

La mort : une « question puante » pour la médecine, pour la psychanalyse¹

Claude Jamart

Que la mort constitue une question problématique pour la médecine et pour ceux et celles qui s'y retrouvent, patients ou soignants, n'était pas une découverte, quand il y a une dizaine d'années, j'ai accepté de les écouter à l'unité d'hémato-oncologie de cet hôpital universitaire de neuf cents lits où j'exerce mon activité à la consultation de psychiatrie. Cette unité accueillait en vue de leurs cures de chimiothérapie les patients atteints de leucémie. Les hospitalisations y étaient longues et répétées, certaines assorties de séjours de plusieurs semaines d'enfermement pour isolement protecteur en chambre stérile. Familles, visiteurs et soignants n'y pénétraient que masqués et revêtus d'une blouse verte. La mort était souvent au rendez-vous, parfois de manière interminable, parfois avec cette violence brusque et obscène des chocs septiques dont l'absurdité, d'être conséquente aux traitements médicaux,

1. Journées de l'Association Lacanienne Internationale, Les Hystéries collectives, Paris, 1^{er} et 2 Juin 2002.

n'échappait à personne. Comme me le disait cet homme de quarante ans, qui avait beaucoup hésité avant d'accepter de se faire traiter : « Avant, j'étais malade mais je n'étais pas malade ; maintenant je suis malade, je vais peut-être crever, mais il paraît que je ne suis plus malade ». Pour de nombreux patients, mais la plupart du temps de façon plus ou moins insue, des liens étaient établis entre leur situation d'hospitalisation et celle des détenus de l'univers carcéral, de l'univers concentrationnaire. De façon insue ou réservée : on ne critique pas ceux dans les mains desquels on a déposé sa vie. Des représentations appartenant au champ génocidaire émaillaient leurs paroles, souvent de façon allusive. Mais c'est de manière très explicite que l'oncologue qui m'avait sollicitée pour que je rejoigne son équipe, et à qui je rappelais mon incompétence dans ce champ clinique, m'avait dit : « Si vous voulez comprendre quelque chose aux patients cancéreux, lisez donc Primo Lévi ». J'ai lu. Et depuis, beaucoup d'autres après lui, en ce que cette direction indiquée rencontrait bien cette conviction qui était mienne du caractère totalitaire de toute institution, l'hôpital n'y faisant pas défaut. Conviction intime seulement, en ce que je n'avais pas encore rencontré l'élaboration faite par Jean-Pierre Lebrun dans sa thèse, sur les rapports entre médecine et totalitarisme, et cette forte et exigeante question qu'il y posait comme derniers mots : « Qu'est ce que soigner et guérir après Auschwitz ? ».

A la même époque, j'ai commencé à répondre aux demandes de mise en place de « Groupes de parole » émanant d'équipes soignantes de divers lieux hospitaliers : l'unité de soins des patients atteints de sida, l'unité de soins intensifs, l'unité d'hospitalisation de pneumologie où séjournent les patients atteints de mucoviscidose en attente de greffe, l'unité de transplantation cardio-pulmonaire où les patients greffés se disent être « des survivants ». Unités qui, au delà de leurs très grandes différences, avaient en commun d'être confrontées à un nombre important de patients qui mourraient et de soignants qui ne savaient plus que faire de cette souffrance répétitive, cumulative.

S'est aussi ouvert, il y a trois ans, un autre lieu d'écoute, celui du « Groupe de travail Fin de vie » qui s'était spontanément constitué devant l'incapacité de la commission d'éthique à dégager du temps autre que celui dévolu à l'aval des protocoles de recherche. Recevant la caution institutionnelle dans un second temps, ce groupe multidisciplinaire s'était donné pour tâche de solliciter le témoignage des travailleurs qui se sentaient

concernés, personnellement et professionnellement, par les problèmes de fin de vie. Ce choix méthodologique, se soutenant du désir d'être au plus près des événements tels qu'ils avaient été vécus, faisait entrer l'hôpital dans « l'ère du témoin »² et dégageait une perspective de pensée inhabituelle, par la montée sur scène de figures nouvelles : celle du témoin et celle aussi du témoin des témoins.

C'est dans ce vaste champ de parole que j'ai fini par entendre ce signifiant manquant : « la mort », qui s'est révélé être un analyseur implacable de l'hôpital, ce qui me doit sans doute d'être ici, pour rendre compte de ce qu'il pourrait en être là, des passions de la cité. Et avancer ensuite pourquoi il pourrait s'agir d'une « question puante » pour la psychanalyse. Charles Melman rappelait il y a quelques années à propos de l'ouvrage de Gilles Lussac *Peut-on guérir du génocide : essai sur le génocide et le lien social*³ qu'il y avait des « questions puantes » auxquelles il faudrait bien que la psychanalyse s'intéresse.

Mais revenons d'abord à l'hôpital, dont je disais ceci dans un travail précédent⁴ : l'hôpital pourrait en un sens être exemplaire : lieu électif de naissance et de mort, de soins donnés et reçus parfois à l'échelle temporelle d'une vie, lieu de transmission de savoirs et de pouvoirs hétérogènes, d'entrecroisement de discours, d'histoires collectives et singulières, lieu d'innovations scientifiques, techniques et de productions financières, il pourrait soutenir le rappel de ce que, comme le disait Lacan⁵ « l'homme est placé au milieu de toutes les contingences-la mort, la femme, le père ». D'un monde en devenir, l'hôpital serait en quelque sorte le reflet avancé, mais dans ce miroir nous reconnaissions- nous encore humains de n'y retrouver ni la mort, ni la femme, ni le père ? S'agit-il d'ailleurs d'un « lieu » permettant qu'une collectivité s'organise et dont on peut se demander ce qui pourrait

-
2. A. Wieworcka, *L'ère du témoin*, Paris, Plon 1998.
 3. G. Lussac, *Peut-on guérir du génocide : essai sur le génocide et le lien social*, Le Discours psychanalytique, éditions de l'Association freudienne internationale, 1998.
 4. Cl. Jamart, « La mort : figure hospitalière de l'impossible », in J-P. Lebrun, *Les désarrois nouveaux du sujet*, Ramonville Saint Agne, Eres 2001.
 5. J. Lacan, *Le Séminaire, livre I, Ecrits techniques*, Edition de l'Association freudienne internationale, 1998.

venir en assurer le lien social? S'agit-il d'une fonction de production au service de la Science, du Savoir, ou de la Fortune ? Ou s'agit il toujours de cette fonction séculaire d'hospitalité⁶, celle qui serait encore subordonnée à un pacte de reconnaissance de ce que toute existence assujettie à la parole inscrit chacun dans une lignée? Subordonnée aussi à un pacte de parole: celle d'un maître d'hospitalité dont le oui signifierait l'adoption temporaire d'un sujet affaibli et le non, son rejet aux chiens. Il est des formes très hospitalières de rejet aux chiens.

Mais qui donc occuperait cette place dans l'institution hospitalière aujourd'hui ? La place du pouvoir et de la parole souveraine ne m'apparaît plus comme relevant d'une place d'exception, mais comme étant occupée par qui s'autorise à la prendre en raison de sa seule capacité à agir.

Même si le médecin se trouve dans une position privilégiée pour ce faire, cette place peut être occupée par d'autres, comme par le gestionnaire hospitalier, maître disant le oui et le non en fonction de la rentabilité des actes médicaux et soignants, en fonction des ressources financières du patient. Cette place peut également être occupée par cette entité indéfinie et indifférenciée qu'on appelle « l'équipe ». Elle peut aussi ne pas être occupée par « un quelqu'un », comme dit Hannah Arendt, et se trouver référée à la seule pression de ces indices de productivité que sont la durée de séjour moyen et le taux d'occupation des lits, ou par un acte s'auto-justifiant de son essence même d'acte : il est justifié de poser un acte parce qu'il y a un acte à poser. Cette place de l'acte en position de maîtrise ajouterait sa charge propre de violence aux situations cliniques qui sont déjà pour la plupart porteuses d'une très grande violence intrinsèque.

Interrogeant, dans les œuvres de Canetti, Klemperer et Benjamin, le rapport qu'entretiendrait la violence avec la langue, Olivier Remaud⁷ se réfère à Lévinas, pour qui, l'action violente est une « action où l'on agit comme si l'on était seul à agir, comme si le reste de l'univers n'était là que pour recevoir l'action ; est violente toute action que nous subissons sans en être en tous points les collaborateurs. La violence posséderait ainsi deux caractéristiques :

6. M. Renault, « Le désarroi hospitalier », Paris, L'Harmattan 2000.

7. O. Remaud, « La langue des temps sombres », *Diogène*, n° 188, printemps 2000.

- s'alimenter d'une illusion constitutive, d'une fiction de la volonté qui s'imagine sur-puissante et autonome, au point de penser pouvoir déterminer à elle seule le sort du reste de l'univers ;
- n'être jamais une véritable action puisqu' elle empêche autrui de se la réapproprier ».

Nous en trouverons l'illustration un peu plus loin dans les actes et le discours hospitalier en rapport avec la mort.

Que dire de la mort et de son statut en médecine ? Une interrogation précédente de la mort en tant que figure hospitalière de l'impossible m'avait amenée à diverses considérations reprécisées aujourd'hui.

Premièrement, la mise en perspective de deux textes, celui de Michel Foucault « Faire vivre et laisser mourir : la naissance du racisme »⁸ et celui de Giorgio Agamben « Politiser la mort », dans *Homo Sacer, le pouvoir souverain et la vie nue*⁹ m'avait permis de reconnaître les trois temps d'un processus évolutif du statut de la mort commencé au XVII^e siècle :

- un premier temps : celui du pouvoir souverain qui en raison d'une place d'exception consistait à « faire mourir » et à « laisser vivre » ;
- un deuxième temps : celui du pouvoir biopolitique qui en raison de savoirs et de pouvoirs (économiques et politiques, concernant les processus de natalité, de mortalité, de longévité) consistait à optimaliser la vie d'une population, c'est-à-dire à "faire vivre" et à "laisser mourir" ;
- un troisième temps dans lequel nous serions : celui du pouvoir thanatopolitique et qui consiste en un « faire vivre » et un « faire mourir » dialectiquement disjoints et radicalement séparés.

A côté de la figure du maître d'hospitalité, nous aurions aussi celle du maître de la vie et celle du maître de la mort. La place du maître de la vie, c'est par exemple, celle qu'occupe le médecin qui inscrit le patient sur la liste de greffe et qui quand une offre d'organe se présente choisit le receveur. Comme le disait ce médecin transplanteur : « Pour l'inscrire à un moment donné, il

8. M. Foucault, « Faire vivre et laisser mourir : la naissance du racisme », *Les temps modernes*, février 1991.

9. G. Agamben, « Politiser la mort », in *Homo Sacer*, Paris, Seuil, 1997.

faut que je m'inscrive d'abord dans une croyance que ça va marcher. Qu'il va vivre. Et seulement ça. Au moment de la décision, il n'y pas pour moi l'hypothèse de la mort. Ma croyance scotomise en partie la réalité. Elle jette un voile pudique sur la mort pour moi et pour celui qui est en face de moi. Ça ne dédouane pas les autres (c'est-à-dire les autres soignants) d'occuper eux une place qui vienne dire que la mort est possible. Mais au moment de la décision, pour moi, il n'y a pas la mort possible ».

La place du maître de la mort, c'est par exemple celle qu'occupe le médecin qui décide de la poursuite ou de l'arrêt des actes thérapeutiques. Dans un article concernant les fins de vie paru dans le journal d'entreprise de mon institution, on pouvait lire sous la plume d'un médecin intensiviste : « La médecine moderne nous amène souvent à décider du moment exact du décès de chacun. Jusqu'il y a quelques décennies, l'arrêt thérapeutique n'était pas à l'ordre du jour, puisque les efforts pouvaient être poursuivis sans se poser trop de questions. Les progrès considérables de la médecine nous amènent aujourd'hui à souvent influencer le moment exact du décès de chacun. Les chiffres sont disponibles pour le montrer. La revue des décès de toutes natures dans nos régions indique que la mort est brutale dans un tiers des cas, ne laissant pas d'opportunité d'intervention, mais que la mort survient à un moment déterminé par une intervention médicale dans un autre tiers des cas. Dans une unité de soins intensifs, le moment de la mort est déterminé par le médecin dans plus de 80 % des cas ».

Mais c'est de façon beaucoup plus crue, dans les témoignages infirmiers, que nous pouvons entendre ce passage sans transition des décisions médicales investies dans un « faire vivre » à des décisions médicales investies dans un « faire mourir », sans qu'une place ne soit réservée au possible d'un « laisser mourir ».

Une infirmière : « A l'époque, les décisions étaient prises graduellement. On arrêtait l'escalade avant de faire l'arrêt thérapeutique. Ça se jouait pas sur un coup de poker. Il y a une grande incohérence ; des jours on a de la chance. Ça dépend des médecins qui tournent. Il n'y a pas de ligne de conduite dans le service. Ce n'est pas quelque chose qui se construit avec le personnel par rapport à un même patient. Je vais conduire le patient à un scanner, à une scinti, au moment où le tour passe, on n'y croit pas. Hier on y croyait, aujourd'hui on s'acharne plus. C'est le tour qui fait les arrêts thérapeutiques :

la faucheuse c'est le tour (...). Le tour, on décide sur des chiffres (il s'agit des paramètres vitaux apparaissant sur l'ordinateur), il n'y a aucun contact avec la personne ».

Une autre infirmière : « J'ai refusé de le piquer (il s'agit d'une injection de chlorure de potassium destinée à amener l'arrêt cardiaque). Il m'a dit : ou tu le piques, ou j'arrache son tube ».

Finalement, si ce n'est le ton et le style, rien de bien différent de ce que nous pouvions lire début mai dans nos quotidiens, mais cette fois dans ce style neutre et policé du langage administratif qui par la banalisation amenée ne témoigne d'aucune façon de la violence intrinsèque à ces cliniques. Dans *Le Monde* du 8 mai sous le titre « *Soupçons d'accélération de fins de vie à l'hôpital de Besançon* », les médecins inspecteurs rapportaient que les intensivistes reconnaissaient « avoir recours à l'injection de curare pour éviter que des patients extubés gaspient (c'est-à-dire aient des mouvements respiratoires agoniques), à la perfusion de chlorure de potassium pour sensibiliser le cœur à un arrêt de la ventilation, ou à l'augmentation majeure de sédatifs pour le confort du patient ». Un peu plus loin dans le texte, ils ajoutaient : « Les arguments avancés pour justifier le recours à ces pratiques sont présentés de façon confuse. Il est difficile de distinguer ceux qui ont pour objet de justifier une limitation ou un arrêt thérapeutique et ceux qui, selon les médecins, justifient le recours à une thérapeutique active d'accélération du processus de fin de vie. A cet égard, le chef de service emploie fréquemment le terme ambigu d'arrêt. S'agit-il d'arrêt thérapeutique ou d'arrêt de vie ? »

Ceci m'amène directement au deuxième point, où j'avançais, dans une formule certes brutale que s'il est un génocide dans la médecine aujourd'hui et qui fait de l'hôpital un lieu potentiel de barbarie, c'est qu'au plan symbolique on assiste à un véritable meurtre de la mort. Cette brutalité témoignant de l'effroi qui est le mien, de ce que le recours à la langue portée par la parole n'offre que peu d'issue, en ce que c'est au lieu même de la langue que divers mécanismes coopèrent dans une visée d'effacement, dans le discours hospitalier de la mort en tant que signifiant.

Parmi ceux ci :

- l'ambiguïté : comme par exemple celle qui concerne le mot arrêt dans le texte du *Monde* dont on ne sait s'il concerne le traitement ou la vie,
- le caviardage : par absence de nomination ou utilisation de périphrases

ses évitant de dire « la mort » ou le verbe « mourir » ;

- l'euphémisation : comme « la fin de vie », « la phase terminale » ou « sensibiliser le cœur à un arrêt de la ventilation » en place « d'amener l'arrêt cardiaque » ;
- l'utilisation d'expressions qui pervertissent ce qui est signifié ; ainsi « thérapeutique de confort » signifie « arrêt thérapeutique », qui n'équivaut pas seulement à l'arrêt des thérapeutiques mais à l'arrêt actif de la vie ;
- l'utilisation de sigles comme « DCD » ou du signe « † » dans les dossiers ; le recours aux sigles, y compris dans une langue étrangère est amplement utilisé dans les procédures destinées à préciser et homogénéiser les décisions médicales en matière de réanimation.

N.T.B.R. : *not to be resuscitated*, qui signifie pas de réanimation cardiaque ; ce sigle est utilisé également dans le langage parlé ou l'on entend « on l'a mis N.T.B.R. » ou « il est N.T.B.R. ».

« P.M.E. », qui signifie « pas de moyens extraordinaires », trouve dans le rapprochement avec les petites et moyennes entreprises une rassurante familiarité.

Le statut de ces indications, sigles ou signes, est d'ailleurs difficile à préciser comme le montre l'indistinction entre les deux termes à l'intérieur d'un même texte : « Le sigle N.T.B.R. indique seulement l'absence d'intervention en cas d'arrêt cardiaque, quelles que soient les mesures (massage cardiaque, défibrillation, injection d'adrénaline, intubation endotrachéale). Chez bon nombre de patients, il s'agit de la reconnaissance de l'évolution terminale de la maladie. En tant que tel le signe N.T.B.R. ne vient rien impliquer de plus ». On note un glissement de sens d'une indication de décision thérapeutique vers un signe relevant d'une sémiologie médicale. Dans le même texte c'est le patient lui même qui devient « le malade N.T.B.R. ».

Deux remarques :

- D'abord : beaucoup de petites lettres circulent donc dans le discours hospitalier. Même si je ne sais pas encore ce que je vais en faire, je remercie Pierre Danhaive d'avoir attiré mon attention sur les pages

118 et 119 du dernier ouvrage de Jean Berges et Gabriel Balbo¹⁰, et qui concerne l'institution. Je cite : « L'institution, quelle qu'elle soit, se trouve aux prises avec ce que nous appellerions son illusion, ou son désir, peu importe, de constituer à tout prix un grand Autre. C'est pour cela que dans les institutions, il y a tellement de tiraillements et de propos contradictoires : car c'est ce problème que les psychotiques leur posent sans arrêt : y a t-il un grand Autre de l'Autre. Et chacun y va de ses propres signifiants ; dans les réunions de synthèse, chacun les fait valoir, de peur de les voir disparaître, de peur de se les voir confisquer par le psychotique dont on parle. Cela se traduit par des discours corporatifs, ou des discours sexistes, des discours analytiques, etc... ; on comprend bien que c'est un dispositif dans lequel il n'y a plus que deux signifiants qui comptent : le savoir d'un côté, la mort de l'autre. C'est une lutte à mort, une lutte à mort pour le savoir. La position du psychanalyste, dans ce type d'institution, il faut y réfléchir : c'est-à-dire analyser sa position à l'égard du grand Autre. On la manipule de manière mathématique ; on y met des lettres : CMPP, CPP, CME, etc. C'est un système de sigles derrière lequel se retranche l'institution. Le grand Autre dans l'institution, c'est à noter après ce que nous venons d'avancer au sujet des autistes, tient absolument à manier des lettres et pas des signifiants ».

- Ensuite : le souci d'homogénéisation des décisions, propre aux politiques de santé, renvoie à des processus de massification qui ne sont pas sans évoquer « l'homme de la masse » qu'Hannah Arendt avait mis en évidence dans *Le système totalitaire*. Je ne développerai pas ce point aujourd'hui mais dirai seulement que parmi les traits de l'homme de la masse nous trouvons l'indifférence cynique à l'égard de la mort (à côté de la perte de l'intérêt personnel, de l'affaiblissement de l'instinct de conservation, de l'absence d'importance à ses propres yeux).

Ce souci d'homogénéisation s'est matérialisé depuis peu par l'apparition dans les dossiers médicaux de documents titrés « Limitations thérapeuti-

10. J. Berges et G. Balbo, *Psychose, autisme et défaillance cognitive chez l'enfant*, Ramonville Saint Agne, Eres 2001. Pages 118, 119.

ques ». Le premier feuillet est destiné à préciser « le statut du patient », le second est destiné à rendre compte des informations au patient et à sa famille: il n'est que rarement rempli. Ces documents sur papier vert sont appelés « les feuilles vertes ». Un jeune infirmier en unité d'hospitalisation : « Depuis qu'on joue "Soleil vert" à l'hôpital, il y des feuilles vertes qui poussent partout dans les dossiers. C'est choquant. La seule question qui compte quand on appelle le 800 (c'est-à-dire le SAMU interne), c'est "quel est son statut? ". Est-ce qu'on la réanime ou pas. Est-ce qu'on la laisse partir. Avec cette patiente ça a été très vite. N.T.B.R., comme si c'était de la bouffe. Périmé. Jeté. Dans ce contexte, ce qui me choque le plus, c'est qu'on n'essaie même pas de récupérer le patient. Et cette question : "Quel est son statut? " »

Ces procédés langagiers, outre qu'ils neutralisent l'émergence d'affects et empêchent toute mise en jeu signifiante, trouvent leur efficace en ce qu'ils disloquent la langue, par une disjonction de la fonction sémiotique et de la fonction sémantique polarisant l'une dans ce que j'ai appelé « la langue formelle », l'autre dans ce que j'ai appelé « la langue informelle ».

La langue formelle, c'est la langue institutionnelle, la langue officielle, toute du côté de la dénomination. Elle renvoie chaque mot à sa seule signification et échoue dans sa fonction de représentation par l'annulation des oppositions signifiantes. Elle prête à croire en une possible coïncidence entre le mot et la chose et ne peut ni exercer sa fonction tierce, ni venir représenter l'impossible.

La langue informelle, celle des couloirs, des kots à café, et peut-être des groupes de parole, reste seule à permettre la création métaphorique, l'ouverture à la pluralité d'interprétations, aux processus de représentation et à l'énonciation. C'est une langue qui par elle-même vient rappeler l'impossible et qui permet de parler de la mort et des morts. Mais son désarrimage de la langue formelle rend son usage problématique voire grossier ou violent ; alors que la violence dans la langue et par la langue se trouve du côté de la langue formelle; en ce que, comme le novlangue d'Orwell « elle taille la langue en pièces jusqu'à l'os ».

Dans le monde de 1984¹¹, le crime par la pensée était le crime fondamental

11. P. Ginesy, « Novlangue et crime par la pensée », *Césure*, 1993, p. 130.

qui contenait tous les autres. Il mobilisait les efforts de la police de la pensée mais aussi l'effort gigantesque d'élaboration du novlangue visant à rendre impossible tout écart de pensée. L'orthodoxie signifiait « non-pensant ». Le projet du novlangue visait l'appauvrissement de la langue par la destruction des mots indésirables, l'exclusion de toute nuance, la rigidification croissante du sens, l'interchangeabilité grammaticale: tous les mots de la langue pouvaient être employés comme verbe, adjectif ou adverbe. La langue était au service de « la double-pensée » qui visait à l'acquisition d'une possibilité : celle de garder à l'esprit simultanément deux croyances contradictoires et de les respecter toutes les deux ; comme par exemple :

- la liberté c'est l'esclavage ;
- la guerre c'est la paix ;
- l'ignorance c'est la force.

Ou à l'hôpital « le confort thérapeutique » c'est « l'arrêt thérapeutique ».

Dans le quatrième de ses essais, Orwell écrivait : « Le mensonge organisé pratiqué par les états totalitaires n'est pas, comme on le dit parfois un expédient temporaire de la même nature que le camouflage militaire. C'est quelque chose qui continuerait encore même si les camps de concentration et les forces de police secrète avaient cessé d'être nécessaires. Le totalitarisme demande en fait, l'altération continue du passé et réclame probablement à long terme une incroyance dans l'existence même de la vérité objective ».

Dans LTI (Lingua Tertii Imperii) qui désigne « La langue du 3e Reich »¹², Viktor Klemperer décrit l'évolution de l'Allemagne des années trente et suivantes, à partir des modifications que subit son vocabulaire. Il analyse les comportements linguistiques en étant particulièrement attentif aux phénomènes de mémoire involontaire, qui révèlent le travail destructeur de la langue manipulée. Dans la mémoire involontaire c'est une sorte de langue inconnue qui parle dans la langue. L'atmosphère « d'inquiétante étrangeté » qui entoure chacun des termes prononcés, amène Klemperer à penser que la parole quotidienne se trouve dessaisie d'elle-même et traversée par d'étranges résurgences sémantiques. Tout se passe comme si une autre langue s'exprimait dans la parole. A l'image du novlangue, la LTI mobilise des termes qui

12. V. Klemperer, *LTI, la langue du 3^e Reich*, Paris, Albin Michel 1996. Cité par Ol. Remaud dans *La langue des temps sombres*.

sont connus de tous. Par le jeu des combinaisons verbales, entre les préfixes qu'elle retire et les suffixes qu'elle ajoute, elle donne progressivement à ces termes de la vie quotidienne une autre signification. De plus cette langue, qu'il nomme « langue de croyance », modifie l'organisation sémantique du souvenir et l'histoire des usages linguistiques. La langue change de visage, elle devient, dit Klemperer, littéralement « hystérique ». Chacun des mots figure un ordre insidieux qui aiguillonne à son insu la mémoire collective.

Pour en terminer momentanément avec l'hôpital, une petite scène récente, dont certains diront que ça n'a rien à voir :

Un brancardier sort du service de neurologie, suivi par quatre, cinq patients en pyjama qu'il conduit sans doute à des examens. Eparpillement désorienté et confus des patients dans le couloir qui mène aux ascenseurs. Et le brancardier de tenter de les rassembler par quelques vigoureux : "Allez, Groupieren, Groupieren".

Concluons

Qu'un tel sujet, qui ne participe pas d'un ailleurs exotique, suscite de la part des collègues analystes un certain nombre de commentaires critiques, je l'espère bien. Mais on ne peut mettre certains au seul compte de l'effroi qu'il y aurait à s'imaginer se retrouvant dans cet état de complète *Hilflosigkeit* du à la maladie grave et que le *Nebenmensch* pourrait se présenter sous les traits d'une mante religieuse en blouse blanche. « Légèreté à effectuer le saut, l'amalgame entre le camp et l'hôpital, instrumentalisation des génocides, qui doivent rester espace sacré, diabolisation de la médecine et des médecins » sont des commentaires qui demandent un supplément de pensée. D'autant que mes arguments justificatifs m'ont conduite à répondre que je ne pouvais quand même pas ne pas entendre ce que j'entendais à l'hôpital. Arguments m'amenant à me demander s'il y avait là un sujet tabou, une « question puante » pour la psychanalyse, sur laquelle il y aurait un interdit de penser.

Dans *Parler des camps, penser les génocides*, Catherine Coquio¹³, évoquant la complexité de l'approche comparative des génocides, soulignait la

13. C. Coquio, *Parler des camps, penser les génocides*, Paris, Albin Michel, 1999, p. 15.

complexité de l'acte de comparer. Je cite : « Dans un climat belliqueux, le procès de l'amalgame tourne vite à l'interdit de penser. Le refus- ou l'apologie- de l'universel ne fait qu'inverser le refus- ou l'apologie- du particulier. Cette morbide logique binaire ne laisse aucune issue à l'esprit, ni aucune chance à l'humain. Autant que l'amalgame, la déliaison – ici entre passé et présent, mémoire et action, savoirs et mémoires – est un danger mortel ».

Par ailleurs, je n'ai aucune idée de ce qui pourrait être tabou, sur quoi pourrait porter cet éventuel interdit de penser : la mort, le génocide, le totalitarisme, leur mise en perspective, l'être pour la mort, la lettre...

Peut-être plus simplement, se révèle-t-il là une question de structure : voile de l'interdit de penser jeté sur l'impossible à penser, sur l'impensable de la mort ?

L'occasion est trop belle que pour ne pas terminer par ces mots de Lacan prononcés en Belgique en 1972¹⁴ : « La mort est du domaine de la foi. Vous avez bien raison de croire que vous allez mourir, bien sûr ; ça vous soutient. Si vous n'y croyez pas, est ce que vous allez supporter la vie que vous avez ? Si on n'était pas solidement appuyé sur cette certitude que ça finit, est-ce que vous pourriez supporter cette histoire ? Néanmoins, ce n'est qu'un acte de foi ; le comble c'est que vous n'en n'êtes pas sûrs ».

14. J. Lacan, Conférence à l'Université Catholique de Louvain, 12 octobre 1972, in *Document de Travail de l'Association freudienne de Belgique*, p. 51.