partout, d'autres se substituent à lui. Certes, au début, ce remplacement n'allait pas sans inconvénients ; mais, actuellement, cette substitution n'offre plus aucune difficulté, on n'y songe même plus, on se passe aisément de lui, cela va parfois même mieux sans lui, au point que son absence ne se remarque même plus et qu'on n'est rappelé à son souvenir que par le calendrier, lorsqu'il avertit qu'il est réellement temps, maintenant, d'aller « de nouveau lui rendre visite ». Évidemment, tout ceci ne s'exprime pas ; il serait même très injuste de supposer que le visiteur s'en rend compte. Au contraire, ses réflexions et sa conduite sont pleines de sympathie, et c'est sincèrement qu'il montre son intérêt. Mais il ne peut empêcher l'alité, exceptionnellement sensible en ce domaine, d'apercevoir à travers ses paroles l'inexorable fait que voici : il est, lui, « le malade », le malade claustré dans sa chambre, alors qu'au

dehors, la vie suit imperturbablement son cours normal et chargé de sens, lui signifiant en quelque sorte : « Je ne te connais plus. » Les rumeurs de la rue, les bruits de la maison, la façon toute nouvelle dont la lumière du jour filtre à travers les persiennes le matin et fait place, le soir, à la clarté artificielle, l'aspect tout neuf de sa chambre — avec sa gerbe de fleurs un peu trop voyante et sa corbeille de fruits un rien trop coûteuse —, tout cela lui révèle que la vie s'est faite remarquablement étrangère et insolite, mystérieuse, dès lors qu'elle déborde au delà de sa petite existence actuelle. Or, tout cela, le visiteur le souligne, l'accentue ; il exaspère cet éloignement, et cette singularité devient hostilité. Sa simple survenue, sa façon de s'exprimer, y suffisent. Et surtout lorsqu'il parle avec « tact », car cette attitude ne peut avoir qu'un sens pour le malade : c'est qu'il est, notoirement, devenu le personnage dont on ne s'approche qu'avec doigté, circonspection, c'est-à-dire en prenant ses distances. Il appartient désormais à un univers régi par des normes nouvelles, où la conversation suit d'autres lois, où l'on profère et tait d'autres thèmes. Ce monde nouveau, c'est en bonne partie le visiteur qui le révèle au patient, voire même qui le lui impose. L'alité en fait surtout la remarque lorsqu'il désire parler de son mal.

On ne peut en vouloir au visiteur de sa réserve lorsqu'il écoute le malade s'épancher « au sujet de sa maladie ». Il refuse de s'immiscer dans les détails de cette affection déterminée, de prendre parti quant aux particularités de l'examen médical et du traitement ; c'est là le droit strict de tout visiteur, bien qu'il faille remarquer, hélas, que l'on met bien peu souvent en œuvre ce droit. Il lui sera difficile de heurter le patient en manifestant cette réserve. Mais jamais il ne le blesse autant que lorsqu'à l'allongé, désirant discuter de son mal comme d'un état d'être pénible ou même insupportable, il répond en s'efforçant de faire dévier la discussion sur une voie de garage, ou tente de minimiser les angoissants problèmes de la vie et de la mort par des propos d'un optimisme bêtifiant, auxquels d'ailleurs lui-même ne croit pas. Beaucoup de malades souffrent de ne pouvoir s'entretenir des questions qui leur tiennent à cœur. La cause en est aux bien portants, qui, d'habitude, n'abordent ces problèmes qu'avec une fausse insouciance, d'ailleurs totalement injustifiée.

Tous, nous craignons la maladie et la mort. Mais nous abhorrons d'en parler aux autres et à nous-mêmes. Au lieu de dominer cette terreur en allant carrément au-devant de la maladie et de la mort comme vers les plus réelles éventualités de notre destin, nous fuyons un tel dialogue, comme si la maladie et la mort n'existaient pas. Les habitudes sociales du temps présent facilitent au plus haut degré cette fuite. À lire *La fin du Moyen-Âge*, de Huizinga, on s'aperçoit qu'à cette époque la maladie et la mort étaient patentes pour tous. Les égrotes couraient les rues, glissaient au bord des routes, annonçaient leur présence lépreuse au son de la crécelle, et leurs ostentatoires vagabondages mettaient en garde contre les tournées bien plus silencieuses de la peste et du choléra, ces fléaux périodiques de l'Europe. La mort regardait chacun droit dans les yeux. Tous jouaient respectivement leur rôle dans le grand jeu de la danse macabre, jeu qui était compris par chacun. Qu'un citoyen mourût, la ville entière prenait part à ses funérailles au son du glas ; à la vue de tous, il était porté au tombeau creusé au centre même de la ville : au cimetière, entourant l'église, moyeu de la cité. Sans cesse, la mort, comme la maladie, était présente. C'est ce qu'on ne

peut plus dire de notre temps. Les malades sont enlevés à la vie publique. Ils végètent et sont dissimulés dans des hôpitaux et des sanatoriums. Qui visite ces forteresses de l'alitement n'aperçoit généralement que bien peu de choses qui lui manifestent la maladie ou la mort. On rit et on chante : nulle part, ou presque, le visiteur ne découvre la douleur. Car les malades dont l'état est grave sont isolés en des chambrettes séparées : ils sont comme qui dirait « malades en secret ». La mort survient, mais les autres alités n'en remarquent d'habitude rien, du moins directement. On murmure : la mort se glisse à pas feutrés à travers les salles, elle ne peut se laisser voir... c'est une honteuse. Souvent, on veille à ce que le malade en danger de mort soit discrètement expulsé de l'hôpital, tout juste avant de scandaliser les modernes par son dernier souffle. Sans doute, une interprétation bienveillante peut voir là le désir de replacer le moribond parmi les gens et les scènes familières, pour un dernier adieu... mais il s'agit aussi d'un exil : pas de place pour un mourant dans une usine à guérisons ! On cherche d'ailleurs à tromper jusqu'au moribond lui-même : le docteur lui injecte de la morphine, sans doute pour apaiser ses souffrances... mais aussi, comme tous le souhaitent secrètement, pour que la mort s'opère dans l'inconscience. Presque partout, le cimetière se trouve aujourd'hui loin du centre des villes. À la campagne, recouvert de ramures, caché, secret : tel est aujourd'hui le champ de repos. Tout comme le dépotoir municipal — l'un et l'autre sont d'ailleurs souvent voisins —, le cimetière a l'air d'un parc. Qui longe ses haies ou ses murs a l'impression de faire le tour d'une splendide propriété plutôt que du royaume des morts. Seul le voyageur passant en chemin de fer peut jeter sur les tombes un regard direct. Car la voie ferrée, artère unique en son genre, laisse voir la ville telle qu'elle est, sans égard, comme un « voyeur », en sa nudité à la fois touchante et honteuse.

Cette situation a permis, évidemment, un énorme progrès. Il est plus conforme à l'hygiène de ne pas laisser circuler les malades à travers le pays. Il est excellent, sous bien des aspects, que chaque village n'ait plus son bouffon et son idiot. Il est humain d'accorder aux malades les soins qui leur conviennent ; il serait dur, inexorable, de leur refuser les stupéfiants lorsque la fin se fait trop douloureuse. Mais il y a ce péril aussi : c'est que bien des choses risquent de se perdre. Il est extrêmement dangereux, sous l'angle psychologique, d'éliminer la maladie et la mort de la vie quotidienne. Il est très peu conforme à l'hygiène psychologique d'éloigner les déments de la vie sociale. De même, et dans une perspective analogue, on ne peut approuver l'homme moderne de perdre tout contact, grâce à une technique de la propreté de plus en plus infaillible, avec la corruption et la dégénérescence. Où tout cela s'effectue, la précarité de notre existence — en fait, réalité primordiale de l'homme — devient une menace *cachée*, donc bien plus dangereuse ; la maladie et la mort se font catastrophes subites et l'homme est à tout instant exposé à leur assaut inattendu, sans la moindre préparation. L'homme d'aujourd'hui est pareil au jeune Bouddha, « préservé » par ses éducateurs de tout contact avec la douleur humaine, de sorte qu'il était devenu exceptionnellement vulnérable par tout ce qui ne cadrerait pas avec son paradis artificiel. Il n'est certainement pas fortuit, ce biais contemporain qui fait tant discourir sur l'angoisse. Nous ne vivons pas en compagnie des réalités de notre existence : cette

méconnaissance même les fait s'en prendre à nous et nous obséder sous forme d'angoisse. À la base de notre vie moderne, apparemment si joyeuse et saine, il y a l'angoisse.

On peut donc s'attendre à ce que l'homme d'aujourd'hui soit un malade difficile. Et un visiteur de malades, généralement un gaffeur. Malade difficile, parce que l'alitement lui impose une tâche à laquelle il n'est pas du tout préparé : il est confronté à la vulnérabilité de son corps et à la précarité de sa vie ; et visiteur malencontreux, parce que l'homme bien portant n'est plus désireux ni capable d'évoquer la maladie et la mort, car ce sont là des notions qu'il a éliminées de sa vie en vertu d'un instinct de conservation mal entendu.

Le malade est poussé, par la détresse de son alitement, à discuter de son cas, parce que seul un pareil « déballage » peut lui apporter, avec une clarté plus grande, une mitigation de son mal en tant qu'il est ressenti ; or, il remarque qu'en réalité personne ne se soucie de ses confidences. Souvent, même pas le médecin. Non seulement parce que celui-ci, comme tous les bien portants, préfère bien souvent une espèce d'insouciance bonhomme et de mauvaise foi au sérieux requis par sa double qualité d'homme et (surtout) de médecin — j'ajoute que ce sérieux nuirait à son cœur et à celui du patient —, mais aussi parce qu'il s'abrite derrière ce sophisme médical : tout malade qui prend conscience de la gravité de son état, voire qui ne se dérobe pas à la méditation de la mort, aggrave toujours et de toute façon son mal, supporte moins bien son lot, hâte même sa mort.

Mais l'exigence première et capitale de la déontologie médicale : *nil nocere* — ne nuire en rien à personne —, ce devoir primordial ne vise pas exclusivement, ni même en premier lieu, l'état *actuel* du malade ; il englobe sa vie *entière*. Si l'on consulte le médecin sur l'opportunité d'un mariage, à supposer qu'il tienne l'hérédité des partenaires pour indubitablement menaçante en cas de procréation, c'est à juste titre qu'il conseille aux jeunes gens de ne pas se marier, même s'il sait qu'il nuit de la sorte au mieux-être actuel des consultants. C'est leur vie tout entière qu'il envisage, et, pour ne lui porter aucune atteinte, il déconseille le mariage. De même, le psychochirurgien refuse d'alléger la torture des symptômes obsessifs s'il a des raisons de craindre que la leucotomie nuira à la personnalité intégrale et que les bienfaits de l'opération ne compenseront pas cet écrasant désavantage. Si le docteur est convaincu que son malade est condamné, mais s'interdit — et défend aux autres — d'en faire au patient la révélation, même si l'intéressé pose expressément des questions, ce médecin agit comme si la mort n'avait de sens pour la vie qu'au moment même où elle a lieu. Comme si la mort était un symptôme de la maladie, et non de la vie !

Dans son *Temps vécu*⁶, Minkowski compare la vie à une « marche de fond » dont la dernière borne kilométrique représente la mort. Cette borne ultime, dit-il, confère à la course entière toute sa portée ; notre progression n'est qu'un rapport constant avec le but ; notre élan, notre allure sont autres, suivant que nous nous écartons ou nous rapprochons de ce but, qu'il nous apparaît clairement ou menace d'échapper aux prises de notre esprit. Ainsi de la mort : nous avons beau la bannir expressément de nos vies, en fait nous ne

cessons d'être en rapport avec cette fin qui nous prescrit notre manière de vivre. C'est pourquoi le quadragénaire a si souvent tendance à conférer à son existence un aspect totalement nouveau, parce qu'il se rend compte qu'il a dépassé la moitié de sa vie : la présence toute neuve de la mort l'invite à rénover sa façon de vivre avant qu'il ne soit trop tard. Emmanuel Kant n'a si longtemps vécu suivant une règle inflexible, guidé par une conscience du devoir qui ne s'est jamais relâchée, que parce que la mort n'a pas cessé d'emplir son horizon. Il faut s'attendre à ce que la vie d'un homme qui ferme frénétiquement les yeux à la réalité de sa fin personnelle prenne une autre allure que celle de l'être pour qui le *memento mori* apporte non la terreur, mais le sens du sérieux et de la valeur, du caractère dramatique et fatidique, inhérents à sa vie. Comme la dernière borne kilométrique qui achève la « course de fond » en lui confère sa physionomie définitive, ainsi la mort donne à la vie son unité. Qui refuse à l'homme le droit de réfléchir à la mort proche lui ravit *ipso facto* le droit d'envisager sa vie comme un tout, comme une vie, de l'éprouver comme une seule expérience organiquement cohérente. La course n'a plus de sens si l'on en atteint le but inconsciemment, même si la route est parsemée de maintes haltes reposantes et agréables. Un pèlerinage perd toute raison d'être si l'on aborde avec les yeux bandés le but qui doit en compenser toutes les fatigues, même si le voyageur a joui des plus ravissants paysages en cours de route. Qui masque au malade l'indubitable sérieux de son état, qui refuse de parler de la mort au moribond dégrade la vie de l'homme ou de la femme qui, sans bouger de son lit, s'achemine vers sa fin.

Ne concluons pas, cependant, qu'il faille révéler brutalement à tout patient les réalités de sa situation. Il en est qui ne désirent aucunement recevoir pareille communication. D'autres interrogent avec une telle passion d'inquiétude et d'anxiété qu'on les devine totalement non préparés à l'assimilation de la dure réalité. Il y a des moribonds incapables de racheter, de « rattraper » la négligence de toute une vie. Comme il en est d'autres qui s'interrogent depuis longtemps et méditent avec un tel sérieux sur leur destin que *notre* sérieux ne pourrait que troubler le silence de leur soliloque intérieur. Dans chacun de ces cas, le visiteur fait bien de se taire. Mais, pour peu qu'un malade manifeste à quel point ces problèmes le tourmentent et s'il appert de toute sa conduite qu'il veut savoir, pour tirer de cette connaissance des éléments d'appréciation lui permettant de « survoler » sa vie, de la sonder, de la remettre en ordre, de la rectifier, il n'est pas permis, il est même certainement contraire à la véritable médecine de le tromper en lui suggérant de fallacieux espoirs de guérison, même s'il y aspire en même temps.

Il est très douteux que, pour de tels patients, la vie soit abrégée si la vérité leur est présentée, puis discutée avec eux. Mais, à supposer même que leur vie doive s'en trouver quantitativement abrégée de quelques heures, ou jours, ou semaines, le bienfait d'une fin vraiment humaine ne compense-t-il pas cette perte purement temporelle ? Est-il réellement si important de prolonger l'alitement alors qu'il ne consiste plus qu'en une autoduperie continuelle dont le malade lui-même veut être affranchi ? Qu'est-ce qui vaut plus : la quantité d'une vie ou sa qualité, sa durée ou sa teneur ? L'intérêt poussé par les médecins jusqu'à l'outrance pour une vitalité moyenne n'accentue-t-il pas fallacieusement l'une des

tâches médicales ? La très réconfortante statistique qui nous montre combien la vie humaine se prolonge d'un siècle à l'autre atteste favorablement de l'efficacité des traitements médicaux, mais ne prouve rien de plus. Je le répète : le docteur a pour tâche de servir la vie de ses congénères humains, de venir à la rescousse de la santé dans le conflit qu'elle mène contre la maladie ; mais c'est mal comprendre la vie que de l'évaluer en nombre d'années, et la santé, en ne considérant que l'état du corps. Ce que j'en dis n'apprendra rien de neuf à la plupart des médecins de famille. Il n'en va pas toujours de même, semble-t-il, pour les spécialistes et les cliniciens d'hôpital, car ils connaissent moins leurs malades — leurs « clients » —, ignorent presque tout de leur vie normale, ne voient que peu le patient, et la brève durée du contact leur sert tout juste à se préoccuper du « strictement physique ». On comprend, sans toutefois pouvoir la leur pardonner toujours, la réserve qu'ils apportent dans leurs échanges de vues avec leurs malades. L'aumônier de l'hôpital peut jouer, en l'occurrence, un rôle très salutaire. Cela ne signifie pas que l'ecclésiastique soit un collègue du croque-mort : comme le docteur, il doit s'occuper des vivants, mais sa tâche a ceci de particulier qu'il voit la vie sous un tel angle et dans une telle perspective qu'il devient possible d'y insérer, le plus naturellement du monde, la méditation de la mort.

Pour les mères malades, lorsque intervient « l'intruse », la lutte avec l'entourage prend des aspects plus tendus encore pour reprendre leurs besognes. Quand bien même la remplaçante serait la propre sœur de la ménagère, sa mère, sa meilleure amie, en quelques jours les bruits qui lui viennent « d'en bas » lui prouvent qu'elle (la malade) est maintenant « l'étrangère ». Les mioches braillent plus fort, comme pour signaler à tue-tête que « ça ne va pas » dans la maison ; parfois, ils deviennent anormalement tranquilles, ce qui veut dire (pour la patiente) qu'un poids inattendu pèse sur la maisonnée. Ils viennent raconter à leur mère que, d'après leur tante, on n'a jamais vu ménage aussi chaotique ; d'ailleurs, elle interdit ce qu'on a toujours tenu pour bon... sans parler d'autres choses toutes simples dont elle estime qu'on ne les fait pas si l'on est bien élevé. Quant au mari, dès qu'il s'aperçoit que la norme de la vie ménagère a fait place à des règles nouvelles auxquelles manque l'expérience, il boude et devient maussade. Ou, pis encore : la loi nouvelle lui plaît, sa femme alitée l'entend rire à haute voix pendant le repas... mais il se tait tout à coup, et la patiente suppose qu'« on » a dû le rappeler à l'ordre sérieusement ou en badinant : « Attention ! Là-haut... » Que penser du silence qui règne en bas, quand les enfants sont au lit ? L'alitée devient soupçonneuse ; elle profère des paroles violentes ou coléreuses, parfois chagrines, qui creusent plus profondément les fossés. La première condition du rétablissement pour une maman malade — ou, s'il ne peut être question de guérison, la condition *sine qua non* d'un bien-être relatif —, c'est l'hôpital ou le sanatorium. Là, les soucis qui persistaient à la maison s'évanouissent remarquablement vite. L'hôpital a sa propre clôture mentale : les troubles de la vie ménagère y pénètrent difficilement. Les enfants accourus au chevet sont plus loin que jamais ; le mari, qui ne savait déjà trop comment se conduire à la maison, est visiblement encore plus gauche dans cette salle remplie de femmes. D'ailleurs, les visiteurs repartis, cette salle retourne à son rythme propre, un instant interrompu. Les infirmières apportent thermomètres et médicaments, on

reprend les papotages, la salle retrouve sa rumeur familière et ses formes habituelles. On dirait qu'elle respire — les visiteurs sont partis ! —, et, de fait, plus d'une patiente soupire de soulagement après le départ des siens et des amis, alors même qu'elle s'est réjouie de leur venue et qu'elle aspire immédiatement à leur visite prochaine. Certains visiteurs remarquent cet éloignement sensible à l'égard de la famille et sont vite prêts à reprocher aux malades leur insouciance : « Elle s'en f... », disent-ils, sans s'apercevoir que c'est là précisément le premier pas vers le rétablissement, et qu'il était impossible à la maison.

Le troisième conflit — ces compartimentations sont quelque peu artificielles — est *celui du malade avec son lit*. L'homme bien portant connaît la variation quotidienne du labeur et du sommeil, de la veille et du lit. Pour lui, le lit est l'attribut de la nuit : il s'y trouve accueilli chaque soir avec la même douceur. Chaque jour, à la tombée de la nuit, il s'étire, cherche à caser agréablement bras et jambes, à bien nicher sa tête dans un creux d'oreiller. Il chasse de sa pensée les vestiges de la journée pour ne garder qu'un seul souvenir, bien entendu bon à se remémorer, ou se perd dans les fantaisies débridées de son bon plaisir. Le sommeil vient. C'est la systole de l'existence : le dormeur rentre en lui-même et s'oublie au plus profond de lui-même ; le lit est l'endroit où s'opère cette « contraction ». Au cours de la soirée, le monde s'est rétréci aux dimensions de la chambre et les tentures closes ont particulièrement mis en évidence cette retraite solitaire ou collective ; mais, au moment du coucher, ce rétrécissement du monde le fait coïncider avec le lit, là même où s'étend le futur dormeur, que dis-je ? peut-être avec ce menu creux où sa tête se repose sur l'oreiller, de manière à se ménager une ouverture pour respirer. Ce rapetissement de l'univers aux dimensions de la couche ne peut aucunement être comparé à l'isolement de l'alité. Le dormeur n'est pas isolé, c'est lui-même qui rétrécit l'univers jusqu'aux contours de son propre corps ; c'est lui qui « oublie » le monde, l'écarte, ouvre une parenthèse pour y enfermer toutes choses. Son repos complet exige un éloignement de toutes les réalités quotidiennes, et cet éloignement a pour nom *demain*. Rien ne lui fait défaut ; tout simplement, il effectue la synthèse de tout dans le silence. Si, pour le malade, le monde devient appel et même cri, pour le dormeur bien portant, il est silence, attente silencieuse : « Tout viendra bien ! » Le sommeil est une promesse d'avenir : non pas l'avenir lui-même ou quelque anticipation, mais sa promesse. Il n'est anticipation que s'il est le sommeil du malade, de celui pour qui l'avenir n'apporte que des sujets d'angoisse, de crainte, et parfois ce sommeil ne vient pas parce qu'il y a déjà trop à supporter. Le malade chronique n'a plus rien qu'il puisse anticiper ; ce qui « vient », ce n'est que le lit, qui ne peut jamais être un avenir. Le lit, pour lui, n'est pas une promesse, pas une attente, mais un séjour durable. La tombée de la nuit n'est pas, pour ce malade, l'occasion d'un heureux éloignement ; lui-même n'est qu'éloignement, distanciation, aliénation — autant de facteurs malheureux.

Son lit n'est pas la systole de son existence ; il n'y a pour lui pas de systole ; car la diastole — l'exode, la dilatation, l'expansion alternant avec la contraction —, la diastole fait ici défaut. Lorsque l'homme bien portant va se coucher, son lit a la fraîcheur encore de ce qui se trouve « au dehors » : du vent, entré toute la journée par la fenêtre ouverte, de ce vent tout chargé d'hiver ou d'été, d'averse ou de sécheresse. Il est tout imprégné, ce lit, de

l'ombre, du sillage des choses ; les saisons y marquent leur empreinte : il semble à l'homme normal y retrouver je ne sais quelles traces des feuilles automnales qui tombent, et des fécondités vernales... parfois, c'est la froide pureté des neiges récentes qu'il y découvre, ou l'humide fraîcheur de la rosée, la chaude haleine du pavé après l'orage dont un lointain grondement parvient encore jusqu'en la chambre. Chaque soir accommode entièrement son lit, lui confère une singularité nouvelle ; le bien portant y niche son corps, le remplit de la chaleur rayonnant de son corps sain. Tout cela manque au malade. Si bien qu'on ait aéré son lit — tout juste un bref instant ! —, la chaleur n'en a pour lui jamais disparu tout à fait, les draps n'en sont jamais aussi frais qu'autrefois, s'il en croit ses souvenirs ; ils gardent l'odeur âcre de son corps, de sa peau, de son souffle. Ce lit *sent*... c'est l'odeur spécifique de son corps malade. S'il est un cas où s'avère exacte la remarque de Sartre sur « l'insurmontable et discrète nausée qui reflète perpétuellement⁷ » le caractère corporel de notre existence, c'est bien celui-ci, lorsque le patient gît, inerte, constamment, dans l'aura de son corps qui lui répugne par son immobilisation de chose morbide. Cela s'observe déjà chez un alité de courte date. Deux ou trois jours suffisent au lit pour « sentir ». L'odeur du malade, de l'oreiller, du pyjama, de tout ce réduit où se recroqueville le patient, révèle sans cesse une existence sans variété ni renouvellement. Pour certains allongés, l'odeur est accentuée par l'alcool camphré ou je ne sais quel médicament : c'est « le relent de l'hôpital ». D'autres fois, c'est un remugle d'urine ou d'excréments qui procède du lit sans qu'il soit possible de l'effacer à l'eau de Cologne. Peut-on s'étonner, dès lors, que le malade soit en révolte contre son propre corps ?

Ce corps est le fidèle allié du bien portant. Jadis, une main maternelle a lavé cette chair et l'a, par ce geste même, rendu habité. Pleine d'amour, une main l'a caressé : il a reçu de cette caresse le don merveilleux de son intégrité, comme le souhaitait l'auteur de ce geste. L'homme bien portant peut s'identifier à son corps ; c'est un droit dont il fait un avide usage : il *est* son corps. La maladie trouble cette identification. Le corps du malade lui devient étranger. Ce n'est plus qu'un impersonnel objet, occupé par un envahisseur tyrannique. Du coup, cette « chose » devient inhabitable. Un mal, quasiment une entité maligne, s'installe en ce corps et le domine, en fait un tissu proliférateur, un organe excréteur, une tumeur, un ulcère, une pustule. Le compagnon fidèle devient un adversaire, un ennemi acharné. Le malade doit lui faire la guerre... Et la main caressante, qui de ce corps a fait *son* corps... cette main qui s'efforce encore, peut-être, de lui faire remonter le courant de sa trahison, la voilà impuissante !

Cette lutte avec son propre corps, le malade en a conscience. En temps normal, il s'identifie si bien à son corps qu'il l'oublie. Il l'oriente silencieusement vers les tâches qu'il lui faut accomplir. Ce sont ces besognes qui lui révèlent son identité corporelle. Le guidon du vélo lui fait connaître ses mains, leur complémentarité ; les pédales lui « présentent » ses pieds ; la chaussée glissante lui notifie la fragilité de ses membres. Plume et papier lui apprennent l'habileté de sa main droite et l'utilité de la gauche. S'il examine son corps, il y découvre les traces des tâches accomplies. Il a de la corne à la plante des pieds, une ecchymose au genou ; les mains sont calleuses, hâlées, porteuses de cicatrices : elles ont de

noirs sillons, les ongles sales. Tout lui prouve que son corps est un instrument, une condition. Mais c'est un témoignage que le malade cherche en vain. *Son* corps devient blême, immaculé. Les surfaces cornées disparaissent, même la plante des pieds devient rose et tendre, comme chez un bébé. La peau s'amincit, et les bleus méandres des veines l'avertissent que le sens, le but, le pourquoi de son corps ne doit plus se chercher au dehors, mais à l'intérieur même de ce corps. Son corps n'est plus instrument, condition, mais chose, objet : la proie d'une maladie. Oui, un objet que le docteur ausculte, percute, et palpe.

Les quatre conflits décrits plus haut constituent le versant ténébreux, si l'on peut dire, de l'alitement. Mais il existe un aspect de lumière.

Si le patient ne se cramponne pas au souvenir de son passé « normal », il découvre une vie nouvelle dont l'intensité le stupéfie. Il s'éveille à l'univers de la menue mesure.

L'homme bien portant est, en général, tellement accaparé par les réalités « importantes » — prestige, carrière, érudition, fortune — qu'il risque d'en oublier la contrepartie modeste. Or, un examen plus attentif lui révélera que ce ne sont pas ces « affaires d'importance » qui tracent la silhouette caractéristique de sa vie. À l'égard du « petit monde », il garde une dose de sensibilité. Supposons qu'il veuille se souvenir de sa jeunesse, il ne lui suffira pas d'évoquer des dates comme celle de son entrée à l'école, de son meilleur rapport, de son unique « retenue », voire de son premier contact avec la mer... Il lui faudra se rappeler les bruits de la maison paternelle : le tic-tac de la pendule dans le vestibule, le claquement d'une tuile détachée... ou les recoins où cette maison devenait la sienne : ce repaire au grenier, le domaine secret sous la table de la cuisine, l'espace mystérieux derrière la tenture (lorsqu'en hiver on « faisait de la lumière »). Il devra s'avouer que les réalités importantes se présentent incorporées aux détails fortuits qui les accompagnent : l'essentiel se manifeste sous l'accidentel. Par exemple : une triste nouvelle nous est rappelée par l'éphémère rumeur du vent dans le feuillage ; la chute douce et presque silencieuse de la neige évoque la naissance du premier enfant ; le tic-tac de la pluie sur les vitres parle de l'intimité conjugale. Le malade se voit gratifié d'un sens nouveau qui l'harmonise à l'unisson avec ce petit univers. Mieux qu'aucun bien portant, il connaît le rythme du jour : au matin, l'illumination graduelle et comme furtive, pudique, des fenêtres ; la première percée du jour solaire jusque dans sa chambre ; la promenade d'une tache lumineuse sur son lit, sur le plancher, sur le papier mural ; puis les rumeurs de l'activité quotidienne ; enfin la tombée du crépuscule et ce silence de la nuit qui progresse imperceptiblement. Cette perception nouvelle d'un monde menu n'emporte pas toujours son assentiment : loin de là ! Il en manque beaucoup pour qu'elle lui soit en tout état de cause sympathique. Mais, dans un sens très particulièrement déterminé, ces « choses de rien » lui deviennent familières et même chères. Il entend la pendule tinter une seule fois et se demande s'il est trois heures et demie ou quatre heures et demie ; il attend une demi-heure et, cette fois, entend encore un seul coup : il se dit donc en soupirant qu'il est une heure et demie ; puis, après avoir veillé une interminable demi-heure de plus, il entend l'horloge du clocher frapper une seule fois dans le silence de la ville endormie, de sorte que le délai qui le sépare de l'aurore libératrice

se trouve encore allongé d'une demi-heure... certes, ce patient garde d'une pareille nuit un épouvantable souvenir, mais il sait aussi que cette nuit a *vécu* pour lui, de cette façon, comme une confidente sans doute rebelle et tenace, mais à la longue familière et chère quand même. Mieux qu'aucun bien portant, il connaît le rythme de l'année : il s'empare du silence torride du midi estival, salue la mouche à viande qui survole son espace de quelques vols tournoyants pour s'enfuir brusquement par la fenêtre, ce qui rend le silence et la chaleur plus intenses encore. Pour lui, les journées assombries de Noël sont plus que de simples jours abrégés, et l'apparition de la première hirondelle devient une aventure qui déclenche aisément en lui des torrents de gratitude. Il épie la croissance d'une plante bulbeuse et surveille le premier vol des moineaux que les rumeurs de la maisonnée ne l'ont pas empêché d'entendre grandir sous les tuiles du toit. Quel homme bien portant a jamais vu *comment* une fleur s'épanouit — c'est presque la « vision au ralenti », à l'écran —, comment une chenille se transfigure, comment un papillon étire ses ailes humides ?

Le visiteur, à qui l'allongé raconte ses expériences nouvelles, a là-dessus une petite idée : « Il se console comme il peut », se dit-il. Si des tiers lui demandent des nouvelles du patient, il répond que le malheureux compense son manque de santé par je ne sais quel intérêt pour un pot de fleurs ou un aquarium : « Ne lui en parlez pas ; il ne guérira tout de même jamais, et mieux vaut qu'il s'occupe un peu de la sorte ! » Cette incompréhension propre aux bien portants a mené certains psychiatres à formuler la doctrine de la *sublimation*. Le malade « sublimerait » : incapable d'assouvir normalement ses besoins, il cherche des détours compensatoires. D'abord, cette conception témoigne d'une incomparable faiblesse théorique : nul, en effet, n'a jamais pu faire admettre qu'un désir se développe indépendamment de son objet, ni qu'un pareil « désir aveugle », que nul n'a d'ailleurs jamais observé, puisse s'engager sur des voies de garage. Mais, de plus, cette façon d'exposer les choses trahit une grave incompréhension des rapports entre malades et bien portants. Lorsqu'un de ceux-ci déclare qu'un de ceux-là « sublime », il entend exprimer par là que le patient passe outre à la teneur réelle de la vie et se console à l'aide de pitoyables substituts. Mais qui donc passe le plus outre à la vie : le bien portant qui se précipite dans l'avalanche d'une recherche de plus en plus avide, d'un effort de plus en plus obsédé, dont l'objet est un prestige, une renommée toujours en crescendo, une habitation toujours plus riante, une auto toujours plus cossue, des vacances toujours plus lointaines — et les conséquences d'une chasse à l'argent de plus en plus « possédée » — ; l'homme, donc, qui se lance dans cette danse infernale qu'on appelle une carrière, ou l'alité qui, de sa chambre, de sa fenêtre, de son lit, se fait un univers plein d'êtres intéressants et d'événements à vous couper le souffle ? Qui donc — mais en un tout autre sens — est le plus malade des deux ? La maladie physique peut être la condition d'une santé à laquelle le bien portant passe outre bien aisément. Une existence frustrée, privée de la maladie, manque de stimulant vital. De même, une existence psychiquement à l'abri de perturbations dégénère jusqu'à l'entière insignifiance, car rien ne garantit, vraisemblablement, aussi sûrement une vie réellement morbide et malsaine qu'une santé de brute ou une « santé de fer ». Mais ceci veut dire, tout simplement, que santé et tranquillité physiologique sont des réalités qui ne coïncident pas vraiment. L'homme sain possède un corps vulnérable, et il le

sait. Il vit de manière responsable et ce sentiment de responsabilité, cette attitude réfléchie à l'égard du corps, ne va jamais de soi.

Le malade sublimerait ? Oui, si nous prenons ce verbe au pied de la lettre. Il surélève son existence, la hausse à un niveau sublime. Cela ne l'empêche pas d'apprendre avec beaucoup de désillusion que les bien portants le déprécient secrètement. C'est ce qui doit lui permettre de découvrir que la distance le tenant éloigné du monde des bien portants est particulièrement grande, toujours plus qu'il ne l'imaginait. Le malade vit dans un autre monde. Le temps et l'espace propres à l'alitement sont autres que l'espace et le temps de notre existence utilitaire, industrielle, active, bruyante, mais effectivement si souvent porteuse d'insignifiance... de notre existence qu'on dit « saine » !

Nous voudrions soumettre aux visiteurs des malades les conseils suivants :

1. *Se conduire comme « d'ordinaire »*. — L'allongé apprécie le tact réel, approprié, du visiteur qui ne se glisse pas dans sa chambre avec un visage compatissant, qui ne lui serrera pas à tout instant la main avec une chaleur excessive, qui ne lui parle pas d'une voix éplorée d'apitoiement. Si la peine du visiteur est sincère, elle peut se manifester à suffisance par des mots ordinaires, proférés sur un ton habituel. Le patient ne surestime certainement pas le panégyrique de la santé qu'il « retrouvera sûrement », laïus que le visiteur a laborieusement préparé pendant qu'il se rendait chez le malade.

Il n'est d'ailleurs pas bon, en général, de « préparer » ce genre de visite. On risque trop de substituer le discours préfabriqué au dialogue qui devrait avoir lieu, de sorte que l'alité n'a pas la parole, même s'il prononce tout un flot de paroles. Une seule préparation s'avère nécessaire : le visiteur fera bien de réaliser que le seuil qu'il franchit, en entrant, sera plus vaste que le seuil de la porte qu'il ferme derrière lui. Qu'il se dise aussi qu'il ignore la hauteur de ce seuil, en sorte que seules les confidences du patient lui révéleront quelle « mesure » convient en l'occurrence. En d'autres mots : au visiteur de chercher le malade où il se trouve, puis de bavarder avec lui, là même où il l'a découvert, à propos de ce qui compte, de ce qui a du sens dans la vie particulière du visité. Il se met donc dans la peau du malade ; mais cela, ce dernier ne peut le permettre que s'il obtient, à son tour, le droit de se mettre dans la peau du visiteur ; ce dernier parlera donc de lui-même et des choses qui remplissent sa vie. Il le fera comme d'habitude : il se conduira « comme d'ordinaire ».

2. *On a tout le temps voulu*. — C'est-à-dire qu'on le prend ! Cela ne signifie pas qu'on reste là pendant longtemps. On peut « macérer » une heure ou plus dans la chambre du patient tout en lui donnant constamment l'impression qu'on est pressé, qu'on dispose à peine du temps nécessaire. Mais il est tout aussi facile de voir le malade brièvement, assis à son chevet pour « tailler une bavette » avec tant de naturel et de calme qu'il sait, lui, que le temps qu'on lui consacre est vraiment voué à ce colloque.

En général, l'alité a tout le temps voulu. Dans quel état d'esprit le laisse-t-on derrière soi lorsqu'on pénètre en trombe dans sa chambre, aborde en un instant mille et un sujets, puis disparaît comme un tourbillon ? Car le malade peut se souvenir du dialogue. Et l'énorme différence d'appréciation quant à cette conversation entre malade et visiteur, c'est après le départ du dernier qu'elle se manifeste. Le visiteur est immédiatement repris, englouti, par les innombrables événements de sa vie « saine » ; le malade, lui, reste couché : il a le temps, largement le temps, et se remémore le dialogue... aisément, il en découvre la valeur et les carences. Un colloque-tempête trouble le rythme temporel propre à l'alitement ; le patient en sort déconcerté, ahuri, voire découragé.

Les conseils résumés se prêtent à cette objection : leurs conséquences les plus lointaines sont aussi erronées que ce que ces avis ont pour but de prévenir. Prendre du temps ne signifie pas qu'on paralyse le cours de la vie saine dans la chambre du malade. Le patient peut saluer l'interruption de sa routine par une enthousiaste bienvenue, un entretien vivace, ou encore par un bref et gai bonjour. Cette réserve exprimée, nous conseillons au visiteur d'aller s'asseoir.

3. *Prendre le temps de s'asseoir.* — Oui, même si vous ne devez rester là que cinq minutes. Qui n'a pas pris part à une conversation au cours de laquelle l'un des partenaires se lève et continue de pérorer debout ? Il n'est vraiment pas nécessaire d'être affligé d'un complexe d'infériorité pour trouver rapidement un pareil dialogue très désagréable. On éprouve le besoin de se lever aussi et de repousser l'olibrius sur son siège. On ne retrouve pas l'originelle liberté de parole, on doit constater tout le temps que l'autre dégoise à mi-chemin du plafond ; il faut donc, pour le regarder, rejeter la tête en arrière, et la manœuvre devient encore plus compliquée si le personnage arpente la chambre comme hyène en cage et qu'on veut le suivre du regard. C'est exactement ce qui arrive au malade si le visiteur se tient debout au pied du lit ou navigue au long cours à travers la chambre.

On s'assoit donc. C'est-à-dire qu'on enlève son pardessus et dépose son chapeau ; car rester assis en gardant son manteau sur le dos et son couvre-chef à la main, c'est encore rester debout : c'est être toujours prêt à s'esquiver.

Mieux vaut ne pas jeter son paletot sur le lit, et ne pas le couronner de son chapeau : le lit, c'est le domaine du malade. C'est pourquoi la plupart des allongés trouvent plutôt déplacé qu'on s'accoude sur *leur* lit, pour ne rien dire des sentiments provoqués chez eux par les visiteurs purement et simplement assis sur leur couche, voire installés en des attitudes pittoresques ou désinvoltés au pied du lit ; le patient se trouve alors incapable d'empêcher que chaque parole du visiteur se transforme en frémissement dans son lit. Après tout, trouveriez-vous délicieux que vos propres visiteurs apportent dans votre chambre un appareil grâce auquel chacun de leurs propos se métamorphose en heurt contre votre chaise ?

Il est bien facile de veiller à ne pas cogner les pieds du lit. Ne croyez pas si vite que cela ne vous arrive jamais ! Ces « menus détails », qui échappent aisément au bien portant, l'allongé les observe un à un. Le dialogue devient intolérable lorsque le visiteur, aussi régulier que le battement d'une pendule, rejette tantôt la jambe droite sur le genou gauche, et tantôt la jambe gauche sur le genou droit, chaque fois avec un coup en plein dans les bois de lit. Sait-on seulement que ce perpétuel croisement des jambes suscite l'impression que le visiteur s'ennuie ou se trouve contrarié ? « Comment diable vais-je m'échapper d'ici ? » dit au malade cette paire de jambes inquiète, pleine de « fourmis », et qui, en intention, arpente déjà le trottoir. C'est ce que révèlent aussi, dans leur langage, les doigts tambourinant sur le rebord du lit ou le pied soulevant périodiquement le talon et claquant impatientement sur le plancher.

Involontairement, on s'assoit de sorte que, pour voir son visiteur — qui, lui, regarde son interlocuteur à l'aise —, le malade doit tendre ou tourner le cou. Or, l'alité n'y peut rien : il est rivé à sa place ; peut-être n'a-t-il pas la force de bouger de quelques centimètres. Il est tout aussi impuissant lorsque le visiteur approche sa chaise du lit et se penche sur sa victime, dans le visage de laquelle il souffle son haleine. Il est arrivé à chacun de nous d'être apostrophé par un quidam qui réduit au minimum congru les distances physiques entre interlocuteurs. Le personnage se dresse presque sur la pointe des pieds, sa face se fait presque tangente à la nôtre, si bien que, même en louchant très fort, nous ne pouvons apercevoir qu'un vague linéament de son nez, de ses yeux, de sa langue si volubile. Il est trop charnellement présent, ce qu'accentue, le cas échéant, sa ventripotence qui nous oblige à nous contorsionner (à bavard convexe, auditeur concave !)... Il nous exhale son souffle — souvent humide — en plein dans la face, et nous savons immédiatement s'il préfère la bière, l'alcool, le cigare ou la cigarette. L'homme bien portant peut se défendre, reculer d'un pas ; si l'autre le suit — c'est l'habitude —, il peut prendre telle attitude interdisant à l'ennemi de pénétrer dans l'espace qu'il estime exclusivement sien. Ou bien il déclare, amicalement mais fermement, qu'il tient à un minimum de distance. Tout cela, le malade en est incapable. Le recul d'un pas comme l'attitude astucieuse restent pour lui de pieux souhaits, et le courage lui manque pour poser la question qui lui brûle la langue... une question qui blessera le visiteur, il peut y compter, et qui lui fera décider, qui sait ? de renoncer provisoirement à ses visites. Car le patient dépend des visites qu'on lui fait. Il ne pourrait les rendre ; dès lors, toute visite reçue l'est sans ce « pied d'égalité » qui fait la corrélation des visites entre bien portants. Il se sent plus ou moins endetté envers le visiteur, entre autres parce que, généralement, celui-ci n'arrive pas les mains vides. Au cours du colloque, une bonne partie de sa liberté lui fait défaut ; il doit accepter bien des choses.

Presque par définition, le malade est reconnaissant. Quiconque va « voir » un malade découvrira qu'il fait fond sur ce préjugé : il se rend chez « le malade reconnaissant » ; il sera le bienvenu, cela ne fait aucun doute ; il peut compter sur un accueil à bras ouverts. Cette supposition lui vaut une humeur amène : il emporte un livre pour le prêter au « pauvre diable », il achète des fleurs et des fruits ; il oublie, ce faisant, qu'il répond ainsi moins aux vœux de l'alité qu'à l'atmosphère de gratitude dont il a décrété qu'elle

l'accueillera tout à l'heure. Comme il est lassant de rayonner perpétuellement la reconnaissance pour les oranges qu'il faut coûte que coûte trouver appétissantes ; pour les fleurs dont on ne sait plus trop où les mettre ; pour le livre grâce auquel s'élève la pile de lecture indésirable, qu'il faudra fatalement rendre à peine lu, et avec « reconnaissance ». Il peut arriver que le patient soupire de soulagement *parce que* le visiteur ne lui a *rien* apporté !

4. *N'oubliez pas que le malade... est malade.* — C'est-à-dire : tenez compte de ce que, peut-être, au cours de votre visite, le patient se sache en proie aux inconvénients de sa maladie et guette avidement le moment de votre départ pour appeler l'infirmière. Un de ses symptômes consiste peut-être dans l'incontinence d'urine. Ou son immobilité lui fait une torture de toute attitude. Il est des allongés très vite épuisés : une conversation d'un quart d'heure les pousse à bout. Si l'on ne peut rendre visite à un fiévreux que le soir, il est bon de savoir qu'à cette heure du jour la température monte, si bien qu'il y a de fortes chances pour que le visiteur soit alors malvenu. Mais c'est le matin qu'on devrait le moins déranger les dépressifs, alors qu'au crépuscule ils se sentent relativement bien (qu'on aille les voir le soir ; si l'on ne peut le faire que le matin, alors que ce soit très brièvement). Qui ne se laisse pas distraire par ses propres propos, mais observe, sans en avoir l'air, comment l'allongé l'écoute et prend part au colloque, remarque vite si sa présence pèse et prend congé, épargnant de la sorte au malade l'inconvénient d'avoir à couper court lui-même. Tout le monde peut, d'ailleurs, demander carrément au patient s'il se fatigue ou, pour toute autre raison, trouve la visite trop longue.

5. *Ne vous habituez pas trop vite à l'état malade du malade.* — Laissez-lui l'occasion de vous dire comment « cela va ». Ayez le courage d'écouter ses plaintes, même si vous les connaissez d'avance.

Ne vous habituez pas trop vite à son alitement : cela veut aussi dire qu'il ne faut pas refuser d'évoquer avec lui sa vie d'« avant le Déluge ». Mais de telle façon qu'il y ait sa place, qu'il y prenne encore part. Beaucoup de visiteurs laissent transparaître à travers leurs paroles, bien que ce ne soit pas leur intention, qu'à leurs yeux le patient est banni de la vie, qu'il n'en fait plus partie. Ce qui se passe hors de sa chambre, ils en jament comme s'il s'agissait d'une terre insolite et lointaine où jamais le malheureux ne parviendra plus. Il serait difficile d'apporter ici des exemples, car on ne pourrait citer aucun mot qui provoque expressément ou évidemment cette dislocation mentale du malade. Il s'agit plutôt d'une intonation, de l'attitude du visiteur au pied du lit, de sa façon de parler et de prendre finalement congé. Ce sont là des impondérables, mais ils agrandissent la distance que l'alité connaît déjà, alors que ce dernier attend de son visiteur qu'il réduise cet éloignement. Nous avons conseillé tantôt de ne pas oublier que l'allongé possède un corps malade ; nous conseillons maintenant de ne pas oublier que l'allongé participe malgré tout à la vie saine, qu'il vit très essentiellement hors de sa chambre et cherche dans la visite la confirmation de ses liens légitimes avec la réalité qui fut intégralement sienne et ne cesse pas, dans un

certain sens, de le rester. Le patient reste père ou mère, époux ou épouse ; il conserve virtuellement sa fonction dans la vie sociale.

Lorsqu'on leur demande pourquoi ils ne parlent pas en toute liberté au malade des choses qui lui rappellent directement son existence saine d'auparavant, beaucoup de visiteurs répondent que cela serait trop douloureux pour lui. Voici notre réplique : il est d'habitude plus pénible au malade d'être indirectement remis en contact avec le monde « normal », c'est-à-dire de telle manière que cette évocation même lui enlève l'univers remémoré. Jamais le visiteur ne peut s'empêcher de rappeler au malade son passé. Sa visite même constitue déjà ce rappel : c'est une invitation à prendre part à la vie saine, ne fût-ce qu'en paroles. Il n'est donc pas admissible qu'au bout de quelques instants on annule cette invite. On croit épargner le patient ; on le blesse, en fait, au point le plus sensible : on lui prouve une fois de plus qu'il est « homme du dehors ».

6. *Au corps malade, ne manifestez aucune antipathie.* — Tout être bien portant peut se tenir assuré d'éprouver, à l'égard de tout ce qui a trait à la maladie, une antipathie, que nous espérons fort légère. Il ne l'exprimera jamais totalement. Cette ébauche de nausée qui surgit en lui sitôt que ses narines aspirent l'odeur de la chambre où gît le malade, on peut admettre que le visiteur la réprime, de même qu'il écarte de lui la crainte de l'infection qui lui impose de rester à bonne distance du patient. Il est même très possible qu'il ne se doute pas le moins du monde de la répugnance que lui inspire l'alité. Et cependant, cette répulsion peut le dominer, surtout s'il n'a pas été mis en garde à ce sujet. Tout à coup, il manifeste ouvertement cette aversion en indiquant une élévation des draps avec une indéniable répugnance et ce cri : « Est-ce ta jambe ? »... À l'hôpital, il jettera des coups d'œil furtifs sur un autre allongé, à la face squameuse et poudrée de blanc, en murmurant : « Qu'il est dégoûtant ! » Et oubliera tout à fait que *son* malade à l'air tout aussi dégoûtant en tel autre endroit, caché, de son corps.

L'homme bien portant fait bien de surveiller ses paroles. Sans le vouloir, à son insu, il peut blesser extraordinairement le malheureux. Que doit penser celui-ci lorsqu'on le salue en lui demandant : « Voyons, cela va-t-il *toujours* bien ? » Et lorsque après lui avoir parlé d'un autre malade, bien plus mal en point que lui, on conclut : « Bah ! Tu n'en es *pas encore* là, toi !?... » Alors qu'à tort ou à raison le visiteur s'interdit en tout état de cause de discuter avec le patient de son mal, il évoque de cette manière une possibilité menaçante, peut-être bien plus grave que l'importance réelle de la maladie ne le justifie en ce cas.

Un des déguisements revêtus par l'antipathie envers la maladie et le malade consiste dans l'accentuation, par le visiteur, de sa propre santé. Il y a là comme une inconsciente insolence. Certains ne peuvent s'empêcher, lorsqu'ils se trouvent au chevet d'un égotant, de rayonner de santé. Nulle part ils ne se sentent aussi débordants de vitalité, aussi disponibles, aussi souples, qu'au contact de cet allongé qui manque lamentablement de force vive et d'élasticité. Ils s'assoient lestement sur un siège qu'ils enlèvent d'une seule main derrière le lit pour le poser d'un geste unique à l'endroit convenable ; ils croisent

prestement les jambes et bavardent avec une aisance qui force leurs propres stupeur et admiration. Entre leurs mains, tout est léger ; ils marchent à travers la chambre, c'est une petite danse hygiénique. Pour savoir ce qu'en peut penser l'incurable, qu'on observe un instant la différence manifestée par le côté à côté fortuit de sa propre main et celle du malade. Cette différence, le patient la connaît bien. Pas nécessaire de la souligner. Il n'est d'ailleurs pas indiqué de minimiser de manière affectée cette différence : l'alité s'en apercevrait ; l'effet d'une pareille mise en veilleuse (visiblement intentionnelle) de la santé du visiteur aurait le même effet qu'un étalage involontaire d'une santé trop éclatante.

7. *Il n'est pas bon d'éviter un échange de vues sur le sérieux de la maladie.* — Surtout si l'on s'aperçoit que le malade en a envie, qu'il connaît la gravité de son mal, qu'il est convaincu de la proximité de la mort et s'estime en état de parler de la santé comme de la maladie, de la vie mais aussi de la mort. Si l'alité l'ose, ou plutôt — car le courage ne lui suffit pas en l'occurrence — s'il manifeste par toute sa conduite qu'il désire faire, armé de la sorte, de ces quelques jours ou semaines *ses derniers instants*, le visiteur n'a plus le droit de se taire. Lorsque survient le moment où il sera persuadé qu'il *doit* parler, même si la fin paraît loin d'être imminente ou s'il semble que persiste une mince chance de salut, une fois unique, il parlera, alors même qu'il sait que le médecin y est opposé, voire le lui interdit formellement. Que nul ne porte ici de jugement téméraire ! Qu'on ne juge ni le sens du silence, ni celui de la révélation. Qui veille à ce que son colloque avec le malade ait lieu vraiment *avec lui*, qui tente dans toute la mesure du possible de se « mettre dans la peau » de l'égotant, qui se demande ce qu'il voudrait qu'on dise en pareil cas à sa propre mère, à son père, à sa femme, à son enfant — et surtout à lui-même —, celui-là commettra moins d'erreurs.

Le visiteur ne doit parler que si l'autre l'y invite, ouvertement ou silencieusement. Il ne se laissera donc pas détourner de son propos s'il s'aperçoit qu'à mi-chemin du dialogue le patient s'assombrit ou sanglote. Il fallait s'y attendre ! Comme il faut s'attendre aussi à ce que le malade ne se rende pas vraiment compte de la gravité de son état tant qu'il n'a pas renoncé à ses espérances, toujours présentes. Et le visiteur peut rester stupéfait — lui qui n'a pu quitter sans un certain remords l'alité tout attristé, après un aussi pénible colloque — de le retrouver, dès le lendemain, installé dans une tranquillité flambant neuve.

Ne peut-on dire, d'une manière très générale, que toute intensification de notre existence personnelle est le fruit de difficultés, de peines ou de chagrins ? Nul n'est vraiment adulte qu'après une maturation qui ne va pas sans douleurs. Nul ne tient sa vieillesse pour l'accomplissement de sa vie s'il n'a d'abord dit adieu à bien des aspirations. Un mariage est rarement une conjonction réelle s'il n'a pas connu des traverses. Une intuition profonde de ce que notre existence a de merveilleux, une expérience plus humaine et donc plus aiguë de ses paradoxes et contradictions, est toujours l'aboutissement de doutes, proches du désespoir, et d'un poignant sentiment d'incertitude. La mort ne nous devient amie qu'après un duel violent et douloureux. Il n'est donc pas bon de réduire artificiellement la peine et le chagrin au plus strict minimum. Là seulement où l'aspect ténébreux de la vie est présent, on

peut s'attendre à ce que l'aspect lumineux devienne une clarté réelle. Une vie qu'on voudrait sans cesse baignée de lumière court le risque d'être plongée sans fin dans la pénombre.

8. *Ne discutez pas de l'état du malade avec des tiers, en sa présence.* — Une des plus pénibles expériences de l'alitement, c'est que souvent, le patient s'aperçoit qu'il est devenu « un objet », que son « corps malade », c'est lui, qu'il est cette « chose » dont le docteur et l'infirmière disposent plus souverainement que lui-même : comme s'il existait pour autrui, et non plus pour lui-même ! Une conversation « sur son cas » peut lui prouver aisément qu'il est devenu, pour les autres, objet dans un sens plus vaste encore. Il est l'objet de l'attention, le sujet du débat. Un « cas ». Un objet dont certaines propriétés sont intéressantes.

Or, ce qui caractérise l'existence proprement humaine, c'est que l'homme n'est jamais « chose », jamais « objet ». Ce que sa vie a de phénoménal, ce qui pourrait la faire considérer comme une séquence de « faits », cela se dépasse, se transcende et s'oriente vers un monde de significations humaines, qui, de ces faits bruts, quelconques, fait des événements pleins de sens et de portée. Je ne suis pas assis à mon bureau comme un objet, mais j'écris une lettre à cet ami qui vit en Suisse ; ce faisant, je « suis » en Suisse, avec mon ami, pour un moment. Et c'est précisément cet acte qui confère un sens à ma session, qui en fait un événement intelligible, significatif. Être assis n'a pas en soi l'ombre d'un sens ; c'est pourquoi je n'y pense pas, je n'épuise pas mon activité mentale dans la conscience de cette session. En fait, ma pensée est là-bas, en Suisse, chez mon ami, et parce que mon attention, ma pensée, ne se fixe en rien dans ma session, celle-ci devient un acte proprement humain, n'est pas un simple phénomène brut, mais déborde de sens. Je ne suis pas, dans la rue, un robot marchant avec d'autres robots, mais, par exemple, je fais des emplettes. La marche n'occupe en rien ma pensée — je veux dire : comme marche, comme mouvement, comme déplacement des pieds et des jambes. Ce qui retient ma pensée, ce à quoi elle s'identifie, c'est la rue, avec ses étalages. C'est précisément parce que je pense à ce but que mes mouvements acquièrent une valeur, un sens, sont des actes. Que je fasse mes emplettes, d'étalage en étalage, ou coure jeter une missive dans la boîte aux lettres, c'est une autre marche, un autre acte, bien que mes mouvements soient schématiquement les mêmes. Notre marche, notre session, notre station debout n'ont jamais aucun sens par eux-mêmes, mais acquièrent une portée dans la mesure où ces attitudes corporelles visent à la réalisation d'un but. Je cours « dans une compétition sportive » ou « au théâtre » (parce que je suis en retard) ; je suis « assis devant un verre, avec des amis » ou « au travail, devant mon bureau » ; me voilà debout « dans la file, jusqu'à ce que vienne mon tour » ou « dans la foule qui assiste à un match de football ». Nous sommes si profondément identifiés aux choses — et non pas aux attitudes et mouvements de notre corps —, qu'en général nous sommes profondément mortifiés lorsque d'autres nous dévisagent comme des objets et nous contraignent ainsi de nous arracher aux choses. La plupart des hommes ne peuvent continuer d'écrire, par exemple, si un tiers, les épiait par dessus l'épaule, observe leur main traçant des jambages comme une espèce d'instrument accomplissant son travail. Ma main

devient alors chose, objet pour autrui, donc aussi pour moi-même ; elle n'est plus orientée, régie par l'intention qui l'anime et la fait s'évertuer. Sitôt que la main cesse d'être un *instrument* « oublié », sitôt que l'intempestive attention d'autrui lui confère une signification propre, elle refuse ses services.

Le malade connaît une expérience analogue lorsque son visiteur, *devant* lui, parle *de* lui, comme d'une chose, d'une plante en pot, qui « ne se tire pas bien d'affaire ». Il se sent devenir objet, considéré par autrui comme un insecte sous le verre grossissant, bien plus : comme un mécanisme sous la loupe. La visite n'ouvre plus une parenthèse dans son alitement suivant la signification des événements qui se passent dans sa chambre ou au dehors, signification à laquelle il avait, jusqu'alors, grâce au concours d'autrui, pu conférer un tel aspect qu'il était réellement un « malade au lit ».

Car même cet allongement, qui suscite si fort l'impression d'« objectivité », d'inertie, d'inanimation, de « chosité », reçoit sa portée, son sens, de l'intention qu'il doit mettre en œuvre. Chaque soir, je ne me glisse certainement pas comme un objet entre mes draps, mais me laisse inviter par la physionomie de la nuit à ce repos, étendu dans l'immobilité. C'est la nuit qui m'occupe, l'identification réciproque de la nuit et de moi-même, et non pas l'inertie. C'est au point que, si je me libère de cette physionomie de la nuit et fais de mon allongement le simple dépôt d'un objet, aussitôt que ma pensée se préoccupe de la chose « corps » qui végète sous les draps, mon repos cesse, mon immobilité touche à sa fin ; je dois alors bouger, briser, rompre, anéantir la « chosité » de mon corps par un mouvement qui me permette d'abandonner derechef ce corps, de dissiper l'envoûtement de sa considération. Reposer étendu n'est possible qu'à partir d'un monde invitant au repos. De même, être étendu, malade, n'est possible qu'à titre de réponse, de correspondance à l'égard d'un univers qui me permet ou même m'invite à la maladie et à l'alitement, *comme* malade, comme *patient*, dans tous les sens du mot. Il faut apprendre la résignation à cette lugubre réalité d'une vie confinée dans l'aire étroite du lit, apprendre encore à s'installer dans cette effroyable mutilation de son existence — c'est ce que l'on n'apprend jamais : qui s'y efforce ne sera *jamais* un « patient » mais un révolté —, et apprendre aussi qu'il convient de conférer aux choses dont on s'occupe (en « oubliant » le corps malade) un tel aspect que l'« alitement comme malade » en procède assez naturellement.

Apprendre son « métier » de malade, c'est très difficile. Nous nous en doutons si nous nous rappelons comment, pendant un bref malaise, les réalités extérieures n'ont pas cessé de provoquer notre inquiétude par leurs appels. Les bruits de la rue nous invitaient : « Lève-toi, viens te joindre à nous ! » Les rumeurs de la maisonnée semblaient nous enlever le droit de rester au lit. La tenture suggérait une interprétation tout sauf reposante, et la visite signifiait : « Debout ! » Le malade, après avoir appris à se faire « patient », tient les bruits de l'extérieur pour une confirmation de son droit à « n'être pas encore participant » ; la tenture n'impose plus d'interprétation nerveuse, mais parle la langue tranquillisante de l'attente ; enfin, la visite invite plus à savourer ce qui se passe « dedans » qu'à fuir « dehors ». Il n'est possible d'être malade, pleinement malade, qu'après le revêtement par

le monde d'un visage patient, expectatif. Il faut que l'alité arrive à se dire : « Tout m'attend, rien ne me presse. » C'est là son installation dans l'état de malade, sa patience de « patient » ; son repos (il « se repose sur » la maladie).

Si l'on peut s'endormir, c'est parce qu'on se retire silencieusement, furtivement, du monde ; « tout appel s'estompe », écrit exactement Linschoten⁸. Mon sommeil est ainsi ma réponse à un univers qui se trouve au delà de mon horizon, ce qui le rend insonore. Mon alitement d'homme normal, chaque nuit, devient sommeil grâce à l'immobilisation des choses, ou plutôt à leur tranquillisation. L'homme en proie aux insomnies sait ce que cela veut dire : dans la vie courante de la veille, les choses, loin d'être « insonores », hurlent au point que leur appel le tient éveillé. Son agitation nocturne vient de ce que les objets de son monde continuent, même la nuit, de tourbillonner. Il y a plus dans le sommeil que le rétablissement physiologique d'un objet biologique étendu tout de son long. *Dormir* signifie : amener le monde au silence. Le sommeil est un état de la chambre, un état de la maison, une qualité propre au craquement d'une vieille armoire, au hullement de la bise dans la cheminée, au frisson des arbres, aux aboiements lointains d'un chien. Il est donc tout aussi erroné de parler d'un malade pendant qu'il dort. Ce genre de propos reste pénible, injurieux, gênant, même si son « objet » n'en entend rien. Ce bavardage dans sa chambre n'est pas en harmonie avec le silence qui normalement y règne ; il contredit l'aspect de tout ce qui la peuple, aspect dont le sens est indiqué par le repos endormi du patient, par ses yeux clos, par la détente de ses traits et sa respiration régulière.

Pour le même motif, on ne peut discuter du « cas » du malade pendant son inconscience. Sous l'angle psychologique, l'inconscience est, elle aussi, une réponse : une réponse à un univers disparu. Le comateux n'est pas un objet. Le mort lui-même n'est pas une chose. Nous ne savons rien du monde auquel le mort doit son incompréhensible immobilité. La mesure de notre ignorance nous est révélée par le mystérieux sourire des défunts, « ce sourire impénétrable des morts qui s'accorde si bien avec leur merveilleux silence⁹ ». Parler d'eux devient vite une insulte à ce silence souriant.

Toutes les observations que nous avons faites jusqu'à présent quant à l'alitement et à la visite s'appliquent presque exclusivement aux malades chroniques, et plus particulièrement à ceux pour lesquels il n'est plus possible d'espérer la guérison. C'est un fait exprès. Savoir ce que c'est qu'être malade, ce qu'il convient au visiteur de faire ou d'éviter, prend toute son importance lorsqu'il s'agit d'un alité menacé par la mort. Mais, pour éviter le danger d'une description trop unilatérale, il sera bon de consacrer une remarque à l'alitement qui mène au rétablissement relatif ou total du patient.

Nous avons dit plus haut qu'il n'est pas souhaitable d'éviter une discussion avec l'allongé concernant son propre cas. Il faut ajouter immédiatement ceci : tant qu'il existe une possibilité de guérison, si minime soit-elle, il est tout aussi peu désirable qu'on évite toute allusion à la santé. Cela ne veut pas dire qu'il faille ignorer les plaintes de l'alité, passer outre à l'évident sérieux de son état en faisant miroiter à ses yeux la jouissance prochaine

d'une éclatante santé, car elle est trop loin du patient, trop irréaliste encore pour qu'il puisse s'acheminer vers elle. Mais cela signifie qu'on aide le malade, dans la mesure du possible, à se forger un avenir, donc une perspective lui permettant de « vivre » son alitement comme un stade de réintégration ou de guérison. En l'aidant à se constituer cet avenir, c'est-à-dire en le secondant pour qu'il « habite » d'ores et déjà — comme une très réelle virtualité — un avenir sain, on contribue à développer sensiblement les chances de rétablissement. Il est des patients qui, pour trop bien liquider l'avenir, anéantissent totalement des possibilités, pourtant substantielles, de guérison. Mais d'autres, ayant la plus humble chance de restauration, la transfigurent en début de guérison, un début plein de promesses, rien qu'en considérant l'avenir comme leur inaliénable trésor. Cette différence entre les uns et les autres ne coïncide pas avec la distinction entre le « vouloir guérir » et l'« abandon à la maladie ». On peut vouloir guérir si frénétiquement qu'il en procède plus de mal que de bien. Et l'acceptation de l'alitement peut être la condition primordiale du rétablissement. Ce qui compte, c'est si le patient se laisse ou non chasser de ce domaine : celui de l'« avenir sain », de la vie bien portante qui sera. Les paroles du visiteur touchant la santé, qu'il faut et que l'on peut recouvrer, jouent en l'occurrence un rôle important.

Qu'on réfléchisse encore à ceci : la guérison ne consiste pas seulement dans une amélioration physiologique du corps. Alors même que le malade n'a physiquement « plus rien », il peut n'être pas préparé à « vivre » ce rétablissement comme une restauration réelle de son existence bien portante. Il peut, dans la solitude de son lit, s'être forgé une telle image de la santé que le premier quart d'heure de session ou la première promenade au jardin lui apprend que cette guérison tant désirée l'est déjà bien moins. Un pareil malade peut faire alors, pour ainsi dire, volte-face, tourner le dos au rétablissement, se cramponner à la maladie, la laisser subsister comme une manière d'être en fin de compte préférable. Qu'on ne l'oublie pas : l'alitement, cette contraction rigoureuse de l'existence, ne comporte pas seulement l'annulation de quasiment tous les droits propres à la santé, mais peut aussi signifier l'assouvissement d'un désir que chacun peut éprouver sous une forme ou une autre : celui d'une vie désormais diminuée, plus modeste et donc moins chargée de responsabilités. L'homme à l'existence grevée peut considérer avec une jalousie intense la modeste besogne du balayeur municipal. Le capitaine d'industrie, qui se promène à travers son usine, où rien ne se passe à son goût, regarde avec envie ses ouvriers insouciantes. Aussi, pour beaucoup, une maladie bénigne, succédant à quelque traverse particulièrement déplaisante, paraît une fort agréable issue : on laisse passer la tempête et on reprend haleine. C'est pourquoi la durée de l'alitement dépend en bonne partie de la résonance que le malade découvre au mot « santé ». Et le délai qu'exige le rétablissement d'une affection chronique n'est pas fonction de la manière dont le patient apprend enfin à s'installer dans la perspective de la santé attendue. Souvent, on doit inviter l'alité à s'installer dans ce domaine du possible et de l'envisagé. La petite danse hygiénique du visiteur, que nous avons critiquée plus haut, peut devenir cette fois un merveilleux stimulant à la santé. Le heurt du pied contre les bois de lit peut avoir le sens galvanisant d'un subit élan : « Il me faut filer d'ici ! » La prudence en pareil cas, cette neurasthénique circonspection que nous avons peut-être paru recommander plus haut, disons tout net qu'en cette circonstance elle

rendrait un bien mauvais service au patient. Et peut-être aussi que non : car il est des malades que l'astuce de leurs visiteurs, l'édifiante prudence des ramages murmurés dans leur chambre et la « délicatesse » des intrus chassent littéralement de leur chambre.

On s'en aperçoit : la visite des malades n'est pas une entreprise aisée. Ce qui fait énormément de bien à tel malade nuit à tel autre. Tel mode, tel geste, qu'à tel stade de son mal l'alité perçoit volontiers, le décourage ou l'excite durant une autre phase. Mais les obstacles qui barrent la route au visiteur disparaissent, pour leur majeure partie, pour peu qu'il ne s'installe pas au chevet de l'allongé plein d'un projet « mûrement médité », mais reste constamment disponible, « ouvert » à l'état où se trouve de toute évidence l'alité. On ne peut assez répéter qu'il ne convient pas de préparer la visite, en ce sens qu'on n'a pas à paraître auprès du malade tout plein d'un plan laborieusement élaboré.

Finissons par quelques remarques sur les rapports du malade avec son médecin.

Une des plus essentielles caractéristiques de l'alitement, c'est, nous l'avons vu, l'isolement du malade. Dès qu'il se sait malade et se met au lit, le patient est enlevé au monde « ordinaire ». La vie suit son cours, mais il n'y participe plus. La perspective, où son existence trouvait sa réalité, fuit loin de lui, fuit sans cesse, alors qu'il reste lui-même un « laissé-pour-compte ». Alors qu'il était porteur dans *sa* vie d'un sens donné, voici que le reflux de *la* vie et du monde l'emporte avec lui. Tous « marchent avec leur temps », mais lui se trouve abandonné sur une rive intemporelle. Il est le retardataire, l'isolé ; le monde lui devient étranger, curieusement lointain. Et le visiteur, si proche qu'il soit du patient, quelque communion qu'il ait avec lui — et dont procèdent ses paroles —, ce visiteur n'arrivera jamais à faire disparaître entièrement cet éloignement, cette étrangeté. Il reste le *bien portant*, c'est-à-dire celui qui flotte au fil de toute réalité, occupant une place légitime dans le courant de l'histoire, alors que le malade est devenu, quant à ce flux, un pur et simple étranger. Entre l'individu normal et l'alité, il y a un abîme dont la profondeur apparaît angoissante sitôt que le patient sait, ou soupçonne sérieusement, que son cas est réglé. Celui, par exemple, qui a toutes les raisons de se croire cancéreux, échappe sans aucun doute, au moment de sa découverte et peut-être aussi longtemps qu'il peut douter du succès de l'opération, à toute atteinte du bien portant, quelque proche que lui soit ce dernier. Un petit conte de Franz Kafka¹⁰ illustre bien le côté caricatural de cette situation.

Mais cette barrière n'existe pas, ou à peine — et c'est un fait digne d'observation —, chez le médecin. Avant même de pénétrer dans la chambre du malade, il est, sans obstacle, « auprès » de lui. Pas d'abîme ! Le docteur est proche du malade parce que sa profession l'a déjà conduit aux rives de ce torrent : la vie des bien portants. Si la vocation du médecin se situe à part, partout et toujours, par rapport à toutes les autres, c'est parce que le docteur ne prend pas une part aussi totale à la vie que l'homme sain. Lui-même bien portant, il vit à la limite de la maladie et de la santé ; sa profession le fait demeurer dans le monde de la maladie, cette ennemie de la santé. C'est ce qui apparente sa vocation à celle du prêtre. Ce dernier ne participe pas non plus à la vie telle qu'on la mène habituellement. Il possède une

remarquable réserve, remarquable en ce sens qu'elle lui permet précisément d'accepter la vie sans réserve. D'une certaine manière, il reste extérieur à la vie commune, pour y entrer tout de même en plein milieu, mais avec une portée bien plus riche. Alors qu'il est homme, il se tient au delà de la frontière séparant l'humain de ce qui ne l'est pas. Ou plutôt — parce qu'étant homme il lui est impossible de franchir cette frontière —, sa pensée comme son activité puisent leur force dans ce domaine qui n'est absolument plus humain, mais qui toutefois confère seul à l'humain, dans l'acception plénière du mot, son *humanité*.

Le prêtre et le médecin ont en commun ceci : ils « savent ». Le docteur connaît « tout », en matière de corps humain, alors que l'homme bien portant sait habituellement peu de choses à ce sujet, et mieux vaut, au surplus, qu'il n'en sache pas trop ! On comprend la répugnance manifestée autrefois à l'égard d'une analyse scientifique enlevant tout mystère à notre corps. Cette connaissance est sans rapport avec cette autre science de l'organisme humain qui nous est indispensable dans nos relations avec autrui. La caresse se fonde sur une connaissance du corps qui n'a aucun rapport, et n'en « veut » même pas avoir, avec la science des vaisseaux sanguins, des muscles et des nerfs. Les yeux de ma bien-aimée m'enseignent un savoir essentiellement différent de la connaissance de la cornée, de l'iris, de la rétine, du nerf optique et du cerveau. Ces deux aspects du savoir sont absolument étrangers l'un à l'autre, voire même ennemis. Il faut une longue formation médicale pour les réconcilier. L'amphithéâtre clinique et la table de dissection sont le temple et l'autel où l'on initie les néophytes aux mystères du strictement et purement corporel, de ce domaine exclusivement physique où le novice ne s'aventure pas sans péril. Le pédiatre peut être père, le gynécologue époux, et cela va de soi. Mais le prêtre a, lui aussi, acquis une science de l'homme, qui n'est ni « ordinaire » ni profane. Son initiation, elle aussi, ne va pas sans dangers, dangers dont on se rend compte en feuilletant un manuel de théologie dogmatique (où la racine même, mystérieuse et secrète, de notre existence, est « exposée » clairement et se trouve circonscrite). Si l'anatomie peut détourner très savamment l'étudiant de la science primitive, la théologie dogmatique l'entraîne vers une incrédulité bourrée de croyances.

Rien d'étonnant, donc, qu'originellement médecine et sacerdoce aient été exercés par une seule et même personne, et que lorsque les orientations respectives de ces savoirs eurent différenciées le docteur et le prêtre, tous deux restèrent pourtant semblables, parce que l'un et l'autre agissaient à partir d'une autre région que celle de l'humanité normale, saine, purement et simplement humaine ; cela leur donne, à l'égard du malade, un accès interdit au visiteur. Il n'est pas étonnant non plus que le prêtre et le médecin soient, dans l'exercice de leurs fonctions, des figures solitaires, voire même isolées. Nul n'accompagne le docteur en tournée ; celui-ci entre partout, mais nulle part en visite. L'ecclésiastique effectue, de même, son tour paroissial, il entre en bien des maisons, mais nulle part en invité. Voilà ce qu'on peut dire en premier lieu du contact entre malade et médecin : celui-ci est *auprès* de celui-là. Il lui reste proche. Ce que ne peut réaliser l'ami, voire l'époux, il le fait tout naturellement. Il vient au patient sans rencontrer de barricade ; il est *avec lui*, de son côté de l'obstacle, qui n'en est pas un pour lui. Il n'est, pour le malade, pas un étranger, même s'il ne l'a jamais vu auparavant.

Un second critère des rapports entre docteur et patient peut se définir comme suit :

Le contact entre visiteur et malade est à base d'amour ou d'amitié ; c'est une relation personnelle qui mène le visiteur au chevet de l'alié ; quant au désir, voire à l'« exigence » que l'alié formule, ou s'exprime à lui-même, de cette visite, il faut y voir un appel au lien personnel, à l'amitié, à l'amour. En un mot, les rapports entre visiteur et malade sont d'ordre *pathique*, émotionnels, à base de sentiment.

Quant aux relations entre patient et médecin, elles n'ont certes rien de sentimental. Pour beaucoup de malades, peu importe la personnalité du docteur. Que le praticien soit tel ou tel autre, qu'il le connaisse ou pas, le malade n'en a cure que très subsidiairement. Il est même des aliés pour préférer un docteur inconnu. On peut tenir pour grave inconvénient d'être soigné par une connaissance ou un ami. La visite du docteur est en tous points différente de celle de l'ami ou de l'être aimé ; le besoin qu'a de lui le patient ne consiste pas dans un appel au caractère personnel de leur rapport, mais à la compétence et à l'habileté de l'homme pour son art. Ce qui intéresse vraiment le malade, chez son médecin, c'est sa capacité. Surtout si le patient soupçonne que son état est grave. Le docteur doit *savoir*. Les rapports entre le docteur et le patient sont d'ordre *gnostique*, cognitifs.

Pour bien apprécier la différence entre les deux genres de relations, comparons la caresse et la palpation médicale. Il est fort possible qu'un film de chacun de ces gestes fournisse des images identiques — une certaine forme de palpation consiste dans un frottement prudent de la peau —, mais chacun saura, séance tenante et avec un maximum de certitude, qu'il s'agit ici de deux événements essentiellement différents. La caresse réalise un contact pathique, c'est l'effleurement direct de deux êtres ; le caresseur se trouve au bout de ses propres doigts, et le caressé nulle part qu'à l'endroit caressé. La caresse est l'unisson, la fusion sentimentale de deux personnes qui ne cherchent pas à se « connaître » réciproquement — caractéristique de tout contact sentimental — et qui ne visent pas au « sondage » mutuel. Caresseur et caressé aspirent, au contraire, à se posséder l'un l'autre en tant que mystère personnel l'un pour l'autre. La caresse, le plus personnel des attouchements, est aussi un voile jeté sur l'être caressé ; elle suscite une frontière que garde la pudeur. Par contre, la palpation médicale n'est pas l'union, la fusion de deux êtres en un seul geste ; cette fois, une main savante explore le corps du malade, en scrute le mystère : aucune pudeur ; toute frontière disparaît devant cette main... oui, pour guider cette main, ou pour la restreindre, pas de pudeur...

Dans la ligne du caractère cognitif propre à ses rapports avec le malade, le docteur s'entourne de lumière. À sa demande, on allume toutes les lampes de la chambre où repose le patient. Dans son cabinet de consultation brûlent des ampoules puissantes ; les murs de ce cabinet sont recouverts de papier clair, le drap de la table d'examen est immaculé, le docteur porte lui-même un cache-poussière blanc. Dans l'exercice de ses fonctions, il est l'ennemi déclaré de l'ombre. Mais c'est dans tous les sens de l'expression

qu'il est hostile aux ténèbres : il a horreur de l'équivoque, de l'ambiguïté. Il exige du patient un récit clair et circonstancié, est en quête de « faits » aussi précis que possible, ne se laisse arrêter par rien pour arracher au malade les moindres détails, s'ils lui paraissent devoir être significatifs. C'est un positiviste-né. Bien qu'il soit assurément vrai, comme l'affirme Buytendijk¹¹, que l'aspect physionomique de la plupart des professions et classes sociales se soit perdu — de sorte qu'on peut, aujourd'hui, difficilement parler encore d'un « type » instituteur, pasteur, militaire et surtout médecin —, la visite du docteur garde ceci d'exceptionnel qu'elle est fondée surtout sur la clarté, l'exactitude et la précision, et qu'elle a pour but une vision sans ombres et une connaissance sans détours. La présentation, l'attitude même du personnage en portent la marque : sa parole est nettement articulée, ses questions sont précises et ne laissent aucune marge au malentendu. Sa « prise » sur le patient, et donc sur toutes choses, consiste par une saisie, sans plus, des faits. C'est un réaliste, campé des deux pieds bien à même le sol. Mais sa marche correspond à sa station debout (morale aussi). Il ne monte pas, ne gravit pas l'escalier à pas de loup, ne franchit pas prudemment la porte de la chambre à coucher. En écoutant ses pas dans l'escalier et dans le corridor, le malade sait que c'est le docteur qui vient, et nul autre. On peut même dire que, souvent, le pas du médecin trahit sa spécialité. Aucun spécialiste ne proclame aussi sonorement qu'il a des talons que le chirurgien ; mais, précisément, c'est aussi le chirurgien qui, de tous les médecins, s'oriente le plus vers des réalités objectives et « brutes ». En général, le spécialiste des affections internes fait beaucoup moins de bruit. Quant au psychiatre, eh bien ! ma foi, il marche sur la pointe de pieds, même s'il a les pieds plats.

Le contact médical est tellement caractérisé par son caractère cognitif qu'il est impossible à de nombreux médecins d'exercer leur profession avec équanimité s'ils ont, avec le malade, une relation pathique, sentimentale. Pour beaucoup, être à la fois ami et médecin est difficile ; être en même temps fils ou père est bien plus pénible encore ; être à la fois amant et médecin est impossible.

Ne confondons pas ce rapport cognitif, « gnostique », avec un maniement glacé, calculateur, sec et donc impitoyable, du malade. Au contraire : le contact cognitif du docteur avec son patient est aussi un contact de grande proximité. Le médecin se tient près — *proche* — du malade. Non pas malgré son attitude qui vise la connaissance, mais précisément à cause d'elle. Il est l'allié du patient contre un adversaire commun. C'est même la compétence de ses paroles et de ses actes qui amène l'alié à l'inviter à se rapprocher de lui. Dans la lutte contre la maladie et la mort, il est l'intime, l'*homme sûr*. Mais cela ne signifie pas qu'il soit *familier* ou désinvolte. Ce qu'on peut dire en résumé des rapports entre docteur et malade, c'est que leur caractéristique consiste dans un maximum d'intimité joint à un minimum de familiarité. C'est un contact de *confiance*, mais non de *confidence*. À l'inverse, le visiteur est la personne avec qui le patient a des relations familières, confidentielles, mais qui, malgré sa proximité aux côtés de l'alié, n'atteint pas, avec le malade comme tel, des rapports d'intimité confiante.

Il faut s'attendre à ce que l'allongé dans les mains duquel viendrait à tomber cet exposé psychologique sur l'alitement n'en estime pas toutes les descriptions également réussies, ou constate l'insuffisante mise en lumière de détails importants, voire leur totale carence. C'est que l'auteur n'est pas un malade ; il ne connaît l'alitement chronique qu'à titre de visiteur ou de médecin. Il attachera du prix tout particulièrement aux remarques et critiques que lui enverront les alités.

Références bibliographiques

Bernanos, J. (1936). *Journal d'un curé de campagne*. Paris : Plon.

Buytendijk, F. J. J. (1951). Psychologie van de huisarts [Psychologie du médecin]. *R. K. Artsenblad*, n° de décembre.

Green, J. (1939). *Derniers beaux jours (Journal, tome II, 1935-1939)*. Paris : Plon.

Linschoten, J. (1952). Over het inslapen [Sur l'endormissement]. *Tijdschrift voor Philosophie*, 14(2), 207-264.

Kafka, F. (1946). « Die Verwandlung ». *Franz Kafka: Erzählungen und kleine Prosa*. New York : Schocken.

Minkowski, E. (1933). *Le temps vécu*. Paris : Impr. R. Bussière.

Pastorelli, F. (1933). *Servitude et grandeur de la maladie*. Paris : Plon.

Sartre, J.-P. (1943). *L'être et le néant*. Paris : Gallimard.

Notes

¹ Traduit par A. Frank-Duquesne, Bruxelles.

² La conversion vers la muraille a une valeur significative, presque rituelle, pour les malades, dans la Bible. Voir, entre autres, le II^e Livre des Rois, chap. XX, verset 2.

³ Green, J. (1939). *Derniers beaux jours (Journal, tome II, 1935-1939)*. Paris : Plon, p. 232.

⁴ Bernanos, J. (1936). *Journal d'un curé de campagne*. Paris : Plon, p. 336.

⁵ Pastorelli, F. (1933). *Servitude et grandeur de la maladie*. Paris : Plon.

⁶ Minkowski, E. (1933). La Mort. Dans *Le temps vécu* (pp. 121 sqq.). Paris : Impr. R. Bussière.

⁷ « Une nausée discrète et insurmontable révèle perpétuellement mon corps. » Dans Sartre, J.-P. (1943). *L'être et le néant*. Paris : Gallimard, p. 404.

⁸ Linschoten, J. (1952). Over het inslapen [Sur l'endormissement]. *Tijdschrift voor Philosophie*, 14(2), 207-264. (Sommaire français)

⁹ Bernanos, J. (1936). *Journal d'un curé de campagne*. Paris : Plon, p. 216.

¹⁰ Kafka, F. (1946). « Die Verwandlung ». *Franz Kafka: Erzählungen und kleine Prosa*. New York : Schocken.

¹¹ Buytendijk, F. J. J. (1951). Psychologie van de huisarts [Psychologie du médecin]. *R. K. Artsenblad*, n° de décembre.