

La relation au corps à l'hôpital

David LE BRETON *

Le débat autour des symptômes et de leur signification connaît des divergences radicales si le malade n'est pas prêt à confronter son interprétation propre à celle du médecin. Une élaboration s'interpose, où l'individu, avec sa vision du monde, ses repères de sens et de valeurs, sa relation intime à son corps, interprète ce qu'il pense ressentir dans un langage propre.

Le corps est le lieu et le temps où le monde prend chair à travers un visage singulier. A travers lui, l'homme s'approprie la substance de sa vie et la traduit à l'adresse des autres par l'intermédiaire des systèmes symboliques qu'il partage avec les membres de sa communauté. Le corps est le lieu où l'acteur étreint le monde et le fait sien, en l'humanisant et surtout en en faisant un univers familier et compréhensible, chargé de sens et de valeurs, partageable en tant qu'expérience par tout acteur inséré comme lui dans le même système de références culturelles. Le corps est le premier milieu de l'homme, le lieu de la rencontre avec ce qui l'environne, et la part de lui-même qui s'expose le plus directement aux yeux des autres. L'émigration, l'exil, le voyage, mais aussi l'hospitalisation, sont des expériences qui exigent de l'homme le recours à d'autres manières d'être. Changer de cadre impose souvent de moduler les mises en jeu du corps en fonction d'attentes sociales qu'ils doivent d'abord assimiler. Il y a dans toutes les sociétés une mise en signes et en scène du corps qu'il convient plus ou moins de respecter pour ne pas s'exposer à la critique, à l'incompréhension, voire à l'intolérance. Mais la symbolique corporelle, intimement liée à l'affectivité résiste longtemps à la translation culturelle : surtout le domaine des tabous, de la pudeur, l'expression des sentiments, la distance d'interaction, les modèles d'inconduite, etc.

Une culture hermétique

Pour la plupart des individus, l'hospitalisation est l'équivalent de l'entrée en une terre étrangère dont ils ne parlent pas

la langue et ignorent les usages. Celui qui franchit le seuil de l'hôpital se voit dépouillé de ses valeurs propres, de son rapport intime à soi et de ses manières traditionnelles d'être avec les autres. Mis à nu, en position horizontale, privé de toute autonomie, souffrant ou angoissé par ses maux, contraint de partager l'intimité d'une chambre avec un autre, il est contraint à un compromis avec son sentiment d'identité. L'hospitalisation ne signifie pas seulement une diminution considérable de l'autonomie personnelle de la conduite ou le dépouillement des rôles successifs qui jalonnent d'ordinaire la vie quotidienne, elle implique surtout un mode de gestion totale de l'individu pendant la durée de son séjour. Les règles et les usages s'imposent à lui à la manière d'une culture hermétique dont les éléments se dévoilent un à un, jalousement gardés, malgré les efforts du patient. Le corps est privé de ses repères habituels, douloureux déjà par la maladie, il se fait encombrant et menaçant lors de l'entrée du professionnel, ou des visiteurs venus voir un autre malade.

Crainte que la pudeur ne soit menacée, honte de devoir se lever pour aller aux toilettes et de sortir en pyjama ou en peignoir, peur de la violation de soi par des soins agressifs ou faits en présence de tiers malgré une intimité dévoilée, etc. L'alimentation elle-même est perturbée, venue de l'hôpital, elle rappelle l'entourage absent, les aliments de base de la cuisine quotidienne qui font péniblement défaut. Indifférent aux références sociales, culturelles, religieuses, ou personnelles des patients, l'hôpital tend à uniformiser les soins, l'accueil, à négliger ou à sous-estimer les singularités liées à l'histoire ou à l'origine du malade.

L'hospitalisation impose au malade une situation régressive de prise en charge susceptible de l'incommoder. Le malade met en place un mot de défense, de modulation de son identité, pour ne pas se laisser entamer alors que dans la vie ordinaire, nombre de situations banales de l'hôpital seraient rédhitoires à cet égard. Le patient doit faire l'hypothèse que les professionnels qui l'entourent, et réalisent parfois des soins intimes, les proches et ses amis qui le visitent, tiennent compte de ces circonstances. L'hôpital est une structure symbolique qui ritualise l'inconvenance, l'intègre dans ses routines et préserve ainsi l'individu. La nudité, par exemple, n'y est pas, en principe, vécue comme une violation de l'identité si elle est exigée par un soin ou un examen, alors que dans un contexte différent elle impliquerait un sentiment de honte. Si

la logique hospitalière favorise la protection de l'identité du malade malgré le retrait hors de son environnement et de ses repères familiers, elle mise aussi sur ses capacités d'adaptation, sur sa patience, voire son impuissance ou sa peur de représailles plus ou moins imaginaires. Cependant, la série d'interactions nouées avec les professionnels hospitaliers peut déboucher sur des malentendus ou des tensions, voire sur des conflits déclarés avec des patients qui ne supportent pas telle ou telle situation dans laquelle ils ont eu l'impression d'être niés dans leur identité propre, bafoués dans leurs droits de malades.

Le savoir têté du corps

Le migrant (et plus encore sa compagne) incarne sans doute, avec les gens du voyage, la pointe extrême de l'éloignement avec la culture hospitalière, il est celui qui risque le plus de voir son sentiment d'identité mis à mal par les conditions de l'hospitalisation. Souvent originaire d'un milieu rural, il appartient à une culture dominée, manie mal la langue française, il est imprégné de valeurs culturelles différentes de celles les plus courantes du

pays d'accueil, il est souvent adepte d'une religion qui lui impose des devoirs précis que le contexte hospitalier n'est pas toujours enclin à favoriser (1).

Une femme turque d'une quarantaine d'années, effacée, vêtue sur un mode traditionnel, venue accompagner sa fille de



cinq ans à l'hôpital, se métamorphose soudain en une femme de poigne et tient tête à l'ensemble de l'équipe soignante. Nul ne comprend la nature de ses revendications, mais elle refuse de quitter la chambre où sa fille vient d'être hospitalisée ; elle tient des discours enflammés aux infirmières et aux médecins venus s'informer. Un traducteur dénoue plus tard la situation. Cette femme s'insurge que sa fillette soit hospitalisée dans une chambre où elle est voisine de lit avec un garçon d'une dizaine d'années. La fillette est transférée dans une autre chambre et tout rentre dans l'ordre. La crainte du déshonneur a pris le pas sur l'effacement apparent d'une femme attachée à ne jamais se faire remarquer. La colère, le refus de quitter la chambre, ont été les moyens de se battre, avec ses maigres moyens.

Une femme algérienne accouche, elle crie, fidèle à ses usages culturels, mais cela incommoder le personnel médical qui décide de lui appliquer une péridurale sans l'avertir. Effroi de la parturiente dont les cris redoublent. Une sage-femme inquiète se décide enfin à aller chercher un interprète arabophone qui interroge la femme affolée : "Je ne sens plus mes jambes, je ne sens plus rien", s'écrie-t-elle. Le préjugé

courant que le migrant ne comprend rien aux explications dispense de lui en donner. Une vision purement mécanique du corps s'impose, occultant la dimension anthropologique de la relation à l'Autre. On juge sans intérêt d'informer cette femme sur l'insolite des sensations qu'elle va éprouver. La routine de l'hôpital s'exerce avec une violence banalisée qui préserve pourtant la bonne conscience des soignants. Il ne reste alors que le cri pour se faire entendre. De même, pour cette mère algérienne dont l'enfant est enlevé pour des examens aussitôt après son accouchement. Des heures, elle est prostrée sur son lit, en larmes, avant que l'on s'enquière d'un interprète : elle est convaincue que son enfant est mort et qu'on l'a emporté pour cette raison. L'impossibilité de mettre un sens sur un acte ou un état est motif d'angoisse. La routine hos-

pitalière néglige ce fait, et elle inflige une souffrance inutile par défaut de langage. Des exemples de cet ordre sont innombrables.

D'autres malentendus naissent quand le patient est confronté à une vision de son corps ou de ses maux qu'il ne comprend pas. Le débat autour des symptômes et de leur signification connaît des divergences radicales si le malade n'est pas prêt à soumettre son interprétation propre de ce qu'il éprouve à celle que lui donne le médecin. La perception des données céphaliques est le fait d'un apprentissage social et culturel, elle ne décalque pas en catégories objectives des modifications sensorielles (2). Le contenu de conscience n'est pas le strict équivalent du contenu physique. Une élaboration s'interpose où l'individu, avec sa vision du monde, ses repères de sens et de valeurs, une relation intime à son corps, interprète ce qu'il pense ressentir dans un langage propre.

Le médecin s'attend à une description objective, à ses yeux, de la douleur et des symptômes associés afin de les référer à des catégories nosologiques d'autant plus précieuses qu'elles engagent des thérapeutiques spécifiques et donc le destin du

malade. Les usages et les connaissances de la culture médicale sont étrangères au malade, le corps dont il parle est habité par les mouvements de sa vie quotidienne et de ses relations avec les autres, son travail. Le médecin est attaché, quant à lui, à un corps abstrait, imprégné d'une biologie dont il s'efforce de repérer les turbulences. La pratique médicale s'instaure sur cette différence propice aux malentendus, elle s'attache, non sans difficulté, à dissiper par l'interrogatoire les malentendus prodigués par son éloignement du discours profane. En-deça de l'habillage individuel et culturel qui enveloppe la plainte, le médecin s'efforce d'établir la juridiction exclusive de ses connaissances et de son savoir-faire. La légitimité de l'opinion du malade ne saurait être mise en doute puisque la maladie est d'abord la sienne avant d'être le souci professionnel du médecin (3). La consultation médicale est une modulation entre le savoir et les compétences du médecin, intégrés dans une vision du monde partagée avec ses pairs, et le savoir têtue du profane qui obéit à une autre vision du monde conditionnant son existence. Toute pratique médicale exige la prise en compte de la culture mise en jeu par le profane pour dire les souffrances qui le traversent ou les surprises que son corps lui révèle. L'imprégnation par ce même patient de représentations du corps et de la maladie éloignées des modèles médicaux occidentaux, ajoute aux difficultés.

L'intolérable

De nombreux exemples de la dissonance entre l'appréciation médicale et celle du profane sont prodigués par ces patients ne témoignant encore d'aucune affection, se trouvant même en pleine forme, mais atteints d'une sérologie VIH positive. La séropositivité est une notion ambiguë et contradictoire pour un non familier de la culture médicale. "Vous vous rendez compte, déclare un homme originaire de l'Afrique Sub-Saharienne, depuis le temps que je vis avec ma femme. D'après le médecin, elle a le SIDA et elle le transmet à ceux avec qui elle vit. Je devrais être mort depuis longtemps... Je ne comprends pas. Je suis protégé, je suis incontaminable, puisque le médecin dit que ça se passe par les femmes, enfin, quand on couche avec elles. Moi, je fais du sport. Comme je travaille dur, je mange beaucoup... Moi, je

n'ai pas peur de ce petit microbe, moi, j'ai le sang fort. Je ne suis jamais tombé malade" (4). L'homme évoque ensuite la maigreur des malades sidéens et explique que la France n'a pas tous ces microbes qui ravagent l'Afrique. La notion de "porteur asymptomatique" débouche souvent sur ce scepticisme dont les conséquences peuvent être humainement lourdes. La compagnie de cet homme n'est plus retournée voir le médecin, sidérée qu'on ait pu lui proposer l'avortement de son enfant à naître. Elle se croit simplement "fatiguée". Le médecin dit "des bêtises" conclut l'homme. Invalider la parole médicale, la verser au compte de l'incompétence, du racisme ou de l'incompréhension de la force de résistance qui réside en soi, est une manière de se préserver d'un diagnostic intolérable.

La volonté d'humilier ou de faire fléchir le patient sur un élément essentiel de son identité est absente (à de rares exceptions près) de l'intention des soignants. L'atteinte à l'identité émerge à la façon d'un effet pervers. Elle est une conséquence non voulue, mais sa violence n'est pas moindre que si elle avait été délibérément mise en œuvre. Nombre de malentendus interculturels ont leur source dans ce décalage des attentes mutuelles, liées à la méconnaissance des valeurs fondatrices de l'identité de l'Autre, à la négation du rapport intime à son corps et à l'absence de négociation préalable entre les partenaires de l'échange. La routine hospitalière en uniformisant les interactions avec les malades produit nombre d'entorses à l'identité du sujet. Le drap soulevé lors de la visite médicale, dévoilant la nudité que l'homme ou la femme cherche vainement à cacher à la vingtaine d'étudiants et de médecins présents autour du lit en donne un exemple caricatural. Le malade se bat alors pour maintenir sa dignité. La perte revient à se laisser entamer dans son estime de soi. La perdurance de l'identité n'est établie qu'à travers la reconnaissance permanente des autres, ici mise en défaut. Même si le sujet est seul lorsqu'il a le sentiment d'une agression à ses valeurs fondatrices, l'impact est le même que s'il était avec des membres de sa communauté, puisque ce sentiment ne se nourrit que des valeurs collectives. Pour ne pas être atteint par une telle situation, il faut effectuer moralement un tour de passe-passe qui consiste à accepter provisoirement de n'être qu'un pur objet, porteur

d'une affection présentée aux étudiants ou à la sagacité des médecins comme une pièce intéressante dans un musée anatomique. Le patient accepte de faire provisoirement le deuil de son visage (5). Cette opération symbolique exige notamment une familiarité avec les mœurs médicales, ou une conscience particulière de son impuissance dans la vaste machinerie hospitalière. Mais le migrant n'est enclin ni à l'un ni à l'autre de ces sentiments étrangers à ces familiarités. Une situation critique est d'emblée vécue comme une agression pure qui suscite une rébellion immédiate ou la honte. Hospitalisé, le migrant malade ne dispose guère des dérobades dont abonde la vie quotidienne.



* *Anthropologue,
Université Paris X-Nanterre*

(1) La peur du racisme tarabude (à juste titre, selon certaines de nos observations) le migrant. Nous renvoyons à David Le Breton, "Soins à l'hôpital et différences culturelles", in Carmel Camilleri et Margalit Cohen-Emerique, *Chocs de cultures. Concepts et enjeux de pratiques de l'interculturel*, Paris, L'Harmattan, 1989, pp. 165-191.

(2) Cf. D. Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF, 1990 ; *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 1995.

(3) Cf. G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966.

(4) Témoignage recueilli par Souad Hariki, *Les représentations de la maladie du SIDA à travers le discours des consultants séropositifs originaires d'Afrique Sub-Saharienne vivant en France*, Mémoire de DESS, Strasbourg, 1992, p. 33 sq.

(5) Cf. D. Le Breton, *Des Visages. Essai d'Anthropologie*, Paris, Métailié, 1992.