

Dr Antoinette Bernabe Gelot MD PhD
Neuropathologie, Anatomie pathologique
Hôpital Trousseau
28 Av A Netter, 75012 PARIS
Tel : 01 44 73 84 93/
Fax : 01 44 73 62 82
antoinette.gelot@trs.aphp.fr

Réapprendre le soin face à un corps mort : où suis-je ?

Quand on choisit d'être médecin, on choisit la rencontre avec le corps d'autrui via (ou avec l'alibi de ?) l'examen clinique. Examiner un corps, c'est entamer un dialogue muet, dont les paroles sont prononcées par la main, entendues par la peau, perçues par le regard. Le corps vivant frissonne sous le froid de la nudité, tressaille à l'approche du geste, se tend sous la douleur, se refuse derrière les contractures, s'éteint dans la paralysie. Je perçois le corps de mon patient avec mon corps et au travers de l'image que j'ai de mon propre corps. Mon corps est l'outil qui va me permettre d'évaluer le besoin puis de donner le soin au corps du patient. La perception ne se limite pas bien sûr au corps, de même que la réponse doit aller au-delà de la sphère du corps. En amont de la phase purement intellectuelle d'élaboration du diagnostic, ce moment de communication corporelle, qu'elle soit à distance via le regard ou peau à peau via la palpation, est le moment où s'initie le « colloque » singulier qui fonde la relation entre le médecin et son malade ; ce moment où se reconnaissent, au sens où ils « s'apprivoisent », le médecin et le malade, permet l'instauration de la confiance et au-delà la pratique de *l'art* : « *il n'y a pas de soins sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret* » (B. HOERNI « Ethique et déontologie médicale », 2^{ème} édition Masson – Juin 2000). La pratique clinique de la médecine est donc une pratique centrée sur le corps, d'une part le corps malade qui souffre, le corps qui dit, d'autre part le corps qui entend la souffrance et qui se doit de répondre par le soin.

Mais voilà, je suis devant un corps mort. Aucun frisson, ni tressaillement, pas l'ombre d'un mouvement.

Moi dans ma blouse blanche, lui étendu, immobile, que l'on pourrait croire indifférent au sens de l'interaction qui pourrait exister entre lui et moi et mon monde.

Les premières rencontres avec les patients décédés ne sont ni faciles, ni difficiles, elles sont singulières car les premières. Quand elles surviennent dans le service d'hospitalisation, les témoignages de vie qui entourent le patient (de la perfusion arrêtée au livre entr'ouvert sur la table de chevet) sont si présents que la question du corps mort n'a pas lieu d'être : il s'agit d'un patient qui a cessé de vivre.

En revanche, quand cette rencontre a pour cadre la chambre mortuaire, les agents de chambre mortuaire et moi le médecin qui vient pratiquer une autopsie nous trouvons face à un corps « ex nihilo », témoignant de lui-même par sa seule présence.

Comment donner du soin à quelqu'un que l'on ne peut plus guérir ni soulager ?

Il nous faut emprunter un chemin vers le patient, afin que le rencontrer puis le reconnaître.

Ce chemin, nous le construisons d'abord par la parole : le verbe donne corps d'existence au corps mort ; les mots prononcés sont propres à chacun de nous et à son vécu, l'essentiel est qu'ils soient prononcés et induits du fait de la présence du patient décédé.

Le regard emboîte le pas à la parole : son visage, ses paupières, ses mains, sa position : un regard qui dessine les contours du corps et qui dit que oui, il existe et qu'il peut être vu.

Le toucher le reconnaît tel qu'il est : peau froide, rigidité certes, mais du bout de nos doigts nous lisons ses doigts, sa main, ses membres, son visage. Corps que l'on lave, que l'on sèche, que l'on occlue ; visage perdu que l'on remodèle doucement ; posture à laquelle est rendue l'harmonie ; incisions recousues, pansées, apaisées ; cheveux peignés, corps habillé. Et au bout du voyage, nous avons rencontré le patient, nous avons effacé la barrière du corps mort pour ne plus percevoir en lui (et donner à voir de lui) que l'expression d'une vie qui a abouti à la mort.

Moi dans ma blouse blanche, lui immobile et dont je vais faire l'autopsie. Encore un bout de chemin, ni tout à fait le même ni tout à fait un autre que celui des agents de chambre mortuaire. D'autres défenses à surmonter : justifier l'ouverture du corps au nom du statut de corps mort est un malentendu vis-à-vis de soi-même : refuser de se reconnaître dans ce corps mort est bien plus angoissant que de le recevoir comme un patient à part entière auquel on va prodiguer un soin qui sera la recherche des causes de sa mort ou l'identification de sa maladie. Reconnaître comme patient un adulte avec un nom, prénom, famille et profession apparaît comme une évidence (encore qu'il puisse être tentant de considérer le passage de vie à trépas comme une ardoise magique qui effacerait tout vécu antérieur ..). Il fut un temps où reconnaître un enfant mort avant la naissance comme autre « chose » qu'un patient ne choquait personne, l'exercice d'autopsie avait alors une réelle difficulté à se placer comme soin vis-à-vis de ces petits corps qui, consciemment ou inconsciemment, n'étaient pas appelés « enfants » mais « embryons » ou « fœtus ». Le chemin fut long, mais je ne pus y échapper : je ne pouvais me reconnaître médecin que si eux étaient des patients. C'était le seul moyen possible de faire disparaître cette béance intime née de leur non reconnaissance.

Au bout du chemin, c'est nous même que nous rencontrons en définitive ; ce corps mort témoigne d'un cycle vie/mort qui nous est commun à tous, l'expression de notre communauté

de destins. Nous pouvons alors percevoir sa fragilité, et, face à nos remous de vivant, sa vulnérabilité ... qui est aussi la nôtre.

Prendre soin de lui, retrouver cet élan vers l'autre qui nous porte nous soignants, ce moment sacré où l'on existe parce que l'on donne, où l'on se nourrit de ce partage entre deux êtres qui se reconnaissent comme tels dans une sphère qui les dépasse : réinventer le soin face au patient décédé nous maintient tout simplement vivants.