

ARRIGO
LESSANA

L'Aiguille

RÉCIT

DENOËL

L'Aiguille

Arrigo Lessana

L'Aiguille

récit

DENOËL

À Charlotte et Angelo

À Emmanuelle

Sono stufo, j'en ai marre.

Il n'y a pas de mot en italien pour dire celui qui se lasse — ma mère l'a inventé. Elle me disait : « *Sei un stufone!* » J'étais celui qui se lasse — avec les filles probablement.

En salle d'opération, il y a celui qui aide : l'aide opératoire. Quand la situation était tendue, Alain Carpentier, un chirurgien devenu célèbre, disait d'abord : « Ne m'aide pas. » C'était une façon d'éliminer toute distraction, de mettre chacun à son poste. Aider, mais laisser au chirurgien la maîtrise de ses décisions ; aider, mais pas plus.

Moi aussi, bien plus tard, alors que j'opérais à Lugo di Romagna, j'ai inventé un mot en italien. À propos d'un aide qui en faisait trop. « *Non fare l'aiutone* », lui ai-je dit pour le calmer, pour retrouver l'équilibre sur le champ opératoire. *Aiutare*, aider ; *l'aiuto*, l'aide, l'aide opératoire. *Aiuto*, c'est aussi « au secours ». « *L'aiutone* », ça n'existe pas, mais ça tombait juste.

D'aussi loin que je me souviens, j'ai toujours voulu quitter ce métier. Je n'étais maître ni des jours ni des nuits. Je rêvais d'un métier de liberté, comme d'une vie dans le civil. Le temps filait à un rythme militaire. La salle d'op., et le sommeil. La fatigue, toujours présente. Il m'est arrivé d'aller dormir une demi-heure au cours d'une opération.

Le chirurgien, les aides, les jeunes chirurgiens, l'instrumentiste — nous étions nombreux autour du patient lorsque j'ai commencé. C'était si long. Et imprévisible. L'inquiétude était là, toujours. Nous ne savions jamais comment allait se terminer l'intervention. Et l'issue favorable était vite oubliée, alors que les revers, eux, persistaient.

Nous n'avions pas compris grand-chose. Nous entrevoyions seulement les mécanismes de la survie ou de l'échec. Tout restait à découvrir. Avec nos instruments simples, nous agissions sur une réalité complexe. Nous nous livrions à une expérimentation prudente, entre l'action et la réponse de l'organisme.

Nous avions à tirer les leçons de l'expérience, à apprendre au plus près d'elle, avec la part de non-savoir que cela exige. Il faudrait garder une certaine naïveté devant les événements, débusquer les préjugés, analyser les échecs, associer le doute à l'optimisme. Confronter les hypothèses nouvelles à la réalité. Les mettre en danger — se mettre en danger. Regarder les patients en face. Et pouvoir se regarder en face, aussi, soi.

L'invention de la chirurgie du cœur et sa transformation se sont effectuées rapidement, en quelques décennies, par vagues, bouleversements, changements de points de vue — et avec la lenteur qu'impliquent les tâtonnements, les revers, les hésitations, les petits pas, jour après jour. Comme une vie.

Charles Dubost. Un homme robuste à la peau mate, la chevelure blanche lorsque je fis sa connaissance. Les yeux vifs, la répartie saisissante, il tenait ses assistants sous son charme. C'est lui qui a tenté parmi les premiers d'opérer le cœur des gens, à cœur fermé — par l'intermédiaire d'instruments, sans visibilité —, puis à cœur ouvert. Il avait les qualités pour s'affronter à l'inconnu. Chirurgien élégant — « le style est l'homme même », disait Buffon. Ceux qui l'ont connu ont hérité de sa manière, de ses gestes ; encore aujourd'hui, on en reconnaît certains. Il y avait de la magie dans ses mains, un désir de réussite têtue qui ressemblait à un pacte avec la chance.

Pourtant, il avait sérieusement douté. On m'a rapporté ses propos lors d'un congrès à Toulouse, au début des années 1960 : « Nous avons essayé de réparer le cœur grâce à la chirurgie, mais décidément nous n'y parvenons pas. » Découragé, on arrête : trop de drames.

Je me souviens de lui alors que j'étais interne dans son service, des années plus tard, sortant de salle d'opération.

« J'ai fait ce que j'ai pu », disait-il, les mains tremblantes — ses mains puissantes et justes —, aux parents d'un adolescent auquel il venait de remplacer la valve aortique, congénitalement malade, et qui allait rester des semaines entre la vie et la mort.

Charles Dubost, c'était comme de Gaulle : tout le monde le connaissait. Les motards, si vous leur disiez : « Je suis assistant de Charles Dubost », ils vous accompagnaient.

Il avait réussi le premier remplacement de la bifurcation de l'aorte abdominale avec Jean Oudot, le chirurgien qui accompagnait l'expédition de Lachenal et Herzog à l'Annapurna.

On peut pratiquer la chirurgie comme l'alpinisme, en cherchant la liberté dans la contrainte, en avançant lentement, méthodiquement, avec la sécurité d'un fil.

Mon rôle était celui d'un spectateur attentif. Il n'y avait dans ce service hospitalier prestigieux aucune familiarité. Les nombreux assistants, professeurs, chefs de clinique croisaient leurs recherches, expérimentations au laboratoire, interventions périlleuses, autour d'un patron à l'autorité absolue, qui donnait à cette maison une âme particulière. La hiérarchie était acceptée, les rivalités assumées, l'amitié aussi, parfois.

S'il fallait s'entretenir avec le patron, l'accès à son bureau était particulier à chacun. Certains parlaient debout près de la porte, d'autres s'avançaient, les privilégiés s'asseyaient en face de lui, un seul appuyait ses sabots de salle d'opération

au montant de son bureau — il lui succéderait. Pour la plupart, le dialogue, toujours bref, avait lieu sur le pas de la porte.

J'étais là depuis six mois, il ne m'avait toujours pas repéré. Quand je lui demandai de prolonger mon stage, il interrogea une anesthésiste qui passait par là : « Qui c'est, celui-là ? » Six mois plus tard, il me proposait un poste de chef de clinique. J'en fus fier, content, mais le piège se refermait. Plus de questions à partir de là. Ce serait tôt le matin, jusqu'à tard le soir, parfois la nuit, et le lendemain. Je serais là et bien là, tous les jours, comme mes collègues. J'avais rêvé d'une vie de liberté, j'ai connu l'étau de l'inquiétude au jour le jour.

Charles Dubost avait opéré le père Damien Boulogne en 1968. Transplantation du cœur, réussie pour la première fois en France.

Je n'étais pas là, on me l'a raconté : un assistant avait mené le travail expérimental sur des chiots. Par sécurité, il doublait les sutures. C'était prudent, mais c'était long. Charles Dubost avait approuvé le protocole.

Pourtant, lorsqu'il opère le père Boulogne, il ne le suit pas. Il fait des sutures simples, droit au but, sans histoires. Il fallait aller vite, ne pas avoir à y revenir.

Le cœur du père Boulogne a tenu un an et deux mois puis il s'est arrêté, rejet. Le père Boulogne, les gens l'aimaient, Charles Dubost aussi, qui vécut sa mort dans une grande tristesse. Il ne poursuivrait pas les transplantations

tant qu'un fait décisif ne serait survenu, disait-il. Mais quand les immunosuppresseurs, qui limitent le phénomène de rejet, sont apparus, dans les années 1980, il n'a pas repris. Peut-être doutait-il de la solidité du nouveau continent que certains croyaient voir s'ouvrir devant eux.

Faire d'un mort un survivant, c'était entrer dans un nouveau monde. Jusque-là, l'organisme ne pouvait assurer sa survie que par ses propres moyens. Désormais, on pourrait dire aux gens qu'ils allaient survivre, selon quelle probabilité, dans quelles conditions. En prélevant un organe vital pour le transmettre, le chirurgien devenait un passeur. Mais de quel passage s'agissait-il? D'un passage généreux? compassionnel?

Parler à la famille du mort — il est jeune, elle est jeune, c'est un accident, souvent —, c'est brutal, toujours. Il faut aussi juger du moment de la mort, se référer aux critères de la neurologie : deux électroencéphalogrammes plats. Le cœur bat, il fonctionne, mais le patient est mort ; pour lui il n'y a plus d'espoir. L'espoir se tourne de l'autre côté, vers le receveur.

Au début des années 1970, ces histoires de transplantation du cœur rencontrèrent un vif intérêt. Les journalistes voulaient percer le secret des salles d'opération. Déjà mystérieuse quand on parlait de chirurgie à cœur ouvert, la technique frôlait la magie lorsqu'on envisageait de

transmettre la vie par le déplacement d'un organe porteur de qualités si essentielles — physiques, mais aussi symboliques. Je me souviens de la une de *France Soir* intitulée : « Mes lunettes! Mes lunettes. » Le chirurgien demandait ses lunettes grossissantes à l'infirmière et le journaliste y voyait du sensationnel! Mais au-delà de l'exploit chirurgical supposé — les transplantations du cœur ne comportent d'ailleurs pas de difficultés techniques particulières —, ce qui fascinait, c'était ce cheminement en équilibre sur la frontière entre ce qu'on peut faire ou non. D'un côté, la part solaire : le receveur, cette chance inespérée, l'espoir d'une vie nouvelle, peut-être la santé. De l'autre, la part obscure : le don de l'organe, au bord de la tombe, l'heure de la mort consignée, le destin dit, expliqué dans l'urgence à la famille, soulagée peut-être d'approuver ce passage, l'idée de « sauver », de jouer un tour au destin — il, elle disparaît, quelqu'un survivra peut-être. Il y a une vie au-delà de la mort.

Une image me ramène à la part obscure : au festival international de photojournalisme 2007 de Perpignan, une photo de Samuel Bollendorff, en Chine, cadre une mère portant sur sa poitrine un portrait de son fils. La légende nous dit qu'il s'agit de Chen Tao, un jeune homme que les autorités n'ont pas seulement condamné à mort, mais dont ils ont aussi vendu les organes sans en référer à la famille.

Pour habiter un monde nouveau, il faut pouvoir l'imaginer. Or l'imagination se décourage, parfois. Et pouvait-

on pénétrer là sans ritualiser le passage? Peut-être aurait-il fallu inventer des cérémonies où les pleurs côtoient l'espoir pour qu'une continuité s'élabore entre mourir et donner la vie. Les chirurgiens auraient-ils dû se transformer en prêtres pour être à la hauteur de la mission qu'ils s'étaient donnée?

Transplanter un organe de l'un à l'autre, c'est une idée ancienne. Les premières représentations que j'en connaisse datent du xv^e siècle. Fra Angelico a peint trois tableaux de saint Côme et saint Damien greffant la jambe d'un Noir à un homme qu'ils avaient amputé — un riche marchand toscan dans l'un, un sacristain atteint de gangrène dans l'autre, le diacre Justinien dans le troisième tableau. Avant de subir le martyre en 287, les deux saints exerçaient la médecine pour gagner la foi chrétienne des malades. Ce sont les patrons des chirurgiens.

Au xx^e siècle, c'est le cœur lui-même qu'on cherche à échanger. Le premier transplanté du cœur, en décembre 1967, à l'hôpital de Groote Shur, au Cap, était un Blanc, Louis Washkanski. Il recevait le cœur d'une jeune femme blanche, Denise Darvall, accidentée de la route, arrivée aux urgences en état de mort cérébrale; il survécut dix-huit jours. Un mois plus tard, Chris Barnard réitère l'intervention: il greffe le cœur d'un jeune métis sportif, Clive Haupt, sur un dentiste blanc, Philip Blaiberg. Un symbole au pays de l'apartheid: « Nous avons pris le cœur d'un homme de couleur pour le mettre dans la poitrine

d'un Juif blanc que nous avons traité avec du sérum provenant d'Allemagne », déclare le chirurgien. Pour lui, cependant, cet acte symbolique ne marque pas le début de la lutte contre l'apartheid. Certes, il est hostile à la séparation des Blancs et des Noirs, il soigne des enfants noirs dans un hôpital réservé aux Blancs ; cependant, il ne pense pas que « *one man, one vote* » soit une solution pour son pays. Il estime que les Noirs ne forment pas un groupe homogène, mais une multitude de minorités, incompétentes pour diriger le pays.

Après l'opération, l'émotion est immense. L'opinion est enthousiaste dans sa majorité ; les voix discordantes, qui viennent plutôt du corps médical, sont classées à la rubrique des rivalités.

Jacques Monod, que l'on ne peut soupçonner de jalousie, s'insurge contre la « course au cadavre ». Un important médecin de Washington cité par Chris Barnard dira : « J'ai l'affreuse vision de vampires armés de longs couteaux rôdant autour d'une victime d'accident, prêts à lui arracher ses organes dès l'instant où elle sera déclarée morte. » En vérité, le tournant était pris, avec les médias — avec les patients aussi, dont certains allaient devenir des porte-parole de ce succès inattendu. Dorénavant cette possibilité existait, qui créait une nécessité nouvelle : il faudrait désormais répondre à la demande, et on laisserait de côté les conditions — souvent pénibles — de survie, parfois courte, des transplantés. La transplantation du cœur, c'est comme le téléphone portable ou comme le Coca-Cola : personne ne les réclamait avant qu'ils ne pointent leur nez, mais

maintenant qu'ils sont là, ils sont indiscutables, ils n'offrent pas de véritable flanc à la critique. On a beau dire que le Coca est un très bon produit pour nettoyer les pièces de monnaie ou que le téléphone portable est capable de vous pourrir un moment de bonheur extatique — à quelques exceptions héroïques près, personne ne résiste.

Charles Dubost a arrêté les transplantations. Il a souhaité ralentir la course en avant, attendre, laisser reposer. Peut-être voulait-on en faire trop, pensait-il. Peut-être était-il saturé d'émotions fortes. Et cette saturation ne serait-elle pas la limite de toute carrière? Moi-même, je me suis toujours senti conservateur devant le développement des transplantations, m'interrogeant sur les limites de cette avancée plutôt que sur ses bénéfices pour la santé. Le progrès balance toujours entre avantages et inconvénients. Comme une couverture trop courte : elle vous couvre les épaules et vous laisse les pieds au frais, ou bien c'est les pieds qui sont au chaud et les épaules dans le courant d'air.

Trente ans de transplantations du cœur n'ont pas transformé le rapport avec la vie, avec la mort, dans l'imaginaire populaire. Les jeunes morts — il faut être plutôt jeune pour être un donneur valable — ne transmettent pas la vie ou la santé aux mourants. Un style nouveau de solidarité, de générosité, n'est pas advenu. La transplantation a pris sa place, modeste, dans la société, à mesure qu'elle s'effaçait de l'agitation médiatique.

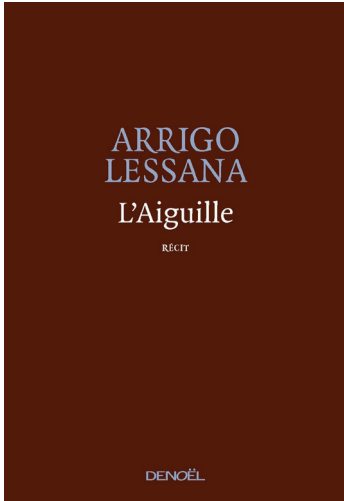
Aujourd'hui, on sait mieux dans quelles circonstances et

à quel moment proposer cette opération. Les chances de survie, la qualité de la vie, le temps à vivre sont mieux évalués. En outre, la transplantation du cœur et les études qu'elle a provoquées ont favorisé le développement des assistances circulatoires, c'est-à-dire des cœurs artificiels, dont il semble bien qu'ils vont progressivement montrer leur efficacité. Elles ont aussi permis de mieux comprendre les mécanismes de l'insuffisance cardiaque.

*Achevé d'imprimer
par l'Imprimerie Floch
à Mayenne, le 16 novembre 2009.
Dépôt légal : novembre 2009.
Numéro d'imprimeur : 74837.*

ISBN 978-2-207-26167-5/Imprimé en France.

170581



L'Aiguille

Arrigo Lessana

Cette édition électronique du livre
L'Aiguille
d'*Arrigo Lessana*
a été réalisée le 15/02/2010 par les Editions Denoël.

Elle repose sur l'édition papier du même ouvrage,
achevé d'imprimer en novembre 2009
(ISBN : 9782207261675)

Code Sodis : N42372 - ISBN : 9782207101476