

# La société amortelle. De la difficulté de mourir sa mort en 1995<sup>1</sup> (1995)

En 1974, quand j'écrivais *Némésis médicale*, je pouvais parler de « médicalisation » de la mort. Les traditions occidentales régissant le fait de mourir sa propre mort avaient cédé à l'attente de soins terminaux garantis. Je forgeai alors le mot « amortalité » pour désigner le résultat de la liturgie médicale entourant le « stade terminal ». Ces rituels façonnent désormais les croyances et les perceptions des gens, leurs besoins et leurs demandes. La thérapie sisyphéenne que les médecins en étaient venus à accepter comme le dernier cri en matière de soins terminaux a motivé la montée en flèche de l'épargne de toute une vie pour financer la flambée de l'échec garanti. Voici un quart de siècle, il était plausible d'employer le mot « iatrogenèse », pour désigner pas simplement les effets pervers symptomatiques subis par les individus dans leurs rapports avec les médecins, mais aussi la refonte superstitieuse de la société et de la culture par l'intériorisation des mythes de la médecine. Il était alors raisonnable d'identifier le rôle du médecin comme celui du célébrant présidant aux liturgies qui engendrent une culture amortelle.

<sup>1</sup> Une première version de cet essai a été publiée sous la forme d'un éditorial dans un numéro spécial consacré à la mort du *British Medical Journal* (23-30 décembre 1995). Il parut alors sous le titre : « La mort invaincue. De la médecine à la médicalisation et à la systématisation ». Le rédacteur en chef m'avait demandé d'insister sur les changements qui s'étaient produits dans les attitudes envers la mort depuis la publication de mon essai *Némésis médicale*. Cette invitation m'a permis d'examiner la cohérence entre la prolifération de l'analyse des systèmes au cours des deux dernières décennies et la nouvelle autoperception des personnes comme systèmes. J'ai soutenu que, d'un point de vue syntaxique, « mourir » est un acte intransitif. Un système peut s'effondrer, il peut détruire, mais ne saurait mourir. Le renforcement médical de ce caractère amortel de la société contemporaine mérite un examen plus approfondi. La présente version est le fruit d'une collaboration avec Valentine Borremans.

Vingt ans plus tard, il me faudrait écrire un livre très différent. En 1975, je pouvais prendre le cas de la médecine pour illustrer un trait distinctif propre à toutes les grandes institutions au milieu du siècle : leur effet contre-productif. Par ce terme, je voulais désigner la logique paradoxale par laquelle toutes les grandes institutions de services de cette époque éloignent la majorité de leurs clients des objectifs pour lesquels elles avaient été conçues. Par exemple, les écoles empêchent d'apprendre ; les transports s'évertuent à rendre les pieds superfétatoires ; les communications faussent la conversation. Je choisis l'entreprise médicale en exemple de la nature rituelle du séquençage technique moderne, qui agit exactement comme une liturgie religieuse forgeuse de mythes : en y participant, malgré les preuves du contraire, on ne peut s'empêcher de croire que le combat contre la mort est un devoir. L'escalade des coûts et la douleur prolongée des soins terminaux n'ont eu aucun effet statistique en matière d'augmentation de l'espérance de vie des plus de cinquante-cinq ans. Mais cela a accrédité un mensonge en faisant perdre de vue aux jeunes comme aux vieux que ce n'est pas la durée de vie, mais l'espérance de vie à la naissance qui a augmenté au xx<sup>e</sup> siècle.

Dans la tradition galénique, les médecins étaient formés à respecter l'appel du Léthé, à reconforter les gens au moment de monter sur la barque de Charon. Ils apprenaient à reconnaître la *facies hippocratica*, l'expression du visage indiquant que le patient est entré dans l'atrium de la mort. À ce seuil, le retrait était la meilleure aide qu'un médecin pût apporter

à la bonne mort de son patient.

Certes, dès le haut Moyen Âge, en Afrique du Nord, des galénistes juifs avaient mis au défi leurs confrères musulmans. Pour eux, les musulmans allaient trop loin quand ils interprétaient les signes hippocratiques de l'approche de la mort comme une invitation à l'*islam* – qui, littéralement, signifie la « soumission » à la volonté de Dieu. Mais ce n'est qu'au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle qu'apparaît dans l'art graphique un emblème sans précédent: le docteur en blouse blanche aux prises avec la mort, qui arrache le patient à l'étreinte de l'homme-squelette. Jusqu'au tournant du siècle, la discrimination entre états curables et incurables faisait partie intégrante des études de médecine en Amérique. Ces cours sur la *facies* ne disparaissent qu'à la suite du rapport Flexner de 1910<sup>1</sup>. Celui-ci a donné le feu vert à quatre générations de montée en flèche des coûts des « soins » terminaux, au misérable prolongement de « patients » plongés dans un coma irréversible et à l'exigence qu'une « bonne mort » – littéralement *eu-thanasia* – soit reconnue comme une partie de la mission assignée au corps « soignant ».

Ces trois conséquences affligeantes de la *thanatophobie* médicale ont dernièrement cristallisé la controverse publique. Mais ce n'est pas de ce trio, cependant, à savoir le coût, la douleur et la « terminaison » (l'assassinat miséricordieux), que j'entends traiter ici. Je souhaite attirer l'attention sur quelque chose qui est encore plus troublant: ces préludes coûteux et inquiétants à la mort de chacun couvrent la société d'une ombre navrante. L'action intransitive du mourir, la dernière action dans laquelle je souhaite m'engager, apparaît dans cette ombre comme mon ultime titre à être l'objet de soins. De même que l'habitude d'« aller en voiture » atrophie les pieds, la médicalisation de la mort a atrophié le sens intransitif de « vivre » et de « mourir ».

En 1975, il y avait encore un sens à blâmer l'*hubris* de l'establishment médical pour rendre ses clients dépendants de ses services de la conception à la mort. La compétence de

la médecine en tout ce qui touchait aux soins médicaux n'avait encore guère été contestée. En moins d'une génération, l'opposé est devenu la règle: les médecins ont été réduits à l'état de simples accessoires des conseils qui élaborent la politique de santé publique. Il n'est plus de considération éthique, morale ou sociale qui tienne quand elle contrarie la recherche sur un « traitement » ou la « prévention » de la plus rare des maladies « incurables », peu importe que ce soit le généticien, le métallurgiste ou le météorologue qui réclame les crédits. Désormais, le déclencheur le plus sensible du dégagement d'un crédit de recherche sur n'importe quel sujet, de la génétique à la climatologie, est la promesse que ses résultats contribueront à la santé. La « santé » a été ainsi dépouillée de tout ce qui peut être ressenti par quiconque pour devenir l'une des variables les plus manifestement abstraites, absurdes et dénuées de sens.

L'effort pour concevoir l'environnement et ses populations comme un système intégré a été décisif dans la reformulation des soins médicaux comme une forme de gestion sociale illimitée. La possibilité d'appliquer la notion de « système » à tout et n'importe quoi – à un patient aussi bien qu'à la terre entière – est quelque chose de nouveau, mais c'est aussi une pratique qui a des conséquences psychologiques. Le « système immunitaire », par exemple, est une expression qui a été employée pour la première fois en 1978<sup>2</sup>. Cette même année, Microsoft lançait la première version de son système d'exploitation DOS. Le mot « système » a pris. En l'espace de cinq ans, des patients ont demandé à faire vérifier leurs systèmes et des auteurs à la mode ont comparé la mort au crash irrémédiable d'un système. L'analyse des systèmes n'a pas seulement favorisé de nouvelles approches des soins de santé; subrepticement, elle a affecté le sentiment que les gens ont d'eux-mêmes, débouchant de plus en plus sur des discussions autour de la mort menées dans une terminologie dérivée de la gestion des systèmes d'entreprises.

La médicalisation du *curriculum vitae* tout

<sup>1</sup> Abraham Flexner, *Medical Education in the United States and Canada*, New York, Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.

<sup>2</sup> Anne-Marie Moulin, *Le Dernier Langage de la médecine*, Paris, PUF, 1991.

au long de la majeure partie du xx<sup>e</sup> siècle a conduit les individus à se voir, *via* les yeux des médecins, comme un paquet de diagnostics. Ils ont appris à se sentir en fonction des résultats de leurs derniers examens tout en devenant toujours moins capables de sentir par eux-mêmes ; ils établissent plutôt eux-mêmes leur diagnostic. Cette forme de conscience de soi à travers les yeux des professionnels a bien pu scinder leur autoperception. En écrivant *Némésis médicale*, j'ai perçu cet état comme un état de *schizo-aïsthésis*, dans lequel quelqu'un ressent à peine ce qu'on lui dit de lui-même tandis qu'il a perdu la compétence et les mots pour expliquer au médecin ce qu'il sent. Le mourant lui-même s'est mis à suivre la courbe de ses paramètres vitaux sur l'écran. Mais cette *schizo-aïsthésis* de l'âge industriel, dans la mesure où elle réduisait l'autonomie somatique – la confiance dans ce que je sens et perçois de mon état –, ne « dés-incarnait » pas encore comme le fait la culture actuelle.

C'est précisément ce que font les soins de santé à l'âge des systèmes : ils dés-incarnent (*dis-embodiment*). Il y a trente ans, le médecin expliquait à son patient l'ombre qui apparaissait sur une radiographie ; aujourd'hui, il lui montre un tableau statistique. Alors que la radiographie était celle de la personne en question, le profil de risque dont il discute aujourd'hui avec le patient est totalement abstrait. Il n'y a pas la moindre évocation de chair ou de corps : c'est une simple représentation de la fréquence à laquelle des événements surviennent dans une population ; on ne saurait, par définition, dire quoi que ce soit d'un membre de cette classe. Reste que le médecin attire l'attention sur un segment du graphique et explique à la femme qui a souffert d'asthme tout au long de sa vie et qui redoute un cancer : « Voici l'état dans lequel vous êtes ! »

Dans le diagnostic à l'âge des systèmes, le client de l'entreprise sanitaire se retrouve face à des paramètres : valeurs, courbes, tendances. Celles-ci concernent des occurrences observées dans une population, au sein de laquelle le client est maintenant projeté, puisqu'à l'époque où la population a été constituée il n'en faisait certainement pas partie. Le problème n'est ni la « guérison » du patient, ni

les « dangers » qu'il court, parce que les données statistiques se traduisent en probabilités de risque et en chances que survienne telle ou telle issue. Dans la « danse macabre », le squelette menant la danse tenait une clepsydre ; on dirait de nos jours un « % ». Dans ce miroir qui dépersonnalise, qui la dépouille de sa chair, la personne apparaît tel un profil de probabilités imputé au membre type d'une population statistique, sans rien de concret, sans aucun sentiment ni aucune certitude. Dans cette perspective, il est clair que la mort a changé depuis 1975 : voici vingt ans, elle était encore liée à une limite de la thérapie en rapport avec l'état de la médecine dans l'hôpital concerné. Le hasard a désormais disparu. L'ombre que le rituel de la mort projette sur toute la vie a aussi muté.

Avant le xx<sup>e</sup> siècle, on parlait de sa dernière heure à l'actif : « J'espère mourir une bonne mort. » « Je sais que je vais mourir » était l'expression active et intransitive d'une chose qui restait à faire. Chacun pouvait se préparer à cette mort, considérée comme son fait. En vérité, toutes les cultures que nous connaissons possèdent de riches traditions concernant la façon de se préparer à cet instant. Comment acquérir l'habitude de laisser filer, être prêt à la surprise, savoir où repose mon pied gauche, mais pas où je vais poser le droit, monter sur la barque de Charon.

Puis, après la Seconde Guerre mondiale, le droit et, de manière absurde, les Églises se sont mis à soutenir les médecins dans la médicalisation de la mort. Les aumôniers ont exhorté leurs ouailles à se soumettre à l'« héroïsme » donquichottesque des stratégies médicales. Ils ont pressé le patient et sa famille de se soumettre aux conseils des médecins et de payer la facture correspondante.

Certes, dans les années 1960, il s'est trouvé des autorités religieuses et morales pour évoquer le droit du patient à refuser les extraordinaires moyens recommandés par la médecine la plus moderne. Je me souviens du temps où une injection de pénicilline était encore une extravagance. Mais cette réserve ne fit qu'étayer l'obligation de principe d'obéir aux diktats du médecin. La gestion de l'agonie a fini par apparaître comme la tâche de l'équipe

médicale, la mort étant de plus en plus décriée comme la défaite de ladite équipe. Pourtant, on l'a déjà souligné, au milieu du siècle, cette médicalisation des arrangements sociaux et des normes culturelles n'avait pas encore produit l'intense désincarnation de la perception de soi accomplie par le souci permanent des résultats des examens pronostics, de la prévention des risques, de l'autodiagnostic, de l'entretien de sa santé et de l'autotraitement qui caractérisent la mentalité de l'âge des systèmes.

Cette mentalité étant devenue envahissante, on peut à juste raison affirmer que notre système social a acquis un caractère amortel. Les systèmes ne sont pas mortels, ils se crashent. Un système laisse des immondices, au mieux un cadavre à exploiter comme une mine d'organes, certainement pas une relique. Quand ils proviennent d'une tombe, les ossements sont attribués à l'*Homo sapiens*. Notre culture est la première où il n'y ait pas de morts dans les parages. Pas de spectres, pas d'âmes au purgatoire réclamant des prières, personne qui attende la réincarnation, pas d'ancêtres dans le sein d'Abraham. Seuls les souvenirs des vies vécues peuplent nos âmes telles des statues ou les entrées d'un dictionnaire, ou hantent notre *ça*. Même après le concile Vatican II, les catholiques répètent à chaque *Ave* la demande d'intercession adressée à Marie, « maintenant et à l'heure de notre mort » – en quoi les psychologues reconnaissent volontiers un exercice de nécrophilie. Les enfants apprennent encore à prier pour leur bonne mort.

L'impuissance à entreprendre des actions qui sont intransitives est devenue endémique. Les gens souffrent d'une incapacité à mourir. La plupart ne sont pas disposés à reconnaître qu'ils sont estropiés. Cela explique pourquoi peu sont capables d'envisager leur propre mort dans l'espoir qu'elle apporte la dernière touche à une vie active, vécue de manière intransitive.

La faculté de vivre vers la mort s'acquerrait dans le cadre de la culture de chacun. En ce temps-là, à l'âge industriel, les médecins étaient les médiateurs de la culture. À l'âge de la gestion des systèmes, le médecin, en tant

que professionnel, ne peut que faire obstacle au mourir intransitif. Aujourd'hui, l'habitude au mourir ne peut se pratiquer qu'avec des amis. Il existe une vieille norme méditerranéenne suivant laquelle chacun a besoin d'un *amicus mortis*, qui lui dise la vérité et reste avec lui jusqu'à la fin.