

## Table des matières

Avant-propos .....	7
Introduction .....	11
<b>Rappel historique</b> .....	51
Cas cliniques .....	65
Immunologie et métapsychologie .....	93
Entre la chose et le mot: la maladie? .....	127
<i>L'absence: moteur du désir</i> .....	127
<i>Le « théâtre » de la relation médecin-patient :     la compagnie d'investissement mutuel (Balint)</i> .....	130
<i>La construction morbide :     une mise en scène du fantasme?</i> .....	143
<i>Le corps, témoin de la parole de l'Autre :     lettre morte ou lettre vive?</i> .....	154
<i>Santé de l'organisme ou santé du fantasme?</i> .....	168
<i>Sous le pavé des mots, des plages de mémoire</i> .....	190
<i>L'identification à l'émoi :     où la mémoire interdit le souvenir</i> .....	214
Conclusion .....	225
Bibliographie .....	236

## Rappel historique

*« L'esprit est toujours la dupe du cœur. »*

*La Rochefoucauld*

Un regard, si rapide soit-il, sur l'histoire de la pensée médicale depuis deux siècles, est à même de nous montrer les difficultés qu'ont rencontrées les grands maîtres de la médecine pour concilier une approche nécessairement mécaniste de l'être humain avec l'énigme des processus de la vie.

Les bases de la médecine moderne, nous pouvons considérer qu'elles ont été posées à la fin du XVIII<sup>e</sup> et au XIX<sup>e</sup> siècle par les découvertes en anatomie, physiologie, chimie et surtout par l'anatomopathologie, par Bichat, et la médecine expérimentale, par Claude Bernard.

Jusqu'à ces périodes fécondes la médecine avait peu évolué pendant des siècles.

Notre formation montpelliéraine nous gratifie d'une richesse exceptionnelle dans le domaine de la philosophie médicale.

On peut proposer que c'est Boissier de Sauvages (1706-1767) qui, à Montpellier, fut un des premiers à vouloir structurer cette science médicale en établissant en 1732 ses « Nouvelles classes des maladies disposées dans un ordre semblable à celui des botanistes<sup>1</sup> ».

Il fut le créateur du Jardin des Plantes et signalons qu'il consacra sa thèse de bachelier à l'amour, thèse où il le considérait comme une maladie à traiter par phytothérapie...

---

1. Cité par Jules Euzière, 1964, pp. 15-16.

Ses correspondances personnelles, étudiées plus tard par le Pr J. Grasset nous rassurent toutefois en nous montrant qu'il fut lui-même « contaminé » et qu'il fut loin d'être un « mauvais malade ».

Théophile Bordeu (1722-1776), mis en scène par Diderot dans *Le Rêve de d'Alembert*, pour qui « vivre n'est que sentir et se mouvoir en vertu de la sensation », se garde de réduire cette sensibilité qui caractérise l'être vivant à des lois physico-chimiques.

C'est Barthès (1734-1806) qui va apparaître comme une des personnalités les plus importantes dans l'histoire de la philosophie montpelliéraine.

Il va élaborer dans ses *Nouveaux éléments de la science de l'homme* (1778) une doctrine « vitaliste », terme emprunté à Bordeu.

Qu'en est-il de cette doctrine vitaliste ?

Nous nous référerons très largement, pour répondre à cette question, à l'excellent travail de thèse de Thierry Lavabre-Bertrand<sup>2</sup>.

La méthode de Barthès souligne qu'il faut partir d'une vaste collection de faits, catégoriser précisément les phénomènes d'après leurs caractéristiques propres (tout examiner en distinguant tout pour ne rien confondre) puis les rattacher à des causes immédiates constituant des forces dont il y a lieu de rechercher les lois de production par une méthode expérimentale en observant l'ordre de succession des phénomènes. (P. Pagès, 1962, p. 20)

La démarche intellectuelle est ici une démarche purement inductive dans la droite ligne de la philosophie de Bacon.

---

2. *La philosophie médicale de l'école de Montpellier au XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècle*, thèse soutenue en Sorbonne, février 1993.

---

Ce que souligne Lavabre-Bertrand, c'est que Barthès insiste bien sur le fait qu'il faut, dans sa méthode, se garder de toute hypothèse et plus spécialement d'hypothèse d'ordre moral.

Cette démarche inductive s'épuise quand l'expérience et le calcul ne permettent plus d'identifier des causes de plus en plus générales.

Dans un second temps et par voie déductive, il conviendra alors d'appliquer les acquisitions obtenues par voie inductive à l'interprétation des phénomènes mal connus ou totalement énigmatiques. Il s'agit d'une « substitution de la recherche des lois à la poursuite des causes » (P. Pagès, *ibid.*).

Par là même, la science de l'homme garde sa complète autonomie par rapport à la biologie, la métaphysique, la physique, la chimie, tout en n'excluant pas, bien entendu, les apports éventuels de ces disciplines.

La médecine se devant de n'être, selon l'expression qu'emploiera plus tard J. Grasset, *nec ancilla, nec domina*, ni servante, ni maîtresse.

Barthès était persuadé que la stagnation de la médecine par rapport aux progrès des sciences physiques était due à des errements philosophiques.

Il rappelle, dans son *Discours sur le génie d'Hippocrate*, que le génie du maître de Cos était d'avoir nettement délimité le domaine de la médecine et de s'être préoccupé de relier la théorie à la pratique sans tenir compte de considérations doctrinales.

Pour Barthès, au terme de l'étape inductive, on ne peut, dans l'état des connaissances du moment, remonter à une cause générale unique des phénomènes vitaux de l'homme.

L'être vivant ne peut s'expliquer uniquement par des lois physico-chimiques.

L'origine des phénomènes vitaux, pour Barthès, découle d'une cause première, unique, de nature inconnue, mais connaissable dans ses effets.

Cette cause qu'il appelle principe vital est une notion purement intelligible.

On passe du phénomène au noumène.

Ce principe vital règle le fonctionnement de l'organisme sain, mais il peut lui-même être à l'origine de faits pathologiques.

Si le principe vital est unique, chaque organisme est différent, c'est ce qui constitue le « tempérament barthésien ».

Pour Barthéz la maladie pourrait survenir de plusieurs manières :

- d'une part comme simple altération matérielle ou mécanique comme par exemple une fracture ;
- d'autre part, de façon réactive lors d'une agression extérieure ;
- de façon essentielle par un dérèglement inexplicé du principe vital.

À la suite de Barthéz le doyen Lordat (1772-1870) va reprendre la doctrine vitaliste, y imprimer sa marque, et ce, à une époque où des progrès décisifs se font jour à Paris dans les sciences fondamentales. Lordat sera très critiqué pour cette attitude conservatrice qui le verra se maintenir et maintenir l'école montpelliéraine à distance presque phobique de ces découvertes capitales.

En posant que l'homme se compose de trois éléments: âme pensante, principe vital, matière, il pose les bases d'une véritable anthropologie médicale.

Pour Lordat, ces trois éléments sont indissociables. Il voit dans cette attitude un outil conceptuel pour comprendre la physiologie et la pathologie et non une simple dérive philosophique.

Lavabre-Bertrand souligne avec pertinence l'application de cette théorie dans l'étude de l'alié où Lordat décrit les divers troubles de la parole que nous distinguons aujourd'hui en distinguant les

troubles idéatoires qui sont attribués à un défaut de l'âme pensante et l'aphasie et l'apraxie qui sont à relier à des troubles du principe vital.

Le rapprochement avec les avancées considérables de l'école parissienne, c'est sûrement Joseph Grasset (1849-1918) qui en sera le principal artisan. Ses travaux sur les centres nerveux s'appliquent à rechercher leur localisation fonctionnelle plus que leur localisation anatomique. On peut voir là un côté visionnaire puisque les données de la neurologie actuelle montrent bien l'extrême complexité des circuits neuronaux et la difficulté qu'il y a à donner une fonction précise à une localisation anatomique donnée. L'ensemble des structures cérébrales, des plus archaïques aux plus évoluées, semblant devoir opérer en synergie dans le déclenchement d'une fonction.

De même comme le souligne Lavabre-Bertrand, sa notion d'antixémisme (fonction de lutte contre l'étranger) préfigure avec bonheur l'apparition de l'immunologie.

Bien que par certains côtés, nous l'avons vu, le vitalisme ait pu constituer un obstacle au progrès médical, il faut, à notre sens, reconnaître avec Lavabre-Bertrand que: « Partant de l'homme observable directement, dans sa globalité, la philosophie montpelliéraine maintient avec acharnement l'unicité d'une science de l'homme. Le vitalisme se veut une plate-forme centrale d'où rayonnent des liens étroits avec toutes les sciences qui ont rapport proche ou lointain avec l'homme. À une époque de fractionnement des savoirs, où le philosophe ne parle plus au physicien ou au chimiste, les Montpelliérains maintiennent avec obstination qu'un tel dialogue reste possible, y compris sur le seul plan de la science objective.

Et cela reste possible car la science montpelliéraine est d'abord une science du langage. Le langage fascine l'école montpelliéraine, de Barthès avec son simple mot de *Principe Vital* à Lordat et l'alalie, à

Grasset et à la localisation des centres nerveux. Le langage est moyen obligé de compréhension d'un sens, du sens sous-jacent à chacun des actes vitaux<sup>3</sup>. »

Un regard sur la philosophie de grands noms de la médecine nous montre quelle influence immense la doctrine vitaliste a eue sur ces chercheurs.

C'est sûrement à partir de Xavier Bichat (1771-1802) que s'est amorcé le grand tournant vers la médecine moderne.

En fondant la démarche anatomo-clinique, quarante ans après Morgagni qui, le premier, incluait le cadavre dans le champ médical, Bichat situe la mort comme incontournable dans l'étude de la vie et de ses dérèglements que sont les maladies.

Sa définition de la vie comme: « l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort<sup>4</sup> » nous paraît le montrer avec clarté.

À partir de Bichat, la maladie n'est plus un phénomène incohérent d'altération de la vie mais une manifestation singulière de la vie, mais d'une vie qui mène à la mort.

Le rapport de la mort à la vie s'éclaire dans la formule de Foucault qui écrit que la mort est: « ce à quoi s'oppose la vie et ce à quoi elle s'expose ». (1963, p. 147)

La méthode anatomo-clinique respecte l'exigence vitaliste élaborée par Barthès, mais c'est un vitalisme qui se constitue sur fond de mortalisme.

---

3. Résumé de la thèse de doctorat soutenue en Sorbonne à l'École pratique des hautes études, IV<sup>e</sup> section, fév. 1993, p. 8.

4. *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*; cité par Jean Monteil, 1961, p. 25.

Le vitalisme de Bichat peut expliquer son hostilité à certaines sciences qui montreront vite leur fécondité comme la chimie de Lavoisier.

Bichat a été façonné à la méthode clinique et il ne peut et ne veut pas oublier la leçon qu'il en a tirée sur le caractère parfois imprévisible du fait pathologique.

« L'instabilité des forces vitales, cette facilité qu'elles ont de varier à chaque instant en plus ou en moins, imprime à tous les phénomènes vitaux un caractère d'irrégularité qui les distingue des phénomènes physico-chimiques remarquables par leur uniformité<sup>5</sup>. »

Ce qui paraît fondamentalement novateur dans l'œuvre de Bichat, c'est la prise en compte dans la recherche médicale de cette dualité vie/mort.

Bien sûr, avant Bichat, comme le souligne Foucault, on savait le parcours qui mène de la vie à la maladie et de la maladie à la mort, mais, c'est dans l'intelligence scientifique de ce parcours que se situe son génie.

Citons ce long passage dans *Naissance de la clinique* qui nous paraît éclairer au mieux ce propos: « Entendons-nous bien, on connaissait, et bien avant l'anatomopathologie, la démarche qui va de la santé à la maladie et d'elle à la mort. Mais, ce rapport, jamais, n'avait été scientifiquement pensé ni structuré dans une perception médicale; il acquiert au début du XIX<sup>e</sup> siècle une figure qu'on peut analyser à deux niveaux. Celui que nous connaissons déjà: la mort comme point de vue absolu sur la vie et ouverture (dans tous les sens du mot jusqu'au plus technique) sur sa vérité. Mais la mort est aussi ce contre quoi la vie, dans son exercice quotidien, vient buter; en elle le vivant se résout naturellement: et la maladie perd son vieux statut d'accident pour entrer dans la dimension intérieure, constante et mobile du

---

5. Cité par Canguilhem, 1965, p. 158.



rapport de la vie à la mort ; ce n'est pas parce qu'il est tombé malade que l'homme meurt, c'est fondamentalement parce qu'il peut mourir qu'il arrive à l'homme d'être malade. Et sous le rapport chronologique vie-maladie-mort, une autre figure, antérieure et plus profonde est tracée, celle qui lie la vie à la mort pour libérer au surplus les signes de la maladie. » (1963, p. 158)

En insérant la trinité vie-maladie-mort dans la démarche anatomo-clinique Bichat ouvrait une autre voie à la recherche médicale, mais, par là même, les prémices d'une approche purement mécaniste de l'individu étaient posées, dans la mesure où l'analyse de l'organe ou du tissu malade était à même, par substitution métonymique, de laisser croire à la découverte d'une vérité sur l'individu dans sa globalité.

L'œuvre de Claude Bernard (1813-1878) est sans nul doute celle qui, après Bichat, a posé les bases de la médecine que nous connaissons aujourd'hui.

Lorsqu'il fonde la médecine expérimentale, à la suite de Magendi, ce n'est plus sur la forme de l'organe que se penche la recherche mais sur sa fonction.

Plus que la fécondité de ses découvertes, c'est bien la méthode de recherche qu'il promeut qui fait de Claude Bernard une des personnalités majeures de l'histoire de la médecine.

Son approche déterministe des fonctions vitales qui avance « l'identité de l'effet avec l'identité de la cause<sup>6</sup> » ne lui a pourtant jamais fait occulter l'originalité du vivant.

Le passage suivant nous semble le prouver: « Nous croyons avec Lavoisier, que les êtres vivants sont tributaires des lois générales de la

---

6. *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*; cité par Canguilhem, 1994, p. 405.

nature et que leurs manifestations sont des expressions physiques et chimiques. Mais loin de voir, comme les physiciens et les chimistes, le type des actions vitales dans le phénomène du monde inanimé, nous professons, au contraire, que l'expression est particulière, que le mécanisme est spécial, que l'agent est spécifique quoique le résultat soit identique. Pas un phénomène chimique ne s'accomplit dans le corps comme en dehors de lui<sup>7</sup>. »

Claude Bernard étudie méthodiquement ces fonctions, de la manière la plus rigoureuse, la plus objective possible afin d'élaborer une science de la vie.

Il a bien compris que pour mettre au point une thérapeutique efficace, on ne peut ignorer la pathologie expérimentale et la physiologie puisque, pour lui :

« Physiologie et pathologie se confondent et sont une seule et même chose<sup>8</sup>. »

Est ainsi établi un rapport entre normal et pathologique qui se fait selon les modes de la continuité et de l'homogénéité.

Nous suivrons, pour notre part, Georges Canguilhem lorsqu'il soutient que continuité et homogénéité entre santé et maladie ne peuvent être admises que dans le découpage d'un corps en organes et en fonctions; dès que l'on envisage l'individu dans sa globalité, la continuité entre état sain et malade est retrouvée mais l'hétérogénéité des deux états s'impose.

Un individu malade est radicalement différent: « La progressivité d'un événement n'exclut pas l'originalité d'un avènement. » (1943, p. 49)

---

7. Cité par Canguilhem, 1943, p. 39.

8. *Ibid.*, p. 34.

Claude Bernard, à assimiler physiologie et pathologie, en revient à nier l'originalité de l'avènement de la maladie dans le trajet d'un individu.

Où se situe l'individu dans l'élaboration scientifique issue de la médecine expérimentale ?

Dans une formule lumineuse Canguilhem exprime de la manière la plus claire sa réponse: « On comprend que la médecine ait besoin d'une pathologie objective, mais une recherche qui fait évanouir son objet n'est pas objective. » (*ibid.*)

On ne peut, en toute objectivité médicale, et là est la difficulté de l'exercice médical, isoler le fait pathologique de l'individu qui le subit.

Avec l'anatomopathologie, Bichat avait réintroduit la mort dans la recherche médicale sur le mode d'un antagonisme vie/mort.

Claude Bernard<sup>9</sup> n'oublie pas que « nous ne distinguons la vie que par la mort et inversement » mais, au lieu, comme le fait Bichat, de voir dans la dualité vie/mort une opposition pure et simple, il n'exclut pas pour sa part « l'union et l'enchaînement ».

La fécondité de cette conception bernardienne nous paraît fondamentale à souligner.

Il n'en reste pas moins que l'on peut voir dans tout le travail de recherche de Claude Bernard, la rémanence de son questionnement sur l'originalité du vivant.

Même si sa notion de « vitalisme physique » semble le démarquer de Barthéz et Bichat, il se résout à admettre « la distinction de la force vitale, dirigeant ce qu'elle n'exécute pas et des agents physiques exécutant ce qu'ils ne dirigent pas ».

---

9. Cité par Canguilhem, 1965, p. 158.

Pourtant, on peut penser qu'en instaurant une relation entre physiologie et pathologie sur le mode de la continuité et de l'homogénéité, la démarche de Claude Bernard amène en fait, à établir une opposition entre le concept de santé et le concept de maladie qui ne se fonde que sur des critères quantitatifs et non qualitatifs.

Les concepts de santé et de maladie deviennent des concepts strictement médicaux.

C'est le médecin qui paraît, dès lors, seul autorisé à affirmer l'état pathologique.

La réalité de la maladie se confond ici avec le réel de l'indice corporel.

Les conceptions de René Leriche (1879-1955) vont venir interroger ces conceptualisations de la santé et de la maladie.

En posant que: « La santé, c'est la vie dans le silence des organes<sup>10</sup> » et que: « La maladie, c'est ce qui gêne les hommes dans l'exercice normal de leur vie et dans leurs occupations, et surtout ce qui les fait souffrir<sup>11</sup> », Leriche réintroduit dans l'abord médical de l'individu ces deux notions fondamentalement subjectives que sont la notion de conscience et la notion de souffrance.

Pour autant, en médecin rigoureux, Leriche précise bien que sa définition de la maladie n'est que celle du malade. « Valable du point de vue de la conscience, elle ne l'est pas du point de vue de la science » précise Canguilhem (1943, p. 52) en soulignant que Leriche montre, en effet, que le silence des organes n'exclut pas la présence de la maladie.

---

10. Cité par Canguilhem, 1943, p. 52.

11. *Ibid.*

À l'inverse, en affirmant que « la douleur n'est pas dans le plan de la nature » Leriche<sup>12</sup> montre toute l'originalité de sa pensée. Il introduit cette notion capitale, à savoir qu'une notion purement subjective, la perception de la douleur, suffit à affirmer le fait de maladie car pour lui, la douleur est « un phénomène individuel monstrueux et non une loi de l'espèce. Un fait de maladie. »

Il ajoute: « La douleur physique n'est pas un simple fait d'influx nerveux courant d'une allure déterminée dans un nerf. Elle est la résultante du conflit d'un excitant et de l'individu entier. »

Canguilhem développe cette idée en posant que: « Il nous paraît tout à fait important qu'un médecin proclame que l'homme *fait* sa douleur – comme il fait une maladie ou comme il fait son deuil – bien plutôt qu'il ne la reçoit ou ne la subit. » (1943, pp. 56-57)

Ce qui nous paraît éclairant, pour notre propos, c'est la prise en compte de la notion subjective de souffrance comme réalité pathologique.

« Le malade-qui-n'a-rien » selon l'expression de Lucien Israël (1968, p. 8) accédant ainsi à la dignité du « beau cas » pathologique.

Une phrase de Michaël Balint, dans *Le défaut fondamental* (1968, p. 148), nous paraît être parfaitement en écho avec cette conception: « Sous l'influence du mode de pensée médical actuel, les médecins ne se rendent pas compte de toute l'importance du simple fait que le patient *puisse se plaindre* (indépendamment de ce dont il se plaint) et ignorent les potentialités immenses et uniques contenues dans la relation médecin – malade qui permet au patient ne fût-ce que de se plaindre. »

À la suite de Barthès, Bichat et Bernard notamment qui se sont attachés dans leur recherche à objectiver le fait de maladie, même si

---

12. *La chirurgie de la douleur*; cité par Canguilhem, 1943, pp.55-56.

un questionnement sur la singularité du fait vital était toujours présent dans leur démarche, l'originalité de la pensée de Leriche nous apparaît dans toute sa force par la reconnaissance de la place de l'individu comme sujet autant qu'objet de sa maladie.

Chez Barthéz, Bichat et Claude Bernard le fait vital était toujours pris en compte mais comme une réalité purement intelligible; Leriche pose dans sa démarche qu'on ne peut, en médecine, se passer de considérer l'originalité du vivant comme acteur à part entière du fait de maladie.

Cette originalité du vivant humain, cette créativité, cet acte par lequel le sujet *s'auteurise*, le médecin se doit d'en être l'adresse, le dépositaire. En ce sens, le praticien doit accepter d'être dans une certaine mesure, le secrétaire de son patient avec la notion de secret que suppose ce mot. Le médecin doit être à la fois du côté de l'exactitude du signe, mais aussi du côté de celui qui accepte d'être l'adresse de cet acte d'*auteurisation* du sujet. Même si la maladie est une *auteurisation* ratée, le médecin ne doit pas lui dénier la dimension de créativité qu'elle contient, afin de ne pas risquer d'entraver l'à-venir du sujet.

Nous souhaitons que les cas cliniques exposés ci-après soient à même de situer la place de la singularité, celle du médecin comme celle du patient, dans l'exercice médical.