MAL DE FEMME

Extrait de la publication

Du même auteur

La Folie Évaluation
Les nouvelles fabriques de la servitude
(avec Roland Gori, Marie-Jean Sauret)
Mille et une nuits, 2011

Le Sexe et le Signifiant
Suites cliniques
Seuil, 2002

Extrait de la publication

ALAIN ABELHAUSER

MAL DE FEMME

La perversion au féminin

ÉDITIONS DU SEUIL
*25, bd Romain-Rolland, Paris XIVe*

ISBN 978-2-02-110737-1

© Éditions du Seuil, mars 2013

Le Code de la propriété intellectuelle interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants cause, est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

www.seuil.com

Extrait de la publication

À Elle
(celle-qui-doit-être-obéie),
bien sûr

Extrait de la publication

I
Prologue

Extrait de la publication

Une femme. Il s'agit presque toujours d'une femme. Et quand c'est un homme, on se rend compte, d'après mon expérience, qu'il occupe de fait ce que Freud appelle une « position psychique » féminine. Qu'il est digne, en somme, d'être une femme, parce qu'il n'est pas tout entier pris dans la logique phallique.

Une femme. Il s'agit presque toujours d'une femme. Qui est malade. Quand on la voit, on a même souvent l'impression qu'elle est très malade. Pourtant, elle ne paraît pas s'en plaindre. Parfois, elle refuse même qu'on la soigne, qu'on s'occupe d'elle, parce que, dit-elle, elle se porte très bien. Parfois, elle demande au contraire à être traitée ou, en tout cas, accepte les traitements, mais ceux-ci s'avèrent cruellement inefficaces. Ce qui inquiète tout le monde. Sauf elle.

Une femme – malade. Mais on finit par s'apercevoir, parfois rapidement, parfois au bout seulement de plusieurs années, qu'il s'agit de bien curieuses maladies. Des maladies graves, certes, ayant même assez fréquemment un pronostic létal, mais qui se révèlent ne pas être attribuables à la fatalité, à la faillite du corps, au destin qui frappe aveuglément. Si ces femmes sont malades, ce n'est, en somme, pas par hasard. Et cette maladie qu'elles portent, qu'elles exhibent, dont elles se font insigne, fleuron, qu'elles entendent faire reconnaître de l'autre – de l'Autre –, force est bien de constater alors qu'elle remplit, pour elles, une *fonction*.

Extrait de la publication

Laquelle ? Toute la question est là. C'est à l'explorer qu'est consacré ce livre. Une exploration qui passera d'abord, très classiquement, par l'histoire des moments d'aperception du mal – des maux, plus exactement, car l'affection est plurielle –, des maux qui spécifient ces femmes, bien sûr, mais aussi des maux qui en sont proches, qui en forment les marges, pourrait-on dire. Puis, les péripéties de cette reconnaissance ayant été décrites et le caractère protéiforme du mal ayant été établi, nous évoquerons l'histoire de ses sources mythiques et littéraires – l'intelligence romanesque venant ici servir de guide à la compréhension médicale –, avant de convoquer la clinique sur laquelle tout à la fois appuyer et mettre en question la suite de notre propos. Lequel tentera dès lors de saisir, en premier lieu, la formule constituante du discours de ces femmes et de mettre en lumière la relation à l'objet qui les caractérise. Puis de discuter, en second lieu, leur(s) structure(s) clinique(s), d'examiner le rapport de celle(s)-ci à la perversion et d'interroger à partir de là ce que serait une structure perverse « au féminin ». Enfin, ayant mis en relief le rôle rempli par l'atteinte délibérée du corps, de souligner combien ce dernier participe ainsi de la « fonction de l'Autre » et correspond en l'occurrence à une tentative, souvent pathétique, pour en restaurer la consistance – pour donner, ou redonner, à l'Autre son plein statut dans la dynamique subjective. Ne restera plus alors, ce terme atteint, qu'à conclure sur ce qui ancre la perversion dans le siècle – sur ce qui fait de celle-ci la partenaire, autant que le symptôme, d'une culture et d'un mode de lien social donnés.

Mais commençons, avant tout cela, par introduire un peu plus notre propos.

Par ces quelques évocations – ces quelques portraits.

* * *

Extrait de la publication

Il est un mal étrange que, jusqu'à ces dernières années, du moins, bien peu connaissaient. Seuls quelques hématologistes qui y avaient été confrontés, et de rares lettrés qui avaient croisé sa description romancée, en savaient l'existence. Mais le monde de la psychiatrie, de la psychopathologie ou de la psychanalyse, pourtant concerné au premier chef, l'ignorait. La situation a passablement changé à présent. Plusieurs dizaines d'articles lui ont été consacrés ; des cas sont signalés de plus en plus fréquemment ; dans certains milieux, il serait malvenu de ne pouvoir y faire référence à l'occasion ; et il est vraisemblable que dans les années à venir, ces années qu'on peut juger propices au rebond de quelques croyances et au renouveau de quelques mythes, le grand public finisse par le découvrir et lui ménage alors un succès assuré. L'ignorance en laquelle il était précédemment tenu a-t-elle pour autant laissé place à autre chose qu'une forme de méconnaissance, certes plus ou moins documentée ? Il ne me semble guère.

Le mal se révèle souvent de la manière la plus banale qui soit. Une patiente se sent fatiguée. Elle a même, parfois, quelques malaises. Aussi va-t-elle consulter son médecin. Celui-ci ne la trouve pas en forme – elle est bien pâle, c'est vrai. Il lui prescrit des fortifiants, du repos, et lui demande de revenir le voir dans quinze jours ou un mois. À la consultation suivante, ça ne va pas mieux. Un bilan sanguin de routine est alors demandé. Le résultat est plutôt alarmant. La patiente présente un taux d'hémoglobine bas, voire franchement effondré, qui justifie pleinement fatigue et malaises. Mais de l'avoir mis en évidence ne suffit pas. Une telle anémie, en effet, ne peut guère avoir que deux types de cause : une carence alimentaire très grave et ancienne, explication que l'on peut en général éliminer aisément, ou un saignement interne, plutôt modéré mais persistant, qu'il est important, bien sûr, de pouvoir localiser et traiter. Pour cela, le plus simple est souvent d'hospitaliser quelques jours la patiente.

Extrait de la publication

À ce stade de l'histoire, voir arriver ces femmes dans un service hospitalier est d'ordinaire assez impressionnant. Elles sont pâles, on l'a dit, mais pas de cette pâleur que l'on jugeait si distinguée il y a encore un siècle, de celle que l'on prisait si fort dans les romans de Stendhal ou Dumas, ou qui était censée préluder aux pâmoisons des grandes hystériques. La leur est d'un autre ordre : une pâleur essentielle, empreinte dans la masse, que l'on ne rencontre d'ordinaire que chez de très grands malades, ou au musée Grévin. Pourtant, elles ne paraissent guère inquiètes de leur état. C'est là le premier trait psychologique un peu curieux. Préoccupées, peut-être. Soucieuses que l'on trouve ce qu'elles ont, qu'on les traite et que tout rentre dans l'ordre afin qu'elles puissent reprendre le cours normal de leur vie. Mais pas d'angoisse, aucune anxiété, pas même un peu d'appréhension à l'idée qu'elles « pourraient avoir quelque chose de grave ». Non, simplement l'attente qu'on les soigne, voilà tout.

Qui sont-elles ? Des femmes de tous âges – des adolescentes, des jeunes femmes, de plus âgées, vieilles filles, ou mariées avec de grands enfants. Une caractéristique commune : malgré leur fatigue, elles n'ont pas interrompu leurs activités jusqu'au jour de l'hospitalisation. Normalement, avec un taux d'hémoglobine comme le leur, on a de la peine à gravir un demi-étage, chaque geste est un effort, on reste allongé toute la journée. Elles, pourtant, ne cessent de s'activer, dures à la tâche, fières de continuer à accomplir leur devoir malgré les circonstances, le plus souvent considérées comme parfaitement dévouées et compétentes, d'une conscience professionnelle digne de tous les éloges. Que font-elles ? Elles travaillent ou sont étudiantes. Mais – autre trait caractéristique – leur profession, si elles en ont une, est généralement proche du monde médical : infirmières, surveillantes, aides-soignantes, quelques bonnes sœurs gardes-malades, quand il en existait encore…

Bilans et examens se succèdent. Bizarrement, les patientes

les supportent parfaitement, sans impatience ni inquiétudes. Chacun sait pourtant qu'ils n'ont rien d'agréable, quand ils ne sont pas franchement douloureux. Et le plus ennuyeux est qu'on ne trouve rien. Rien qui puisse justifier l'anémie, en tout cas. Pas de saignements digestifs ni gynécologiques ; pas de maladie hématologique non plus. Le trouble lui-même a été clairement établi : il s'agit bien d'une anémie mycrocitaire, a-régénérative, hypochrome et hyposidérémique – une anémie due à une perte de sang chronique. On se préoccupe bien sûr de la compenser, dans l'immédiat par des transfusions sanguines et au long cours par un traitement à base de fer. Or ni les unes ni l'autre n'ont d'efficacité durable. Le taux d'hémoglobine des patientes remonte de façon convaincante dans les heures qui suivent la transfusion, puis s'effondre à nouveau, ce qui signifie que la perte de sang persiste ou s'amplifie.

Que se passe-t-il ensuite ? Pendant un temps, l'un des scénarios possibles fut celui de la surenchère. Inquiets de ne pas trouver l'origine des saignements, les médecins multipliaient explorations et transfusions. Les premières s'avéraient de plus en plus rebutantes, leurs résultats de plus en plus improbables ; les secondes de plus en plus rapprochées et chaque fois plus vaines. Le sentiment que quelque chose échappait à tout contrôle grandissait, et l'anxiété des soignants se muait progressivement en exaspération de n'y rien comprendre et en culpabilité diffuse de n'y rien pouvoir. À l'opposé, la conduite des patientes paraissait exemplaire. Considérant l'aggravation de leur état d'un front toujours serein, mesurant sans grande inquiétude l'impuissance des médecins à y porter remède, elles ne se permettaient à leur égard ni doutes ni reproches et ne faisaient même pas montre de l'ombre d'une perte de confiance. C'en était trop. L'on voyait ces femmes s'étioler, dépérir doucement sans se départir de leur calme, dignes et réservées, et comme nimbées par l'approche d'une mort désormais familière.

Depuis quelques dizaines d'années, il est vrai, un autre scénario s'impose progressivement. Sur lequel je ne m'étendrai pas plus pour l'instant, de manière à conserver un minimum de tension dramatique à cet exposé[1]. Disons simplement, pour le moment, qu'il arrive que l'on découvre chez ces patientes des éléments qui changent radicalement la donne et ne tardent pas à modifier tant le regard posé sur elles par l'équipe soignante que la prise en charge qui leur est offerte. C'est même, de fait, leur devenir médical tout entier qui s'en trouve alors radicalement infléchi. D'avoir été dévoilées, mises à nu, les fait également disparaître, mais non plus par étiolement, non plus par abandon à la mort, mais parce qu'elles ne se préoccupent dès lors plus que d'une unique chose : échapper au regard de ceux qui se sont crus capables de lever leur secret, de ceux qui ont pensé pouvoir percer leur mystère. Leur échapper – pour aller, apparemment, reconstituer ce secret, redéployer ce mystère, dans un autre hôpital, dans un autre lieu – sur une autre scène, parfois.

N'anticipons pas plus. Nous verrons que ces femmes, ces femmes anémiques, ces femmes exsangues, ont de telles raisons pour l'être qu'elles convoquent ainsi un registre – énigmatique, s'il en est – témoignant d'un rapport à l'autre, d'un rapport au corps et d'un rapport à la mort, qu'il est vraiment peu d'autres situations, de pathologies ou de structures pour mettre à ce point en relief.

Si ce n'est peut-être, et quoiqu'à mon sens dans une moindre mesure, celles que nous allons évoquer maintenant.

* * *

Il est en effet une « collection » de maux qui n'ont, à première vue, rien de particulier ni de commun entre eux. Sont-ils bien connus ou restent-ils véritablement confidentiels ?

1. Voir chapitre 4 de la deuxième partie.

Extrait de la publication

C'est difficile à dire. On commença à les isoler, en France, au début du siècle. Mais cette première appréhension ne rencontra qu'un intérêt d'estime, fugitif et ponctuel, au point qu'une seconde description, qui ignorait tout de la première, en fut faite en Angleterre, un demi-siècle après. Cette dernière connut meilleure fortune, puisqu'il n'est désormais plus d'années sans que ne paraissent sous son égide divers articles relatant de nouveaux cas et rappelant combien bigarrée est l'affection et bizarres sont ses motifs.

Le grand public en a-t-il connaissance ? Un peu. Quant aux milieux spécialisés, ils continuent, quoique informés de l'existence du mal, d'ignorer presque tout de ses ressorts psychologiques. Par défaut d'informations véritables, manque de « matériaux cliniques » assurés, d'une part ; excès de fascination et, partant, tendance à l'aveuglement, d'autre part ; du fait du clivage des compétences des « spécialistes », enfin. Comment admettre, en effet, qu'un homme – qu'une femme, plutôt – puisse agir ainsi, en arriver à de telles extrémités ? Comment ne pas se laisser fasciner et abuser par ces patientes, tant l'on sait qu'il n'y a rien de plus crédule que la raison, une fois subvertis ses repères coutumiers ? Comment éviter que les praticiens qui les reçoivent et tentent de les traiter (sans avoir, pour ce faire, temps et formation *ad hoc*), ne soient mis d'emblée en position de porte-à-faux dans leur rôle même de soignant ? Et comment éviter, parallèlement, que les « psys », qui ne les croisent qu'exceptionnellement, n'en aient connaissance que par simple ouï-dire, au point d'en venir finalement à ne les considérer que comme de purs mythes ?

Au cours de la récente histoire de la médecine furent faites, nous venons de l'écrire, deux descriptions successives de ces maux, sous des dénominations différentes et avec des tableaux de caractéristiques voisins, mais pas véritablement superposables. Ce qui pose donc quelques questions. S'agit-il

de la même entité clinique, appréhendée sous des formes distinctes mais qui n'ont pas à le rester ? Ou au contraire de deux groupes syndromiques à bien différencier, parce que renvoyant à des modes de fonctionnement et à des processus psychiques clairement séparables ? Et comment saisir et définir ceux-ci ? Et à quelle(s) structure(s) clinique(s) référer cette ou ces entité(s) ? Ou de quelle(s) structure(s) clinique(s) les démarquer ? Ou encore, des limites de quelle(s) structure(s) clinique(s) les prendre pour témoins ?

Autant de questions, admettons-le d'entrée de jeu, qui ne font guère consensus, ce qui mérite évidemment qu'on s'y arrête. Mais en ayant tout d'abord, comme précédemment, dressé le portrait (reconstitué) de ces femmes, au travers de quelques scénarios – disons – typiques.

Dans le premier, une patiente est hospitalisée pour des raisons qui, à l'examen, se révèlent plutôt obscures. Elle a été adressée par son médecin traitant pour qu'on explore une affection mal documentée ou d'évolution un peu atypique. Ou bien elle s'est rendue d'elle-même aux urgences, dans un état suffisamment inquiétant, ou en rapportant une histoire suffisamment alarmante, pour qu'on la garde à l'hôpital. Ou bien encore elle possède de nombreux antécédents de maladies, d'opérations, de traitements, et ses plaintes font craindre à présent qu'il n'y ait des séquelles, ou une récidive, ou que son traitement n'ait été iatrogène. Elle est hospitalisée et, très vite, tout se passe mal. Les signes cliniques présentés s'avèrent parfois intermittents ou disparates, voire peu probants ; les résultats des examens ne les confirment pas ou sont incohérents ou deviennent ininterprétables ; l'évolution de la maladie ne correspond pas aux schémas habituels ; et surtout l'attitude de la patiente ne tarde pas à poser problème aux soignants. Elle est plutôt affable, liante, « sympathique ». Et simultanément un peu agressive, interprétative, voire quérulente. Elle a le contact facile, parle volontiers de ses misères à qui veut l'entendre, s'épanche

Extrait de la publication

un peu à tout-va. Et dans le même temps s'avère fuyante, peut-être dissimulatrice – qu'en est-il de sa sincérité ? Ce qui pouvait passer pour l'harmonie de ses rapports avec le corps soignant s'altère : elle se plaint qu'on ne prenne pas en considération ce qu'elle dit ; on fait fi de ses douleurs ; on ne l'écoute pas ; on la néglige ; on ne la soigne pas comme il faut ; elle est malade et souffre, et l'on s'en moque – ne la croit-on donc pas ?

Elle fait pourtant tout pour être prise au sérieux et pour aider les soignants. Elle prend régulièrement sa température – ses chiffres ne correspondent pas à ceux des infirmières – et dresse parfois ses propres courbes, établit ses propres observations, rapporte très scrupuleusement tous les événements médicaux qui ne cessent de survenir. Mais, justement, trop, c'est trop. On commence à douter, effectivement, de la réalité des troubles, ou tout au moins d'une partie d'entre eux. On la suspecte d'en rajouter, voire de les simuler, et peut-être même, dans l'hypothèse où certains seraient malgré tout fondés, de les avoir induits. On la surveille désormais de près ; on contrôle les observations, note les contradictions du tableau clinique, retient à charge chaque indice de simulation. Inutile de préciser que, dans ce contexte, le climat relationnel devient vite très lourd. Rien qui ne remette plus en cause les médecins et les infirmières, aussi bien dans leurs rôles que dans leurs repères, leurs valeurs et leur pouvoir, que cette conduite. Et rien qui ne les mette donc plus en colère. D'autant que si la situation est alors sensiblement la même que celle vécue par les patientes précédentes lorsqu'elles se voient démasquées, le contraste entre l'attitude des unes et des autres (la froideur des premières maintenant une forme de doute et imposant une sorte de respect là où la proximité des secondes crée la conviction et le mépris) finit par faire toute la différence. Généralement, les positions de la patiente et des soignants se durcissent et aboutissent à un affrontement pur et simple.

Extrait de la publication

De deux choses l'une, dès lors. Ou l'une se fâche sous un prétexte quelconque, accuse l'hôpital de ne pas faire son travail, « signe sa pancarte » et s'en va. Ou les autres, considérant disposer des preuves de la supercherie, prononcent eux-mêmes la décision de sortie, qui correspond, sur le plan rationnel, au constat que rien ne peut être fait pour cette malade et, sur le plan émotionnel, à une forme de punition découlant de leur profonde irritation.

Variante de ce scénario, il peut arriver que la part de simulation soit réduite à sa plus simple expression et que celle de la production volontaire des troubles (et non de leurs signes) soit centrale. Autre variante, il arrive bien sûr aussi que le processus qui vient d'être décrit n'ait pas le temps de se développer et de passer par toutes ses phases. Au bout de quelques jours, voire de quelques heures d'hospitalisation, un grief invoqué par la patiente lui permet de rompre précipitamment avec l'équipe soignante et de sortir en toute hâte, généralement sans laisser d'adresse où pouvoir la joindre ultérieurement ou après avoir indiqué ce qui se révèle ensuite être de fausses coordonnées. Variante de cette variante, il arrive encore qu'il n'y ait pas du tout d'hospitalisation. L'histoire racontée par la patiente lorsqu'elle se présente aux urgences, les douleurs dont elle fait état ou les maux qu'elle exhibe ne paraissent pas suffisamment crédibles pour qu'on la retienne. Ou encore son attitude est telle qu'elle se prend de mots, d'entrée de jeu, avec le médecin ou l'infirmier qui la reçoit et qu'elle ne tarde pas alors à quitter les lieux en jurant qu'on aura de ses nouvelles et qu'elle saura bien se plaindre à qui de droit !

Le second scénario est plus complexe, plus inquiétant aussi. Reconstituons-le de manière chronologique. Une patiente (proche, en général, du milieu médical) déclare une maladie grave, souvent de mauvais pronostic. Elle se fait suivre, comme il est d'usage en ces circonstances, dans un autre hôpital que celui où elle exerce. Parfois, elle continue

Extrait de la publication

vaillamment à travailler, parfois elle est obligée de s'arrêter ou ne peut poursuivre son activité qu'en mi-temps thérapeutique. Sa famille et ses proches sont bien sûr au courant de ce qui lui arrive. Ses relations ne tardent pas à l'être, d'une façon ou d'une autre. La situation s'avère un peu compliquée à gérer, comme chaque fois que c'est un professionnel de santé qui est gravement malade. Mais le courage et l'optimisme de la patiente l'emportent et amènent à surmonter la plupart des difficultés. Personne, dans son entourage professionnel, n'hésite à lui donner un coup de main, à lui faciliter telle ou telle démarche et à lui permettre ainsi de continuer à mener la vie la plus normale possible. Elle est appréciée de tous, et chacun entend y mettre du sien pour l'aider. Le temps passe, des années s'écoulent parfois, et malgré son dynamisme la patiente se dégrade. La maladie gagne. Puis un jour (mais ce jour n'arrive bien évidemment que dans les cas repérés comme tels ; on peut très bien concevoir d'autres circonstances où ce dévoilement n'intervient jamais), par hasard (mais peut-on encore parler de « hasard » en de telles circonstances ?) ou du fait de l'enchaînement logique des événements, le pot aux roses finit par être découvert. Elle n'a jamais été malade ; ses traitements, ses cures, ses hospitalisations, tout n'est que fiction ; elle a tout inventé, tout mis en scène, dupé tout le monde, les proches comme les autres.

Je sais bien que ce récit, livré sous cette forme, risque de paraître invraisemblable. Trop d'obstacles semblent rendre impossible un tel déroulement. Et pourtant, comme aimait à le dire Charcot, « cela n'empêche pas que ça existe ». Les exemples en sont bel et bien là, quoique pratiquement aucun n'ait été, à ma connaissance, rapporté en détail. Pour une raison très simple : la dimension fascinante, l'extrême particularisme et l'inscription dans le milieu médical de ces cas en rendent la publication, sinon impossible, tout au moins particulièrement délicate pour qui se préoccupe un tant soit peu de discrétion et de déontologie. Comment éviter, ici

Extrait de la publication

encore plus que d'ordinaire, que l'on reconnaisse les sujets concernés ou leurs histoires, sans pour autant tronquer ou altérer celles-ci au point de leur retirer tout intérêt ? C'est pourtant ce que nous essaierons de faire par la suite[1].

Il existe pour ce scénario, comme pour le précédent, ce que nous pourrions à nouveau appeler des variantes. Le fait de simuler une maladie grave peut bien sûr être lourd de conséquences sur la santé « réelle » de la patiente, en tout cas dès lors qu'elle accorde quelque soin aux détails de sa mise en scène ou qu'elle se fait prendre au piège des exigences de cette dernière. Ainsi le traitement qu'un médecin, convaincu de la réalité du mal, sera amené à lui prescrire peut-il parfaitement provoquer une atteinte somatique lourde et, cette fois, aisément objectivable. Ainsi l'automédication qu'elle sera parfois conduite à prendre, emportée par la logique même du processus qu'elle a créé, pourra-t-elle également avoir des incidences graves sur son physique. Ainsi, enfin, il arrive que, poussée par un souci de crédibilité (?) ou par une sorte de passion de la souffrance qui trouve là l'occasion de franchir un pas supplémentaire (??), elle porte, au décours de la simulation, délibérément atteinte à son corps, et ce de façon parfois irréversible. Dans tous ces cas, à la maladie factice mise en scène pour le bénéfice de l'entourage se substitue donc une atteinte « objective », qui motive alors un recours médical et une prise en charge hospitalière aussi réels que désormais justifiés.

Arrêtons-nous là ; nous en avons, pour ce prologue, déjà presque trop dit.

À ceci près, évidemment, que, ces tableaux une fois dressés, il reste pourtant tout encore, ou presque, à préciser des enjeux, des raisons, des forces à l'œuvre dans ces étranges agissements. Le mystère, en somme, reste entier. Heureusement.

1. Cinquième partie, « Fragments cliniques ».

Extrait de la publication

Extrait de la publication

Extrait de la publication