

# QUELLE MÉDECINE POUR DEMAIN ?

Pour une médecine des singularités



ACADÉMIE DE NÎMES  
16, rue Dorée  
NÎMES (Gard)

2018

# QUELLE MÉDECINE POUR DEMAIN ?

**Pour une médecine des singularités**

*Actes du colloque pluridisciplinaire  
tenu le 2 décembre 2017 à Carré d'Art, Nîmes,  
sous l'égide de l'Académie de Nîmes*

Sous la présidence de Gabriel Audisio,  
président de l'Académie de Nîmes

Coordination : François-Bernard Michel  
Pierre Marès  
Paule Plouvier  
Alain Aventurier

## TABLE DES MATIÈRES

Présentation des intervenants .....	7
Gabriel AUDISIO	
Ouverture du colloque .....	9
Daniel Jean VALADE	
Allocution au nom du maire de Nîmes .....	11
François-Bernard MICHEL	
Quelle médecine pour demain ? Présentation du colloque ....	13
Nicole LAFONT	
Pour une médecine des singularités .....	17
Paule PLOUVIER	
Parole du sujet, parole de poésie : la singularité en acte ....	31
Gemma DURAND	
Une femme, un gynécologue, un face-à-face : le souci éthique au défi de la médecine des recommandations.....	39
Pierre MARÈS	
Singularité en gynécologie-obstétrique .....	59

Micheline POUJOLAT

Rencontres avec la médecine et les médecins : histoires de face, de dos et de profil, dans le désordre.....69

Serge VELAY

L'art à l'épreuve de la technique .....77

Étienne CUENANT

Évolution de la pensée médicale en Occident .....87

Jean-François MATTEI

Réflexions conclusives .....101



*Porte d'entrée de l'hôtel de l'Académie*

## PRÉSENTATION DES INTERVENANTS

- Gabriel AUDISIO** Professeur (E) d'histoire moderne  
Président de l'Académie de Nîmes
- Étienne CUENANT** Dr, chirurgien urologue  
Société montpelliéraine d'Histoire  
de la médecine
- Gemma DURAND** Dr, médecin gynécologue  
Membre de l'Académie des  
sciences et lettres de Montpellier
- Nicole LAFONT** Dr, médecin psychiatre,  
psychanalyste
- Pierre MARÈS** Professeur de médecine  
Chef de Service Gynécologie-  
Obstétrique au CHU Carémieu de  
Nîmes  
Membre de l'Académie de Nîmes
- Jean-François MATTEI** Professeur de médecine  
Ancien ministre de la Santé  
Président national (H) de la Croix-  
Rouge française  
Membre de l'Académie nationale  
de médecine  
Membre de l'Institut de France –  
Académie des sciences morales et  
politiques

**François-Bernard  
MICHEL**

Professeur de médecine  
Membre de l'Académie de Nîmes  
Membre de l'Académie des  
Sciences et Lettres de Montpellier  
Président (H) de l'Académie  
nationale de médecine  
Membre de l'Institut de France -  
Académie des beaux-arts

**Paule PLOUVIER**

Professeur (E) de poétique  
Psychanalyste  
Membre de l'Académie de Nîmes

**Micheline  
POUJOLAT**

Professeur agrégée d'espagnol  
Membre de l'Académie de Nîmes

**Daniel Jean VALADE**

Maire-adjoint de Nîmes, délégué à  
la Culture. Membre de l'Académie  
de Nîmes

**Serge VELAY**

Philosophe, poète  
Correspondant de l'Académie de  
Nîmes

# **QUELLE MÉDECINE POUR DEMAIN ?**

## **Ouverture par le président de l'Académie de Nîmes**

**Gabriel AUDISIO**

Mesdames, Messieurs les Académiciens de l'Académie de Nîmes et de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier,  
Mesdames, Messieurs, chers amis,

Nous sortons à peine d'un colloque qui s'est tenu ici même durant trois jours en octobre dernier, consacré aux contacts entre les deux rives de la Méditerranée, et nous voici réunis à nouveau. Au nom de l'Académie de Nîmes, je vous remercie tous vivement d'avoir pris sur votre week-end pour répondre à notre appel. J'ai été prié par Madame Georgina Dufoix de vous exprimer son profond regret de ne pouvoir être des nôtres, se trouvant à Marseille où elle doit parler. Et je tiens à remercier Monsieur le Maire qui, au nom de la ville de Nîmes, nous fait bénéficier gracieusement, une fois encore, de cette belle salle de conférence.

L'instigation de François-Bernard Michel, également membre de notre Académie, n'eut aucun mal à trouver, au sein de notre compagnie, les relais efficaces pour sa réalisation, à savoir notre secrétaire perpétuel et Pierre Marès. D'ailleurs nous comptons cinq médecins parmi nos membres ordinaires.

Mais cette journée ne s'adresse pas seulement aux praticiens. Elle souhaiterait atteindre également l'ensemble des citoyens, tous patients potentiels. C'est en effet à une réflexion et à un échange sur le recentrage de la médecine que le programme proposé nous invite : à la fois par le repositionnement du patient au cœur de la pratique médicale, par l'humanisme qui devrait y prévaloir et par sa dimension pluridisciplinaire, que l'ultra-spécialisation a rendu plus difficile. À cet égard, il n'est pas étonnant que cette journée soit organisée sous l'égide de notre Académie qui est, par nature, pluridisciplinaire.

D'ailleurs, me paraît significatif de cette perspective, le colloque qui se tient aujourd'hui même à Paris, intitulé *Augmenter l'homme, pour quoi faire ?*, se penchant sur le posthumanisme, le transhumanisme, ce qui interroge précisément à la fois la médecine et l'humanisme.

Les présentations qui nous seront offertes, dont je remercie vivement les auteurs, vont nous apprendre beaucoup et susciter interrogations, réflexion et, c'est à souhaiter, interventions car chacun de nous, n'en doutons pas, a sa part de responsabilité dans l'avenir, plus ou moins proche, qui nous attend.

# **QUELLE MÉDECINE POUR DEMAIN ?**

## **Allocution au nom du maire de Nîmes**

**Daniel-Jean VALADE**

Monsieur le Ministre, cher Professeur Jean-François Mattei,  
Cher Professeur François-Bernard Michel,  
Monsieur le Président de l'Académie de Nîmes,  
Monsieur le Secrétaire perpétuel,  
Mesdames et Messieurs les Académiciens,  
Chers amis,

C'est avec beaucoup de plaisir que je vous accueille, au nom de Jean-Paul Fournier, Maire de Nîmes, dans ce lieu de culture et d'échange, qui est le forum de notre cité, à l'occasion de cette journée d'études.

À quelques pas de nous, au cœur de la réserve des livres rares et précieux, est conservé un fondamental manuscrit richement enluminé : *Le Décret de Gratien*, qui fut l'un des trésors de l'univers scientifique médiéval. Cette somme est symbolique de l'importance de Nîmes en matière médicale.

Le Siècle des Lumières, lui, nous rend attentifs aux docteurs Baux et Razoux, pionniers de la vaccine, chers au regretté professeur René Bosc, membre et président de notre Académie. Il

leur consacra de savants travaux.

Notre société savante a compté – et comprend toujours – de multiples médecins parmi les siens. L'assistance, aujourd'hui, en témoigne, tout comme l'implantation nîmoise du cursus universitaire correspondant. L'ampleur du CHU Carémeau prouve combien le domaine de notre étude de ce jour répond aux réalités. Et aux exigences du futur, qu'il est de notre devoir d'anticiper.

Aspects techniques mais aussi psychologiques, relationnels, culturels, et tout particulièrement éthiques, ces différentes facettes de l'univers de la santé bénéficieront de vos expériences, de votre réflexion, de votre engagement. Au service de l'essentiel : l'Homme.

# **QUELLE MÉDECINE POUR DEMAIN ?**

## **Pour une médecine des singularités**

### **Introduction du colloque**

**François-Bernard MICHEL**

C'est sous ce titre – et ce sous-titre servant de fil conducteur – que l'Académie de Nîmes a organisé le 2 décembre 2017 dans l'Auditorium de Carré d'Art, sous la présidence de Gabriel Audisio, un colloque destiné à une réflexion pluridisciplinaire.

Dans son introduction, l'auteur de ces lignes a salué et remercié M. Daniel-Jean Valade, représentant M. Fournier, maire de Nîmes qui accueillait le colloque, ainsi que le bureau de l'Académie qui avait activement préparé cette réunion et particulièrement son secrétaire perpétuel Alain Aventurier qui a joué un rôle décisif dans son organisation.

Ni congrès médical, ni réunion scientifique, ce colloque s'est voulu une journée de réflexion sur la situation actuelle de la pratique médicale quotidienne et son devenir, alors qu'en ce XXI<sup>e</sup> siècle débutant, la médecine européenne se trouve à un tournant de son orientation. Celle-ci, désormais dotée de moyens de diagnostic et de traitement dont elle n'avait jamais disposé auparavant (scanner, IRM et bien d'autres), est précieuse tant aux malades – le corps scruté en 3 D en quelques minutes – qu'indispensable aux médecins.

Mais, au-delà des perspectives futuristes du « transhumanisme » et de l'« Homme augmenté », ceux-ci ne risquent-ils pas d'oublier la *singularité* du rapport médecin-patient et de négliger les trois temps indispensables de l'acte médical : l'écoute, l'examen clinique (auscultation, palpation) et le dialogue consécutif ?

Et tout cela, dans la pratique d'une médecine de la personne qui doit considérer chaque patient dans sa singularité, – à ne pas confondre avec la médecine dite « personnalisée », c'est-à-dire fondée sur des résultats d'études génétiques et phénotypiques.

La médecine est arrivée à cette situation paradoxale où elle propose, certes, des prestations de très haute qualité, mais avec un résultat final souvent décevant pour le patient par suite d'une incompréhension qui n'a pas donné une place suffisante à l'écoute de la plainte et au dialogue, donnant l'impression au patient qu'il n'a pas été compris. Par ailleurs, la médecine du quotidien de notre siècle présente une physionomie et une évolution différentes de celles du passé : en plus des situations aiguës des maladies infectieuses, elle est toujours davantage confrontée aux pathologies devenues chroniques (diabète, cancer, broncho-pneumopathie chronique obstructive, etc.). Pour sa réflexion, ce colloque s'est donc voulu pluridisciplinaire, c'est-à-dire ne pas réunir seulement des médecins.

La session du matin a été présidée par le Pr Jean-François Mattei, membre de l'Académie nationale de médecine et de l'Institut de France (Académie des sciences morales et politiques). Le Pr Mattei s'est acquis une haute notoriété dans sa discipline de la génétique médicale qui l'a orienté ensuite vers la réflexion éthique et la position de ministre de la santé. Par ses conférences, ses écrits (il vient de publier récemment *Questions de conscience*) et ses éditoriaux, il a acquis dans le domaine national de la réflexion éthique une notoriété légitime et indiscutée. Le Dr

Étienne Cuenant, urologue, membre de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier, a présidé la deuxième session, confrontant brillamment la médecine héritée du passé aux perspectives futuristes issues de l'introduction de l'intelligence individuelle dans les décisions.

La première intervenante de ce colloque a été celle qui en fut, en quelque sorte, à l'origine, M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Nicole Lafont. Profondément médecin, elle associe à une compétence acquise au CHU de Montpellier dans les domaines de la psychiatrie et de la psychanalyse une haute idée de la pratique médicale dans le respect de la dignité des patients. Comme la plupart d'entre nous, elle s'inquiète de la dérive de la médecine qui, s'éloignant de son fondement, c'est-à-dire le respect de la singularité des personnes perdrait sa raison d'être, à savoir l'humanisme.

M<sup>me</sup> Paule Plouvier, professeur émérite de poésie de l'Université Paul Valéry et membre de l'Académie de Nîmes, a traité du thème : *Parole du sujet, parole poétique : la singularité en acte.*

M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Gemma Durand, gynécologue et animatrice du groupe de réflexion éthique « Labyrinthe », membre de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier, a présenté ensuite : *Une femme, un face-à-face. Le souci éthique au défi de la médecine des recommandations.*

La deuxième session a été introduite par le P<sup>r</sup> Pierre Marès, professeur de la Faculté de Médecine de Montpellier, membre de l'Académie de Nîmes et créateur dans cette ville d'une école de gynécologie-obstétrique de haut niveau, présentant sous le titre

*Singularités en gynécologie-obstétrique* des informations tirées de sa haute expérience.

Le P<sup>r</sup> Serge Velay, philosophe et poète, correspondant de l'Académie de Nîmes a, ensuite, présenté sa réflexion personnelle de haute qualité sur ce qui fait la singularité de l'individu menacé par la société consumériste contemporaine.

M<sup>me</sup> Micheline Poujoulat, professeur agrégé, membre de l'Académie de Nîmes, a fait part de témoignages précieux issus de ses rencontres occasionnelles avec la médecine et les médecins.

Le P<sup>r</sup> Philippe Viallefont, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier et son président Jean-Pierre Nougier, ont représenté cette académie dans ce colloque qui s'est avéré sans cesse intéressant et fructueux.

# POUR UNE MÉDECINE DES SINGULARITÉS

**Nicole LAFONT**

## **Exemple clinique**

Je tiens beaucoup au secret professionnel, à la confidentialité et je vais quand même évoquer avec vous le cas d'une personne que j'ai rencontrée ces jours derniers. Je ne pouvais avoir meilleur exemple à vous donner. C'est une main invisible qui a conduit cette personne dans mon cabinet alors que, quelques jours après, je devais m'entretenir avec vous de la médecine des singularités.

Il s'agit d'une femme de 64 ans, mariée, mère de deux enfants, cadre administratif retraitée depuis un an, sans antécédents médicaux particuliers. Elle consulte un cardiologue suite à des douleurs thoraciques extrêmes. Cette dame présente un facteur de risque principal : une forte hérédité coronaire avec notamment son père décédé à 53 ans d'un infarctus du myocarde. Elle allègue depuis quatre ans des douleurs thoraciques à type d'oppression à l'effort – un bilan cardiaque exhaustif écarte une origine coronarienne.

Lors d'une consultation avec son médecin cardiologue, elle lui dit : « C'est peut être dans ma tête... ». À la suite de quoi, je reçois cette patiente. Comment entendre ce questionnement ? Qu'est-ce qui est « dans sa tête » ? Les oppressions thoraciques ? La

disparition du père mort d'un infarctus ? Ou autre chose qu'elle-même ignore ? Dès lors il y a deux solutions :

- Soit on dit que « c'est dans la tête », et on s'arrête là parce que la tête, on n'y comprend rien et que l'important c'est de soigner les organes...
- Soit on considère que l'individu est un tout, constitué de ses organes et de sa psyché.

Si l'on adopte le second point de vue, il faut admettre que la psyché elle-même s'élabore dans un temps et dans un espace. Le temps est référé à la chronologie et sans existence intrinsèque. Autrement dit, il s'agit donc d'une intemporalité, l'intemporalité psychique. L'espace, quant à lui, est à la fois l'espace psychique du sujet, l'espace de l'autre auquel vient s'insérer l'espace de l'entre-deux. Bref, nous pouvons dire que l'individu incarne une complexité inouïe de facteurs qui fondent, *in fine*, sa singularité.

## **La consultation, la rencontre**

### ***Tout commence par la demande de consultation***

C'est d'abord la demande du patient. Il est dans l'attente d'un soulagement, d'une réponse, d'une solution, d'un conseil, d'une conduite à tenir. C'est la première demande, donc tout est ici réuni pour faire de ce patient un parfait consommateur de soins. Faut-il répondre à cette demande explicite ? Nous savons que, dans la demande, tout ne ressort pas du contenu manifeste.

Lorsque le patient pénètre dans le cabinet du médecin, il a déjà consulté les écrans, il s'est procuré des informations sur Internet. Et le travail du médecin est rendu plus difficile car le patient retransmet ce qu'il a lu sur l'ordinateur, et non plus

nécessairement ce qu'il éprouve vraiment. Il va falloir que tout le savoir médical soit mis en œuvre : examen clinique, imagerie, biologie. Oui, il faut répondre à la demande explicite du patient, en tant que cette demande de guérison est une attente concrète que la médecine peut tenter de résoudre grâce aux moyens scientifiques et techniques qui sont les siens.

Mais la difficulté est que la maladie va faire entrer le patient dans un nouveau champ d'interrogations :

- Le pourquoi de la maladie ?
- La trahison de son corps ?
- La perturbation que génère le protocole de soins dans son mode de vie.
- Le regard des autres sur sa maladie.

Bref, l'ensemble des rapports qu'il entretient avec son histoire, avec lui-même, avec les autres.

Chacun de nous a rencontré ce malade qui évoque la similitude de sa maladie avec celle qui a fait mourir tel ou tel de ses ascendants. Et chacun perçoit qu'alors le patient est loin d'évoquer une simple objectivité génétique. Donc, le médecin doit pouvoir s'interroger sur la complexité de ce qui va advenir au patient.

### ***L'engagement clinique / humain du médecin***

Le médecin est interrogé en tant que sujet. L'engagement clinique suppose d'abord un engagement humain. Une rencontre a lieu au sujet d'une maladie, d'une douleur, d'une souffrance. Ce sont aussi deux moments de vie qui se rencontrent, à un instant donné, et dans un lieu donné. C'est la question de la relation qui est posée. Cela ne va pas de soi. Mais s'il n'y a pas d'engagement humain, pour autant n'y a-t-il rien ? Aucun engagement ? Aucun investissement ?

Dans le cadre de la consultation nous pouvons repérer diverses forces qui agissent :

- celles qui sont au service du soin,
- celles qui le perturbent,
- celles qui se sont installées dès le début de la relation,
- celles qu'il faut participer à installer.

1. Celles qui sont au service du soin :

- l'examen clinique,
- les éléments d'élaboration d'un diagnostic probable et la mise au point d'un traitement adapté.

2. Celles qui perturbent le soin :

- la personne peut douter du médecin, mettre en doute les choix du médecin, elle peut résister au savoir du médecin ;
- le médecin exerce sous une pression économique. Le temps qu'il pourra gagner en numérisant le dossier médical, en accédant à un dossier médical unifié, dématérialisé, en consultant des plateformes de médecine prédictive, ce temps gagné, le consacrerait-il pour autant à la rencontre singulière avec son patient ?

3. Celles qui se sont installées dès le début de la relation :

- la relation de confiance avec le médecin établie d'emblée.

4. Celles qu'il faut participer à installer :

- c'est l'effort de conviction du médecin, parfois considérable lorsqu'il se heurte à des personnes qui refusent le traitement.

Comme le dirait la SNCF, « attention un train peut en cacher un autre ». Les choses ne sont pas données d'emblée et cela nous

conduit vers ce que je vais vous présenter : la division du sujet. Le moi échappe à notre contrôle total.

## **Subjectivité et inconscient**

### *La division du sujet*

Lorsque je rêve, j'ignore le sens qui s'exprime dans ces images, à travers ces histoires. Cette impression de bonheur ou de malaise que nous raconte le rêve, son récit, c'est le contenu manifeste du rêve. Mais le contenu latent, caché, est très différent, le travail d'analyse dans le cadre analytique pourra permettre le décryptage de ce rébus.

Sans même aller jusqu'au rêve, chacun identifie dans sa vie quotidienne qu'il ignore le sens de ses obsessions, de ses tics, le motif de certaines de ses inquiétudes les plus diffuses. L'expérience du lapsus est connue. Dans ces instants, quelque chose de moi m'échappe. Le savoir est une chose, et nous rencontrerions peu de personnes persistant à nier l'existence de l'inconscient. Le ressentir est une expérience néanmoins troublante. Elle est troublante car elle subvertit notre fantasme d'unité du moi.

### *L'inconscient*

Le terme d'inconscient existe mais trop souvent pour le médecin, ce terme a une signification très limitée, uniquement somatique : il ne s'agit que de l'absence de conscience et donc de pensée. Une personne évanouie est dite « inconsciente », c'est une personne qui a perdu tout contact avec son environnement, qui n'a plus de lucidité. Au sens moral, le terme n'a pas un contenu

beaucoup plus large. On qualifie d'inconscient celui qui est irresponsable, qui ne se rend pas compte de ce qu'il fait.

Avant Freud, le clivage est simple : conscience = pensée, et en dehors de la pensée, l'inconscient est organique, ce sont tous les processus qui se déroulent dans le corps et qui fonctionnent en autonomie. Le clivage conscience / inconscience est simple.

Avec Freud, l'inconscient est inscrit dans une dynamique : nous vivons, nous éprouvons des émotions, des désirs, des représentations qui nous permettent de nous constituer.

Les choses sont aisément perceptibles à partir d'une expérience qui nous est commune, celle du rêve. Qui d'entre nous n'a pas été un jour stupéfait de ce qu'il avait rêvé ? Quelques-uns ont peut-être même écrit, le matin, le récit d'un rêve fait dans la nuit, et ressenti la stupéfaction quand, plusieurs jours ou semaines après, tout cela ayant été enfoui dans l'oubli, on redécouvre ces bribes de textes sans pouvoir croire qu'on ait pu en être l'auteur. Cette découverte de l'étrangeté en soi-même, c'est l'expérience de la découverte de la division du sujet.

### *La pensée inconsciente*

La constitution de la pensée inconsciente résulte d'un jeu de conflits. Ces conflits ont permis d'éloigner certaines pensées, certains désirs ou représentations qui peuvent être désagréables voire insupportables, et ceci afin de préserver notre intégrité psychique. C'est ce que nous mettons en place pour nous tenir vivants, vaille que vaille, tant bien que mal. La constitution de l'inconscient ne peut s'envisager que dans une perspective dynamique.

La clinique – si nous prenons la peine de la considérer au premier plan de notre pratique – nous éclaire à chaque instant.

Nous observons qu'il n'existe pas d'un côté la clarté et de l'autre l'obscurité. L'une et l'autre sont simultanément actuelles dans chacun des moments de notre vie quotidienne. Nous mettons en œuvre des mécanismes tels que le refoulement, la mise à l'écart, l'exclusion. Les désirs contradictoires qui résultent de tensions anciennes, conséquences d'un conflit psychique s'actualisent. Et ce, de façon particulière pour chacun d'entre nous.

La psyché est un champ de lutte entre tendances opposées, ce que nous nommons le conflit intrapsychique. Ce conflit est tout à fait subjectif : l'histoire, la biographie, le trajet personnel forment le terreau de ce conflit. Il s'agit d'un conflit singulier : les interprétations préétablies sont ce qu'il y a de plus étranger à la psychanalyse. Freud insiste sur la singularité de l'inconscient de chaque sujet. Nous sommes là car un jour nous sommes nés et donc confrontés à ce fait originel d'être né.

Puis nous rencontrons le langage, l'existence de la réalité, nous avons connu et connaissons l'obéissance, la révolte face à l'autorité. Ce monde de la parole nous préexiste. Nous sommes parlés avant que de parler, par exemple, il sera garçon, fille, il sera nommé Jacques, Suzanne ou Prosper. Dans ce monde, nous devons nous repérer, trouver notre place. Nous devons aussi – dans cet espace de la parole d'autrui – inventer nos propres phrases, expressions. Presque notre dialecte.

Nous traversons ces aventures. Ce sont des aventures identiques à celles vécues par autrui. Mais chacun de nous les vit dans un contexte différent, dans sa propre singularité. Dans quel pays, sur quel continent, dans quelle ville, dans quel village, naissons-nous ? Qui sont nos parents, notre famille, quel est notre milieu social, comment s'est déroulée notre vie infantile ?

C'est pas à pas, dans chacun de ces contextes singuliers que chacun constitue le tissu de son désir. Le désir en tant qu'il

témoigne de la dynamique qui nous permet d'aller vers ce que nous n'avons pas, c'est-à-dire *Désirer* et c'est ce qui nous fait vivants. Un de ces contextes privilégiés est la façon dont chacun est confronté à sa sexualité, c'est-à-dire confronté à la différence des sexes.

La sexualité est à l'origine des conflits qui permettent la construction du psychisme. La sexualité ne surgit pas *ex nihilo* lors de la puberté : ce n'est pas une histoire uniquement biologique qui surviendrait à un moment prédéterminé. Au contraire, elle résulte d'un processus complexe, élaboré dès la plus petite enfance.

Les phases successives de conflits fabriquent les représentations inconscientes, constitutives de notre psyché. La vie psychique est une vie dans le temps, dans l'époque dans laquelle nous vivons aujourd'hui. Psychiquement, nous vivons *hic et nunc*, c'est-à-dire qu'il existe une réactualisation dans le présent de représentations constituées dans le passé.

### ***La singularité dans la pratique médicale***

Il est nécessaire ici d'éliminer toute ambiguïté ; je ne vous parle pas de la singularité au sens que donnent à ce mot les transhumanistes, en particulier Raymond Kurtzweil, le patron de l'ingénierie chez Google et fondateur de l'université dite « des singularités ». La souffrance physique, les émotions, la colère, la peur, la joie sont évaluables, voire localisables, dans les circuits cérébraux, repérables par les modifications des neuromédiateurs.

Or, plus la science gagne en pertinence, plus un discours scientifique sur la réalité se substitue à la réalité. Et lorsque les êtres s'identifient au discours qui est tenu sur eux, lorsque, par exemple, le patient s'identifie à sa maladie, ou le médecin au discours médical, l'identité de chacun se dissout. Les avancées de

la recherche progressent tellement que la conception de l'homme en est bouleversée : le corps ne serait plus qu'une machine dont il suffirait de réparer les pièces en cas d'avarie. Mais la force des sentiments et l'intensité de l'activité psychique balayent ce bel ordonnancement mécanique ; il ne peut y avoir de séparation entre corps et esprit.

Ce que l'être vit, ce n'est pas ce qu'une observation médicale a codifié, c'est son identité d'individu. Et cet individu est différent d'un autre individu qui présenterait pourtant la même pathologie. C'est cette différence qui doit orienter la pratique médicale.

### **Réinventer la pratique médicale autour de l'unité de la personne**

« D'abord ne pas être nuisible au patient » : nos professeurs nous enseignaient cela comme un précepte. Dans sa pratique quotidienne, le médecin ne doit jamais s'écarter de ce précepte. Le souci de la clinique, la prise en compte de l'histoire de la maladie, l'examen somatique permettront au médecin de ne pas être prisonnier des techniques ou de ce que peut dire et demander le patient. Et, de cette manière, s'ouvre en outre au médecin la possibilité de mettre en œuvre une pensée clinique, et de donner un sens à sa pratique.

Or, le cadre de cette pratique s'est profondément modifié, sur de multiples plans bien sûr, mais sur trois particulièrement :

1. De nombreuses maladies graves sont devenues des maladies chroniques. Les progrès considérables en cardiologie, cancérologie et autres spécialités augmentent l'espérance de vie des malades, jusqu'à transformer leur état en maladie chronique. La prise en charge devient complexe.

2. Le travail de conviction du médecin auprès de son patient pour l'observance de la stratégie thérapeutique peut entrer en contradiction avec d'autres injonctions émises par l'environnement socio-économique : sécurité sociale, mutuelles, pouvoirs publics, opinion quelquefois, sites Internet souvent. Nous avons vu à quel point cela peut perturber l'engagement clinique, et très pratiquement cela consomme du temps d'exercice, aux dépens du temps à consacrer à la pratique médicale. C'est la disponibilité médicale qui est en cause.
3. Le médecin est confronté aux demandes du patient. Certaines peuvent être injustifiées. D'autres, au contraire, peuvent trouver leur justification. De tous temps, les médecins ont su s'adapter à ces difficultés. Mais la souffrance au travail revêt une réalité nouvelle et la demande d'arrêt de travail n'est pas toujours illégitime. Elle traduit simplement que sur le médecin se déportent des difficultés qui devraient être résolues dans le monde du travail. N'est-ce pas d'ailleurs ce que soulignait la ministre de la Santé lorsqu'elle s'interrogeait récemment : « Jusqu'à quand l'assurance maladie palliera-t-elle les défaillances du management au travail ? »

C'est donc bien de l'engagement clinique qu'il s'agit, en tant qu'il est un engagement humain. Cet engagement peut-il disparaître ? Cette question est l'un des enjeux fondamentaux de la médecine de demain. Sans doute faudra-t-il que le médecin ne sacrifie pas cet engagement à la technologie. Sans doute faudra-t-il qu'il sache préserver un espace clinique.

Et qu'il ne cesse pas de reconnaître l'espace psychique de la relation : ne pas prendre au pied de la lettre ce que l'on nous dit, savoir traduire ce que dit le patient. Pas simplement interpréter, car

traduire, c'est parvenir à un autre registre, une autre expression, une autre fécondité de la parole. Ce que le patient dit au médecin est vivant, et cela doit rester vivant et la parole tisse ce lien humain dans lequel le patient trouvera la force de supporter un traitement, d'affronter une maladie, surtout lorsque se profile le risque de la mort.

Il y a donc des symptômes, qui deviennent des signes cliniques, quand le médecin les interprète et les traduit. Par conséquent, la façon dont le patient les vit, la façon dont le médecin les distingue et les traduit pour faire le choix d'une action thérapeutique, voire d'un processus, est déterminante de son efficacité vers la guérison. Ceci peut modifier la façon dont le patient va vivre sa maladie en tant que sujet actif.

Ce processus thérapeutique est un chemin. Ce chemin, le médecin et le patient le parcourent ensemble, en recourant à toutes les technologies que la science met au service du médecin, mais aussi en surmontant ensemble toutes les embûches rencontrées, les déceptions, les découragements. C'est en ce sens que le médecin n'a pas simplement affaire à la maladie, mais aussi à la façon dont le patient vit cette maladie et son chemin thérapeutique.

Il y a donc deux scènes : celle du processus thérapeutique, et celle de l'intime. Et l'intime a toujours une coloration dramatique, donc romanesque. Il agit à l'insu du praticien. C'est bien l'intimité de la vie psychique qui fait l'histoire singulière de la relation médecin-patient, donc son humanité. Le médecin doit savoir que ce drame intime se déroule sous ses yeux. Le savoir peut l'aider, cela lui montre qu'il n'est pas tout-puissant. Et cette perception est apaisante, car la toute-puissance est anxiogène pour le médecin lui-même.

Le médecin est donc mis au défi de résister à la prévalence technologique dans son exercice. La tentation est de s'en remettre

uniquement à la technologie, voire bientôt peut-être à la médecine prédictive de l'intelligence artificielle en laissant de côté l'unité de la personne du patient. Le péril pour le médecin est de coller au texte. Doublement : au texte de ce que dit le patient, au texte de ce que dit la technique. Or, la lecture littérale n'est évidemment pas le meilleur chemin de la connaissance pour un esprit raisonnablement critique.

Mais tout n'est pas nécessairement négatif, et paradoxalement le progrès technologique et en particulier la révolution numérique peuvent conduire le médecin à interroger le sens de son métier et à recomposer sa pratique dans ses trois dimensions : scientifique, humaine et critique.

## **Conclusion**

Ces trois dimensions de la pratique – scientifique, humaine, critique – définissent une pratique humaniste. L'humanisme est il un mot désuet ? Il le serait si nous nous laissions emporter à réduire la personne à l'articulation de mécanismes physiologiques, à la succession d'états détachables, séparés les uns des autres, soumis à toutes les manipulations. Dans ce cas, nous aurions tourné le dos à la singularité.

La prise en compte de la singularité de l'individu est essentielle en médecine. La médecine se devra d'utiliser toutes les nouvelles technologies, mais elle ne soignera véritablement les personnes qu'en prenant la force du lien, dans chacune de ces personnes, du corps et de la psyché. À défaut, les progrès technologiques rencontreront leurs limites.

Ce qui est vrai de la maladie l'est aussi de ses suites. Après une maladie, la pulsion de vie de l'individu, lorsqu'il cherche

à émerger à nouveau du processus médical, ne relève pas de la technique, encore moins du commerce. Cela ne peut passer que par la parole. La relation au monde s'établit par le langage. C'est la parole qui permettra au patient de se désengager d'une perpétuelle quête de soin médical.

Le sujet n'est pas simplement un homme comportemental, il n'est pas réductible à une entité neuro-économique évaluable et prédictible. Le *Malaise dans la civilisation*, pour reprendre un titre de Freud, réside dans toute menace qui pèse sur l'espace psychique, sur la subjectivité, sur notre expérience intérieure. Ce peut être aussi le malaise dans la médecine.

La médecine de demain ambitionne de mettre à profit progrès scientifique et révolution numérique. Elle ne pourra y parvenir qu'en intensifiant parallèlement sa dimension humaniste. C'est-à-dire la pratique clinique de la singularité.

# **PAROLE DU SUJET, PAROLE DE POÉSIE : LA SINGULARITÉ EN ACTE**

**Paule PLOUVIER**

Devant les questions aussi précises que graves qui se posent dans l'exercice de la médecine, proposer une réflexion sur la poésie peut paraître futile, en tout cas elle ne s'inscrit pas d'emblée dans l'ordre de la nécessité immédiate qui est celle de la médecine dont la technicité, fruit de l'objectivité radicale de la science, est un des modes efficaces. Mais ce mode d'appréhension de la réalité, si utile, et encore une fois si nécessaire, peut engendrer une vision codée du monde oublieuse de la singularité des phénomènes et disposée à réduire les particularités qualitatives de ces mêmes phénomènes pour les enfermer dans des protocoles et des formules. Walter Benjamin a durement dénoncé la civilisation de masse technique et urbaine qui prive l'homme de la capacité de ressaisir son expérience sensible en quoi se joue la possibilité de la création aussi bien que de la pensée. Or, c'est la subjectivité sensible qui fonde la relation de l'homme à son être propre, relation que l'art et plus exactement la poésie, préservent. C'est donc dans l'espace de la singularité exemplaire de la poésie que je voudrais vous entraîner quelques instants, persuadée qu'elle est fondamentalement mise en relation à soi et au monde et que chacun, scientifique, psychanalyste ou médecin, peut s'y ressourcer.

Il est vrai que la poésie est un espace paradoxal, où la sensation gouverne, où l'intuition prime sur la rationalité, où le sens n'est pas explication mais jouissance et cependant, il faut le rappeler, la singularité poétique ne relève pas de l'extraordinaire, bien au contraire, car l'art a besoin de réel. Dans une perspective classique, on a longtemps assigné à la poésie un relevé de ton, une noblesse de langage qui la faisait « singulière », séparée du quotidien au point d'engendrer la figure comique du poète qui marche la tête dans les étoiles. Mais la leçon mallarméenne, qui condamne le langage de la communication et sépare l'or poétique de la menue monnaie des mots, ne doit pas mener au contresens d'un langage crypté et d'une fermeture aristocratique au monde. C'est dans le quotidien, au sein de notre monde technicisé et servi par un langage souvent impropre, que nos poètes œuvrent à retrouver la parole qui réenchante le monde et ravive chez le sujet le désir du vivre. Et c'est en me tournant vers eux « qui savent de nous plus que nous n'en savons », disait Freud, que je voudrais très simplement essayer de dégager ce qui permet d'espérer un élargissement de nos possibilités d'être, car « Parfois, nous affirme Char, le réel désaltère l'espérance, c'est pourquoi contre toute attente l'espérance survit<sup>1</sup> ». Mais que la pratique poétique de Char ait pour visée le surgissement « du réel inextinguible » n'en souligne que mieux la dichotomie qui disjoint le réel de la réalité. Le réel n'est pas une donnée immédiate. Entre réel et réalité une cassure s'est opérée qui justifie la plainte rimbaldienne « nous ne sommes pas au monde ». Or, si le devoir du poète est de requalifier le monde, ce devoir exige qu'il s'affronte à ce même monde rebelle et qu'il en éprouve les résistances et les pauvretés afin d'y convoquer la plénitude désirée. C'est dans la recherche de cette plénitude, du

---

1. Char, René, « Les compagnons dans le jardin », in *La Parole en archipel*, Pléiade, Gallimard, Paris, 1995, p. 382.

moins de cette harmonie manquée, comme on parle d'un rendez-vous manqué, que commence pour le poète l'interrogation sur les puissances du langage et sur leur rapport avec les choses. Sans doute est-ce pour conjurer l'étrange sentiment d'absence de réalité qui peut accompagner les mots que, dès le début du xx<sup>e</sup> siècle, Rilke recommande de laisser s'accumuler en soi lentement, patiemment, les choses, les saisons, les gens rencontrés. « Peut-être sommes-nous ici, écrit-il, pour dire maison / fontaine, pont, cruche, porte, verger, fenêtre » car « apparemment ici tout a besoin de nous ; ces choses éphémères / étrangement nous concernent, nous les plus éphémères<sup>2</sup>. » René Char ne signifie pas autre chose lorsqu'il affirme que « le poète s'appuie, durant le temps de sa vie, à quelque arbre, ou mer ou talus ou nuage d'une certaine teinte si la circonstance le veut<sup>3</sup> ». C'est bien de la vie sensible, de son immédiateté hasardeuse et charnelle, que naît la poésie, où état du langage et état du sujet sont liés en un rapport réciproque. Toutefois ce langage a sa logique propre et exige des pratiques qui vont à contre-courant de la recherche de l'efficace et de la technicisation de la pensée. Le poète y engage l'entièreté de son être et y joue son désir :

Traverser avec le poème la pastorale des déserts, le don de soi aux furies, le feu moisissant des larmes. Courir sur ses talons, le prier. L'identifier comme étant l'expression de son génie ou encore l'ovaire écrasé de son appauvrissement. Par une nuit, faire irruption à sa suite, dans les noces de la grenade cosmique<sup>4</sup>,

---

2. Rilke, Rainer Maria, « Les Élégies de Duino », Neuvième Élégie, in *Rainer Maria Rilke, Œuvres 2, Poésie*, Le Seuil, Paris, 1972, p. 369.

3. Char, René, « Pourquoi la journée vole », *op. cit.*, p. 374.

4. Char, René, « Seuls demeurent, XL », in *Fureur et mystère, op. cit.*, p. 165.

tels sont, résumés dans cet aphorisme charrien, les violents paradoxes de la création qui mettent en jeu la vie du sujet en prise avec le langage.

Car le travail sur la langue engage le corps, il en intensifie les sensations et exige du poète une écoute purificatrice des mots. Dans un de ses plus beaux poèmes amoureux, *Lettera amorosa*, Char adresse à sa bien-aimée cette injonction singulière. « Écoute mais n'entends pas ». De fait, chacun, sauf s'il est sourd, entend au sens le plus organique du terme. Il entend un bruit, une phrase, sans nécessairement y prêter d'attention car il est porté, en quelque sorte, par un dispositif de sens déjà prêt à l'emploi. Mais l'écoute est autre que l'entendre, c'est une expérience qui exige une suspension des significations acquises pour créer un intime espace de silence où vont pouvoir résonner les mots, phénomène dont les analystes, dans leurs meilleurs moments, font l'expérience. Arracher la langue à sa pétrification en formules pour la rendre à sa possibilité créatrice de parole s'accompagne donc d'une certaine expérience du corps, non pas la forme stable et bien définie du corps organique, mais bien plutôt le corps sans organes de Gilles Deleuze, traversé d'intensités, soumis à des stases énergétiques, déchiré de déflagrations. Un corps-monde pour qui la sensation est le mode fondamental de la participation, car ce qui nous attache au monde, c'est la possibilité qu'il nous offre d'être avec lui comme avec un vivant. Se noue alors entre le monde, le sujet et la langue cette équation paradoxale qui appelle à parole : le verbe se fait chair, et peut-on dire, en dehors de tout dogme, il habite parmi nous, équation qui peut être inversée avec Heidegger pour qui c'est l'homme qui habite le monde en poète. Mais toutes ces propositions sur le poétique, sa pratique, son sens, sont de pauvre secours si l'on ne se tourne pas vers les poèmes

eux-mêmes. Ils n'expliquent rien, ils ne démontrent rien, en eux le langage ne se sépare pas de l'être, ils *sont* ce qu'ils disent et *Le Bois de l'Epte*<sup>5</sup> de René Char, mieux que toute analyse, nous jette dans l'expérience de la perte de la sensation avant l'épiphanique retour du monde et de la parole.

En effet, coupé de la sensation, le corps est un instrument qui ne participe pas au monde, c'est là l'expérience mortifère que nous propose, en une phrase inaugurale, *Le bois de l'Epte* : « Je n'étais ce jour-là que deux jambes qui marchent. / Aussi le regard sec, le nul au centre du visage / Je me mis à suivre le ruisseau du vallon », « bas coureur », « fade ermite ». À la marche triomphale de l'aube rimbaldienne où, comme pour la première fois, se donne le monde, répond ici l'expérience inverse et mortifère d'une mécanique du corps que rien ne vient toucher : du sujet absent au monde, le monde s'absente aussi, ne laissant éprouver que sa pesanteur et, en quelque sorte, sa soumission à la loi de l'entropie qui se saisit également de l'espace et du temps. *Le Bois de l'Epte* qui ne sera nommé tel qu'en fin de poème, n'est tout d'abord qu'un espace quelconque, accolé à cet élément répulsif qu'est dans la poésie de Char, l'eau pauvre, l'eau que le courant ne vivifie pas, l'eau menacée d'assèchement, en opposition totale avec la fraîcheur dynamique et créatrice de la Sorgue. Ce n'est pas un paysage au sens pictural du terme, soit un tout ordonné et significatif susceptible d'éveiller une sensation d'accroissement vital, mais un espace abandonné à lui-même et dénué de sens, donné en un moment non moins quelconque du temps, « ce jour-là ». Il y a bien spatialité, mais sans direction, temporalité, mais sans tension affective. Et au vide du monde répond, selon l'inéluctable liaison causale que souligne le « aussi », le manque à être du sujet et son impossible jouissance. Aussi « l'œil sec, le nul au centre du

---

5. Char, René, « Le Bois de l'Epte », in *La Parole en archipel*, op. cit., p. 371.

visage... ». Il faut ici renouveler pour l'œil ce qui a été analysé à propos de l'oreille. Machinal, le regard n'enregistre rien, il ne voit pas, au sens grave et impérieux que donnent les peintres à ce verbe. La vision requiert l'œil, l'appelle et le subjuge au point que le sujet s'éprouve regardé autant que regardant, dans un lien d'échange qui inverse les relations sujet-objet. « Si l'œil n'était pas soleillant, il ne verrait pas la lumière », affirme abruptement le vieux Goethe. Et, de son côté, Cézanne devant la Sainte-Victoire s'éprouve entouré et contemplé par elle, « chaos irisé dans lequel je me perds ». Mais au corps-machine, coupé du flux vivifiant de la sensation, répond le gel du monde. L'irrigation du rapport de l'homme avec les choses est tarie et, avec elle, la possibilité de la parole. Or, l'abandon glauque dans lequel le poète du *Bois de l'Epte* se défait est soudain rompu. « Venus du mur d'angle d'une ruine laissée jadis par l'incendie / Plongèrent soudain dans l'eau grise / Deux rosiers sauvages pleins d'une douce et inflexible volonté ». L'instant de la sensation, pour répété qu'il puisse être, est nécessairement soudain, il est événement et son irruption, (au sens du *kairos* grec), advient par chance et se lève dans la vie du sujet comme une épiphanie en voie de surgissement continu.

Pour provoquer cette épiphanie qu'a-t-il fallu ? Rien, presque rien, (car la singularité ne relève pas de l'extraordinaire), simplement deux rosiers sauvages, mais si pleins d'eux-mêmes dans l'énergie de leur mouvement que cette vitalité convoque le sujet. Ces rosiers n'appartiennent pas au monde de la représentation, mais au réel en son ouverture. Le néant grisâtre de l'eau morte est réveillé par le « rauque incarnat d'une rose » qui vient à son tour « frapper l'eau » selon la bonne violence charrienne, et le « rauque incarnat » de la rose ne colorie pas la forme, il est lui-même une énergie explosive qui – incarnat, incarnation – se fait chair et appelle à parole : en ce

point, il y a unité du sentant et du senti, l'habituelle distinction sujet-objet qui nous soumet le monde en l'organisant selon un modèle de causalité et de tiers exclu disparaît. La force de l'apparaître est sens, elle ne donne pas parole, elle est parole en acte et, si l'on suit le déploiement de la ligne mélodique du poème, de proche en proche, elle « rétablit la face du ciel », « éveille au milieu des paroles amoureuses la terre » et pousse, en une tension retrouvée, le poète « dans l'avenir comme un outil affamé et fiévreux ». C'est à la pointe de la sensation, affinée par la pratique de l'écoute et du sentir, que le poète se reconnaît alors comme celui qui parle le monde dans la mesure où il est parlé par lui. Non pas le monde cartésien qui a été construit et décrit au prix du sacrifice du monde sensible, mais le monde des qualités substantielles, des « essences sauvages » pour le dire avec Merleau Ponty. L'émergence épiphanique des choses dans *Le Bois de l'Epte* se double alors de l'apparition du sujet qui s'ouvre à la parole : le langage est devenu nomination. Il a fallu cette immersion dans les choses du monde pour qu'à son tour, vivant dans le vivant, le poète subjective son expérience et puisse affirmer en clôture du poème : « De chacun, ne me traitez pas durement, j'accomplissais, je le sus, les souhaits ». En poésie, explicite encore Char, « c'est seulement à partir de la communication et de la libre disposition des choses entre elles à travers nous, que nous nous trouvons engagés et définis, à même d'obtenir notre forme originale et nos qualités probatoires ». La pratique poétique convoque cet instant, chaque fois inaugural pour le sujet, de la mutation de la langue en parole.

L'instant épiphanique du *Bois de l'Epte* peut-il être prolongé par une réflexion qui en expliciterait les spécificités et qui pourrait s'inscrire dans les controverses qui concernent actuellement le langage ? Dans la critique qu'il mène en 2006 contre la réification de la langue et l'universalisation du système des dispositifs, le philosophe

Giorgio Agamben y oppose la poésie, cette « opération linguistique » où la langue qui a « désactivé ses fonctions communicatives et informationnelles, repose en elle-même, contemple les puissances du dire et s'ouvre, de cette manière, à un nouvel usage possible<sup>6</sup> ». Ce geste de renversement qui vise à rétablir le versant ontologique du langage que le structuralisme s'est employé à nier n'est pas une utopie mais participe du retour à une réflexion sur ce qui produit du « sujet ». Dans le sillage d'Agamben, Yves Bonnefoy, en poète et en anti-platonicien convaincu, attaque la domination du concept au nom de cet autre régime de la langue. « Langage noir », « mauvaise présence », le concept exclut la part vivante et imageante de la psyché et nous abandonne à ce seuil que célèbre *Le Leurre du seuil* où l'on heurte à jamais « À la porte scellée / À la phrase vide / dans le fer, n'éveillant / que ces mots, le fer<sup>7</sup> ». De même que *Le Bois de l'Epte* nous menait de l'expérience du vide aux retrouvailles de la présence, en termes passionnés, Yves Bonnefoy ré-affirme la puissance nominative de la parole lorsqu'elle est arrachée au concept: « Que je dise feu, écrit-il, ce que ce mot évoque pour moi ce n'est pas seulement le feu que propose le concept, c'est la présence du feu dans l'horizon de ma vie, comme un dieu actif, doué de pouvoirs<sup>8</sup> » où, grâce aux mots patients et sauveurs « toutes choses simples sont rétablies, ici et là, sur leur pilier de feu ».

La parole nommante, dont la poésie entretient jalousement la puissance, lorsqu'elle parvient à se faire entendre, a un pouvoir guérisseur, les psychanalystes le savent bien. Elle libère les puissances désirantes de notre être, ouvre à l'avenir et favorise l'amour.

6. Agamben, Giorgio, *Homo sacer, l'intégrale*, Le Seuil, Paris, 2016, p. 452.

7. Bonnefoy, Yves, « Dans le Leurre du seuil », *Poèmes*, coll. Poésie, Gallimard, Paris, 1985, p. 257.

8. Bonnefoy, Yves, « La Poésie française et le principe d'identité » in *L'Improbable*, Essais, Folio, 1992, p. 248.

**UNE FEMME, UN GYNÉCOLOGUE,  
UN FACE À FACE**  
**Le souci éthique au défi de la médecine des  
recommandations**

**Gemma DURAND**

Lors de sa leçon inaugurale au Collège de France, Elias Zerhouni<sup>1</sup>, ancien directeur de l'Institut national de santé américain, place l'innovation biomédicale dans la chronologie suivante : après la création de l'univers, le premier big bang il y a 16 milliards d'années, deux autres phénomènes ont revêtu une importance équivalente. L'apparition de la vie sur terre il y a 3 milliards d'années, puis l'émergence de l'intelligence humaine il y a quelques centaines de milliers d'années. C'est cette dernière qui a déclenché la diffusion et la transmission des innovations au rang desquelles la santé qui occupe une bonne place dans le registre des besoins humains.

Nous connaissons ces innovations, nous connaissons les progrès du milieu du xx<sup>e</sup> siècle qui ont permis un allongement considérable de l'espérance de vie<sup>2</sup>. Nous connaissons les progrès

---

1. Zerhouni, Elias, *Les grandes tendances de l'innovation biomédicale au XXI<sup>e</sup> siècle*, Leçon inaugurale au Collège de France, Chaire d'innovation technologique Liliane Bettencourt, 20 janvier 2011.

2. Couhet, Éric, « #Médecine 6P, l'éclosion 3.0 d'un parcours de soins connecté », dans *3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> âge*, Connected Doctors.fr, 23 juin 2016.

de la fin de ce même siècle qui ont transfiguré le début de la vie. Mais ce à quoi nous assistons en ce début du XXI<sup>e</sup> siècle et ce à quoi les jeunes médecins sont déjà confrontés dans l'exercice de leur métier, différent du nôtre, n'est plus de l'ordre du progrès, c'est un total changement de paradigme quant au fait de soigner.

La médecine que pratique notre génération est ré-active, c'est-à-dire qui réagit face à un appel qui est le symptôme. Elle repose sur le colloque singulier. Elle traite une personne : nous l'appelons la *médecine de la personne*. Mais aujourd'hui nous tendons vers une nouvelle médecine : Elle est. pro-active, c'est-à-dire qu'elle agit en amont. Elle intervient en l'absence de symptômes. Elle va définir par des algorithmes les caractéristiques personnelles d'un individu de façon à prédire puis à prévenir. On l'appelle la médecine personnalisée.

D'où la préoccupation légitime du professeur François-Bernard Michel qui s'interroge, inquiet, face à ce nouvel art de soigner. La question est essentielle : du colloque singulier aux algorithmes de la pensée, les jeunes médecins pourront-ils encore prétendre soigner ou bien exerceront-ils un autre métier ?

### **La médecine de la personne**

La médecine que nous connaissons, celle que nous pratiquons, c'est la médecine de la personne. Une des raisons pour lesquelles la singularité y est essentielle, dit le philosophe Paul Ricœur<sup>3</sup>, c'est parce que la singularité est la seule retraite possible de la souffrance de l'homme. Le philosophe décrit cette médecine comme prudentielle, déontologique et réflexive :

---

3. Ricœur, Paul, « Les trois niveaux du jugement médical », *Revue Esprit*, n° 227 (12), décembre 1996, p. 21-33.

● *Prudentielle*<sup>4</sup>, car *prudentialia*, en latin, c'est la faculté de jugement. Le colloque singulier met en scène un patient individuel dans une relation interpersonnelle avec un médecin individuel. Le jugement médical repose sur la sagesse pratique qui, elle-même, résulte de l'enseignement et de l'exercice, avec une part d'intuition. Le patient se présente avec une plainte, que nous appelons un symptôme, et avec une promesse, celle d'écouter les prescriptions et de suivre le traitement. En face, le médecin propose un diagnostic puis un traitement. Ce qui s'installe dans cette rencontre, c'est une alliance. C'est le pacte de confiance. Et ce pacte inclut, poursuit Ricœur, une composante d'amitié. Le patient n'est pas substituable et il est indivisible. Ricœur insiste sur l'importance, dans cette scène qui est en train de se jouer, de l'estime de soi qui est, selon lui, le sentiment essentiel à protéger. Cette estime de soi par soi qui, plus que le respect, sera le fondement de la dignité. Mais ce pacte est fragile, car d'une part, le patient attend trop du médecin, d'autre part, il se méfie de l'excès de pouvoir du médecin.

● Donc cette médecine ne pourra pas fonctionner sur ce seul pacte de confiance, elle doit être *déontologique*<sup>5</sup> : Face à ces fragilités, il faut mettre en place des règles : c'est le contrat médical. Par lui, le pacte de confiance sera élevé au rang de norme, puis l'ensemble des normes seront universalisées. C'est le code de déontologie. Le secret médical fait partie du contrat. D'amitié, dit Ricœur, on passe à justice. Et c'est le passage de ces normes à l'universalité qui permet à la décision médicale de s'inscrire dans le champ beaucoup plus vaste de l'éthique médicale. Car ce sujet en demande, qui offre pudiquement ses symptômes, risque dans le

---

4. *Ibid.*

5. *Ibid.*

même temps de devenir objet, objet d'observation, d'investigation, d'expérimentation. Quel service hospitalier aujourd'hui ne garde pas un échantillon sanguin, une image pour une réflexion de recherche ?

- C'est sur ce premier front clinique-recherche que vont surgir les conflits. C'est là qu'est la justification de la bioéthique.

- Le deuxième front ouvrant à la fragilité est le front patient-santé publique : La santé publique intervient sur un grand nombre d'individus, la loi est essentielle à ses côtés et la bioéthique devient éthique légale.

Ce sont là les compromis indispensables au maintien de la dignité du patient. La personne humaine n'est pas une chose, pas une marchandise et la médecine n'est pas un commerce.

- Le troisième volet de l'acte médical, *la pensée réflexive*<sup>6</sup> vient parfaire le jugement médical – la *prudencia* – les règles qui l'encadrent – la déontologie – en apportant le jugement moral. C'est lui qui va donner sa valeur éthique à la décision médicale. Ce jugement moral appartient à l'éthique et, au-delà, à la philosophie. Il fait intervenir les notions de santé, de bonheur, il touche aux questions existentielles de la vie et de la mort.

C'est ainsi que notre génération a travaillé. Malgré l'emballlement des techniques et leur risque d'objectivation du sujet, malgré la fragilité de la clinique soumise aux aléas de la recherche, malgré les fragilités du patient face à la prégnance de la santé publique, nous avons tenté de maintenir, contre vents et marées, un jugement médical posé lors d'un colloque singulier, encadré par la déontologie et maintenu dans la morale par l'éthique et la philosophie.

---

6. *Ibid.*

## La médecine personnalisée

Mais notre art médical est en train de changer. Il s'extrait peu à peu du face-à-face, il déborde, il s'échappe de la relation duelle. Tout a commencé en 2000 lorsque l'on a pensé, aux États-Unis, pouvoir prescrire de façon plus sûre et plus efficace, à partir du profil génétique d'un individu<sup>7</sup>. Puis, en 2008, lorsqu'il s'est agi de classer les individus en groupes selon leur prédisposition à la maladie et leur réponse au traitement. Car il s'agissait de risques, bien sûr, risque de ne pas traiter si besoin, risque de traiter sans besoin, mais il s'agissait de coût bien sûr<sup>8</sup> ! D'ailleurs cette nouvelle médecine fut très vite surnommée, dès 2013, médecine 4P par analogie à un terme marketing : 4P c'était produit, prix, place, promotion<sup>9</sup>.

La médecine devient 4P : prédictive, préventive, participative et personnalisée. Prédictive, car lisant dans l'avenir, préventive, car intervenant avant la maladie, participative, parce que mettant le patient en place d'acteur au centre de la tragédie et personnalisée, car élaborée à partir des biomarqueurs dudit patient, ses gènes, ses protéines, ses virus, ses bactéries<sup>10</sup>. C'est ainsi qu'on la surnomme médecine personnalisée. Ça n'est qu'une question de codes, me direz-vous, il s'agit d'un autre langage, le symptôme a fait place au marqueur.

Cette médecine dite 4P, ou médecine personnalisée, s'est construite à partir de l'*evidence-based-medicine*, c'est-à-dire à partir de la mutualisation mondiale des statistiques médicales, grâce au jeu des algorithmes, maniés avec intelligence par la

---

7. Couhet, Éric, *op. cit.*

8. *Ibid.*

9. Damon, Julien, « Révolution numérique et médecine 5P », in *Paris Innovation Review*, janvier 2017.

10. Couhet, Éric, *op. cit.*

bioinformatique. C'est un calcul qui dira si tel patient est malade et depuis quand, à quels traitements il répondra et comment il évoluera. Ou bien s'il sera malade et si ses enfants le seront aussi. La question va être de savoir si cette nouvelle médecine va garder en son sein le bon sens clinique, ce jugement médical prudentiel, déontologique et réflexif, c'est-à-dire éthique et philosophique. Si elle va maintenir l'humanité de ce qui est en train de se jouer.

La médecine de la personne s'adresse à l'humain singulier. On dit d'elle qu'elle est humaniste. La médecine personnalisée tente de maintenir le patient au centre d'une scène dont il est un des acteurs, principal certes, mais pas seul. Il flotte entre des milliers de données médicales issues de milliers d'autres malades qui viendront élaborer pour lui sa décision médicale. Il flotte dans sa tragédie passée d'intime à universelle sous les yeux éberlués d'Hippocrate !

De médecine de la personne à médecine personnalisée, vous remarquez que nous faisons là dialoguer des antipodes sous un même vocable... personne et personnalisé, pourtant pas tout à fait semblables :

1. La personne, du latin *persona*, c'est le masque de théâtre<sup>11</sup>.
2. Personnaliser, c'est prêter à une abstraction les caractères d'une personne. C'est personnifier, chercher la personne<sup>12</sup>.  
C'est la *prosopopée*, du grec *prosôpon*, qui cherche la figure, le visage.

Entre médecine de la personne et médecine personnalisée, y a-t-il un hypocrite ? L'acteur de théâtre se dit en grec ancien *hypocritès*. Ce patient que la médecine place au centre de la tragédie de la maladie qui est la sienne est-il *persona*, le masque

---

11. Rey, Alain, *Dictionnaire historique de la langue française*.

12. *Ibid.*

des latins, ou *prosopopée*, la quête du visage des grecs, ce visage que le philosophe Emmanuel Levinas décrit comme la base de la relation ?

### **Le métier de gynécologue**

C'est par le biais de ma spécialité, la gynécologie, que nous pouvons tenter de percevoir plus concrètement cette façon dont la médecine s'est transformée, dont sont apparues les fragilités, les dangers et comment nous essayons au jour le jour de protéger la médecine humaniste à laquelle nous tenons.

Il était un temps lointain où Zeus pouvait enfanter sans femme à partir de sa cuisse ou de son crâne, un temps où les Amazones pouvaient devenir mères bien que vivant sans hommes. Pour les Grecs, la *moïra*, c'est le lot qui échoit à chacun, lot de fortune et d'infortune, accepté humblement. *L'hubris*, à l'inverse, c'est la démesure, la tentation de la toute puissance. Asclepios était le fils d'Apollon et de Coronis, c'est-à-dire le fils d'un dieu et d'une mortelle. Pour lui, la tentation de *l'hubris* était forte, il suffisait qu'il oublie sa part humaine pour se prendre pour un dieu. Après que le centaure Chiron lui eut enseigné l'art de guérir, Asclepios devint très habile, tant en chirurgie que dans l'art d'administrer des médicaments. Il reçut alors d'Athéna deux fioles, l'une permettant de rendre la vie, l'autre de l'interrompre.

C'est exactement ce qu'il nous est arrivé dans les années 80. Du jour au lendemain, nous assistions à l'intrusion dans la clinique de nouvelles techniques qui nous offraient une telle sensation de puissance que le vertige nous assaillait ! Nous nous trouvions du jour au lendemain maîtres de cette possibilité subite et inouïe d'interrompre la vie ou de la fabriquer. Nous portions, comme

Asclepios, une fiole dans chaque main. Nous les portions avec légèreté, forts que nous étions de penser que morale et progrès se confondaient...

Avec la contraception, puis l'IVG, était arrivé le temps des enfants programmés et aussi du désir programmé, on programme aujourd'hui les enfants mais on programme aussi le désir que l'on aura d'eux ! Puis est arrivé le temps de fabriquer l'enfant qui ne venait pas de concert avec ses parents. Amandine voyait le jour. Du jour au lendemain, l'homme s'est donné les moyens d'assister à la conception. Dans la nuit de l'origine, le regard humain a filtré, pour l'embryon, le voile de la pudeur est tombé.

À cette époque, les petits arrangements avec les questions du début de la vie faisaient loi, morale et loi se rejoignaient, tout ce qui était scientifiquement possible était moralement permis. C'était la norme scientifique qui établissait le bien, là où l'éthique des actions estimées bonnes, comme le dit Ricœur<sup>13</sup>, n'avait pas encore sa place. C'était un feu d'artifice de puissance. Et sous nos yeux, la vie et la mort se côtoyaient au gré de ce qui devenait le seul maître, le désir. Leurs fils étaient entre nos mains.

Nous voguions sur la crête de tous les possibles. Nous manipulions les gamètes, nous trichions avec les origines, nous rentrions dans ce temps intime de la conception dans lequel, disent les religions, seul Dieu est admis. Nous sélectionnions les embryons sur des critères subjectifs, nous les classions de malades à sains, nous les hiérarchisions de mauvais à bons. Nous trichions avec le déroulé du temps, désireux que nous étions d'implanter un embryon congelé dans le ventre de sa mère après la mort du père... Les embryons surnuméraires, ceux qui n'avaient pas été choisis pour intégrer le ventre de leur mère et devenir des petits

---

13. Ricœur, Paul, « Éthique et morale », dans *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990.

d'homme, patientaient, congelés, dans l'attente de jours meilleurs. Puis, au gré de nos envies, ils étaient implantés, ou détruits, donnés à la recherche ou encore offerts à l'adoption.

Et voilà que sans nous en rendre compte, emportés que l'on était par l'excitation ambiante, nous nous brûlions les ailes à la question de la dignité de nos patients et de leurs embryons, nous flirtions avec l'objectivation, nous nous heurtions à la prégnance de l'économie qui poussait vers des actions puissantes et toujours nouvelles, parfois déshumanisantes, toujours lucratives, nous nous rapprochions dangereusement de la marchandisation du corps offert à l'expérimentation, ou loué pour faire un bébé... Et peu à peu, sous nos yeux aveuglés, se fissurait le pacte de confiance : Peu à peu, nous nous éloignions de cette médecine prudentielle éthique et déontologique de Ricoeur<sup>14</sup>, de la décision médicale noble, celle qui restaure l'humanité là où la souffrance est passée.

En ce qui me concerne, j'ai été aux prises dans ces années-là avec plusieurs dossiers difficiles : quelques patientes, accompagnées de leur mari, leur embryon ou leur fœtus. Dans le huis-clos de nos bureau, face à ces gens effondrés à l'annonce d'anomalies, nous étions, à l'époque, seuls à décider du normal et de l'anormal, de la possibilité de poursuivre ou de la nécessité d'interrompre une vie, certes pas tout à fait bien formée, mais dont nul ne savait ce qu'il en serait de la dignité, de la fameuse estime de soi. Un couple de mes patients a choisi d'interrompre la vie d'un fœtus de 5 mois me disant que le temps qu'il avait fallu pour faire les examens et pour leur dire, enfin, que leur enfant était « normal », que ce temps avait été trop long et qu'ils n'étaient plus capables désormais de s'attacher à leur bébé. Peu de temps après, j'ai proposé une interruption médicale de grossesse

---

14. Ricoeur, Paul, « Les trois niveaux du jugement médical », *op. cit.*

à une jeune femme qui attendait son premier enfant dont on a su à 6 mois qu'il était porteur d'une malformation cardiaque grave, létale. L'interruption a eu lieu mais l'année d'après, tristement, elle m'a dit: « Vous savez docteur, si je l'avais laissé naître, si je l'avais prénommé, vu mourir puis enterré, j'aurais aujourd'hui le sentiment d'avoir fait mon métier de mère. Et j'irais peut-être mieux. »

Et pourtant, dans tous les cas, j'avais suivi les recommandations, j'avais travaillé au mieux de la pertinence des soins, au mieux de ce qui était fixé par les autorités de santé ! Devant mes yeux, il y eut de la brume, comme une perte de clarté. Je me suis posé la question d'interrompre mon métier lorsque le hasard a mis sur ma route un jésuite membre du Comité consultatif national d'éthique. Il a entendu mon désarroi et ensemble nous avons formé un groupe pluridisciplinaire de réflexion éthique, *Labyrinthe*. La bioéthique nous a offert un regard nouveau, une écoute, un discernement. Une façon de dissocier le possible du bon. Elle nous a aidés à analyser les situations pour lesquelles nous cherchions le bien, ou s'il n'apparaissait pas, le moindre mal.

L'homme a par nature une inclination à la vertu, dit Rabelais<sup>15</sup>. Face à un choix, il choisira le bien. Mais le bien de l'un n'est pas toujours le bien de l'autre. Ainsi sont venues les lois, ces lois de bioéthique sur lesquelles s'appuient les consciences, ces lois auxquelles parfois se heurtent les patientes car à l'ère où la science autour de l'embryon semble sans limites, il est dans l'air du temps de bannir renoncement et frustration. Or les cadres sont indispensables à la recherche du bien, du bien au sens de bienfaisance, du bien au sens de la morale, de ce bon dont parle

---

15. Rabelais, François, *Gargantua*, 1542, Paris, Gallimard, 2007, chap. LVII, « Comment estoient réglés les Thelemites à leur manière de vivre », p. 489.

Ricoeur<sup>16</sup>. Ce sont les limites qui ouvrent à la liberté, à l'inverse d'une action dégagée de contraintes, échappée. Pour mieux comprendre, envisageons quelques situations particulières.

### **La consultation de contraception d'abord est un temps très particulier**

C'est un temps intime tout en étant un immense enjeu de santé publique. *A priori*, elle semble parfaitement correspondre à la médecine 4P :

1. Elle est prédictive car une écoute suffit à prédire le risque.
2. Elle est préventive, la contraception, en amont, va éviter ce risque.
3. Elle est personnalisée car pour évaluer correctement l'équilibre bénéfice-risque de toute prescription, nous devons analyser les marqueurs génétiques, métaboliques, comportementaux.
4. Elle est participative car, durant cette consultation, il ne suffit pas de prescrire, il faut aider cette jeune patiente à s'autonomiser.

C'est plus qu'un acte médical, c'est un rite de passage, du passage d'enfant à femme, c'est l'entrée dans le groupe des femmes. C'est une consultation riche d'enseignements : physiologie, reproduction, contraceptifs, solutions de rattrapage, tout doit être expliqué. Mais le message ne semble pas enregistré. Il ne s'inscrit pas dans la mémoire.

---

16. Ricoeur, Paul, « Éthique et morale », *op. cit.*

À Montpellier, pour comprendre cet étrange échange, le professeur Jean-Louis Viala<sup>17</sup> et moi-même avons observé, il y a quelques années, un enseignement similaire. Nous avons informé des garçons et des filles de 15 ans à propos de contraception. Trois ans plus tard, à 18 ans, nous les avons évalués puis comparés à des témoins n'ayant jamais reçu ce type d'information. Nous avons d'abord analysé l'ensemble de ces jeunes ayant reçu, ou pas, une information au collège. Globalement, leurs connaissances dans ce domaine sont mauvaises. À 18 ans, ils n'y connaissent rien, ou à peine. Les 2/3 d'entre eux ont eu des rapports. L'âge moyen du premier rapport est à 16,7 ans pour les filles et à 15,8 ans pour les garçons. La contraception est mal utilisée. Les filles passent d'une méthode à l'autre avec des temps non protégés qui les séparent. Or la prévention de l'IVG, c'est la protection de tous les rapports. Donc nous décidons d'analyser non pas l'utilisation de la contraception mais le fait d'avoir eu, ou pas, un rapport non protégé (ou plusieurs) : 50% d'entre eux ont eu, au moins une fois, un rapport non protégé. Nous comparons ensuite les informés aux témoins, et leurs connaissances théoriques sont semblables, c'est-à-dire mauvaises. Comme si les nôtres n'avaient rien retenu de notre intervention. Leur sexualité aussi est semblable. Même pourcentage d'adolescents ayant des rapports, même âge au premier rapport. Pas non plus de différence quant à leur contraception. Ils n'ont rien retenu de notre passage et n'ont rien changé en apparence, mais le fait d'avoir eu, ou pas, des rapports non protégés est divisé par deux chez les informés par rapport aux témoins. Le message de prise en charge autonome et responsable est allé s'inscrire autre part, probablement dans l'inconscient<sup>18</sup>.

---

17. Professeur Jean-Louis Viala, Chef de service de Gynécologie-obstétrique du CHU de Montpellier.

18. Daures J.P., Chaix-Durand G., Maurin M., Viala J.L., Gremy F., « Étude préliminaire

« C'est la mélodie qui a compté, pas les paroles » avait dit le psychiatre Michel Ribstein<sup>19</sup>. Quel algorithme, quelle médecine basée sur les preuves pourra un jour remplacer la profondeur d'un tel échange qui emprunte ces circuits inouïs que Freud, le premier, a décrits ?

### **La seconde question envisagée concerne l'interruption médicale de grossesse,**

pour laquelle les recommandations de bonne pratique nous engagent, après un diagnostic d'anomalie chromosomique justifiant une interruption, à traiter ces patientes par les mêmes procédés que ceux des IVG. À moins de 12 semaines, la grossesse doit être évacuée par aspiration sous anesthésie générale. Mais l'embryon n'est pas ici ce grumeau de cellules dont parlait la théologienne France Quéré. Pour ces femmes en souffrance, l'embryon est enfant. Il est fils, ou fille. Bien souvent, elles souhaitent accoucher, voir l'embryon et l'enterrer. Nous devons savoir nous écarter de la médecine des recommandations qui fixe des normes dans un souci de santé publique. Car ce qui seul fait sens, c'est l'histoire. L'histoire d'une femme. De son mari. De leurs enfants mais aussi de leurs parents.

Il n'est pas nécessaire, dans ces décisions difficiles, d'accélérer les événements, pensant occulter la souffrance en la traversant rapidement. La question éthique a besoin de temps. « Les esprits

---

sur la prévention des interruptions volontaires de grossesse et des maladies sexuellement transmissibles chez l'adolescent par une information en classe de troisième », *Contr. Fertil. Sexual*, 1989, 17:1021-6.

19. D<sup>r</sup> Michel Ribstein, Chef de service de psychiatrie du CHU de Montpellier.

et les cœurs, dit Jean-François Mattei, d'une façon générale mais surtout en médecine, n'étaient pas préparés à ces choix éthiques<sup>20</sup>. »

### **Le troisième point se rapporte à la PMA**

Nous sommes souvent sollicités par des patientes pour une aide dans des démarches de PMA hors du cadre légal. Chez la femme seule, par exemple, ou bien chez des homosexuelles souhaitant devenir mères. À ce jour, en France, la PMA est réservée aux couples de sexe différent. Il m'est arrivé d'accepter d'aider, dans un élan, comme un élan d'humanité, totalement irraisonné : consultations, prescriptions, bilans, échanges avec la Catalogne ou la Belgique.

Ce qui fait question aujourd'hui, ce n'est pas la PMA chez une femme seule ou chez une femme homosexuelle. Ce qui interroge, c'est la raison pour laquelle il nous est arrivé d'accepter. C'est auprès du philosophe Pierre Le Coz<sup>21</sup> que nous tenterons l'analyse.

Lorsque l'on réfléchit, *a posteriori*, explique-t-il, à la décision médicale, on retrouve sa composante éthique avec son principe d'autonomie, son principe de bienfaisance et son principe de non-malfaisance qui déclinent un même impératif de justice fondateur de la relation médecin-malade. Mais, à cela, il faut rajouter l'émotion car l'éthique est toujours une affaire de sensibilité. L'émotion est nécessaire à l'éthique en tant que déclencheur de la préoccupation mais elle n'est jamais suffisante. Isolée, une émotion, comme la compassion par exemple, peut justifier un acte d'euthanasie, une PMA hors du cadre légal.

---

20. Mattei, Jean-François, *L'épée d'académicien de Jean-François Mattei*, Institut de France, Académie des sciences morales et politiques, 2016.

21. Le Coz, Pierre, *Petit traité de la décision médicale*, Paris, Seuil, 2007.

Une décision ne deviendra éthiquement justifiable que lorsqu'elle se décrochera de l'émotion. C'est « la révision émotionnelle ». Un travail de soi à soi. Voilà le stade que je n'ai pas su dépasser avec ces patientes. J'ai laissé la compassion, sous couvert d'humanité, prendre le pas sur l'éthique. J'ai triché sur un élan que j'attribuais à de la générosité. Or, l'humanité n'est pas là, elle n'est pas réduite à un élan, si généreux soit-il. Elle n'est pas la charité. Ni encore moins la pitié. Ni la compassion, ni la sollicitude ne participent au fond éthique de la dignité. Qui, nous l'avons dit, n'est centrée que sur l'estime de soi. Elles n'ont pas leur place dans la composante éthique de l'acte médical.

### **Le dernier cas se rapporte à la question du risque de cancer du sein**

Suspecté pour nos patientes au vu de l'histoire familiale, il est ensuite confirmé par l'analyse génétique, bien en amont de l'apparition d'un quelconque symptôme. La question posée par ce type d'annonce est triple :

1. Technique, puisque après la confirmation génétique d'un risque, l'avenir personnel ou professionnel peut être mis à mal par l'anéantissement de toute possibilité d'assurance solidaire. C'est ainsi que certaines femmes ne peuvent acheter un appartement ou un local commercial par défaut d'un emprunt bancaire depuis qu'elles connaissent la présence dans leur génome des gènes BRCA prédisposant au cancer du sein.
2. Thérapeutique, car il faut bien du courage au médecin pour accepter de traiter hormonalement la ménopause de ces femmes génétiquement désignées comme à risque alors que la privation œstrogénique, liée à l'âge, se fait cruelle,

empêchant de dormir, de se bien porter, de travailler, de sourire et parfois même d'aimer.

3. Éthique et déontologique, car la question cruciale pour nous sera de choisir entre dire ou se taire.

Certaines jeunes femmes reçoivent cette annonce après avoir enterré leur mère et leur grand-mère mortes d'un cancer du sein. Après leur avoir dit qu'elles sont porteuses du gène, on leur explique qu'au vu du risque qui est le leur et s'appuyant sur les résultats des études internationales, il a été décidé en réunion de concertation pluridisciplinaire – réunion de médecins et scientifiques penchés sur leur dossier et dont aucun ne les connaît – un protocole de surveillance strict jusqu'à 35 ans, les priant de faire leurs enfants avant, puis une double ovariectomie suivie d'une double mastectomie.

Le 4<sup>e</sup> P de la nouvelle médecine, le P de participative, impose de tout dire car le patient doit être, j'y reviens, l'acteur principal. Mais l'acteur principal ici, non de la tragédie de la maladie, il n'est pas malade, mais de la tragédie de la possibilité de la maladie. Cela n'est-il pas pire ? Comment se défendre contre l'inexistant, l'impalpable, comment lutter contre une probabilité ? L'annonce va enfermer dans un destin. Et le destin est tragique par la perte de l'indéterminé, par la perte de la page vierge ouverte à tous les possibles.

Dans le ciel bleu de l'insu, l'impossible à savoir, de l'invu<sup>22</sup>, l'impossible à voir, se dessine une forme noire qui large à jamais l'insouciance et la foi en la vie. C'est là, certainement, la pire privation de liberté. C'est la malédiction, du latin *malediction*, « la parole qui en appelle à la colère divine ». Terme qui a glissé

---

22. Causse, Jean-Daniel, « Entre voilement et dévoilement : une éthique du désir » in Badie, Marie-France, Heck, Michèle-Caroline, Monbrun, Philippe (éd.), *La fabrique du regard*, Paris, 2011, Michel Houdiard éd., p. 46-53.

ensuite vers le verbe *maudire*. Mais maudire, bien au delà de *maldire*, *maudire* comme *vouer au mal*.

Nous qui prétendons être médecins, peut-on imaginer un instant, dans l'acte de soigner, l'idée de maudire, de vouer au mal ce patient assis là, qui offre, sans contrepartie, le plus intime pour que puisse s'établir le pacte de confiance ? Ce pacte par lequel il croira en nous et par lequel il nous revient de croire en lui. Prévenant, prédisant, évaluant des séries, calculant, prédestinant, travaillant dans l'universel décroché du particulier et du singulier, ces trois niveaux de la morale dont les catholiques nous enseignent qu'ils sont indissociables, resterons-nous soignants ? La médecine des algorithmes est-elle en passe de s'affranchir de l'histoire de la pensée ?

La médecine de la personne met en scène une pensée qui médite. La médecine personnalisée met au centre une pensée qui calcule. Le philosophe Martin Heidegger nous enseigne

... que la pensée qui calcule ouvre à des possibilités toujours nouvelles, riches en perspectives et plus économiques. La pensée qui calcule ne s'arrête jamais, elle ne rentre pas en elle-même. La pensée méditante est à la poursuite du sens. Mais la pensée méditante, isolée, flotte au-dessus de la réalité et n'a pas de contact avec le sol.

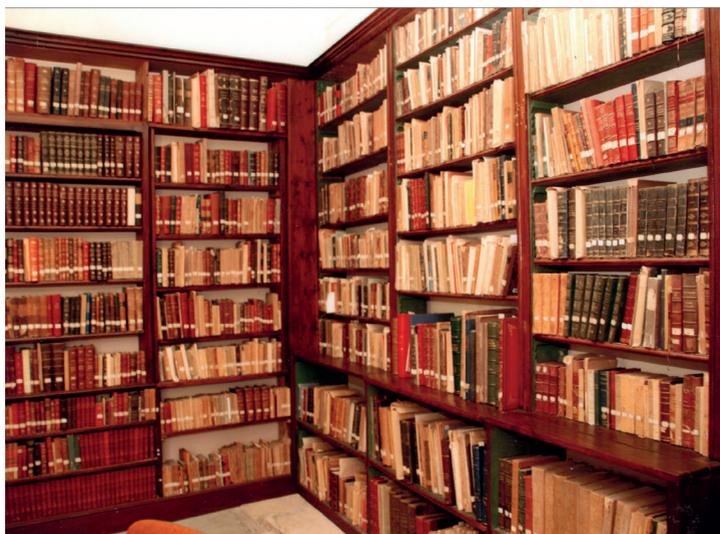
Nous ne pourrions poursuivre notre art que si nous associons la pensée qui médite et la pensée qui calcule. Notre métier d'ailleurs le dit au plus profond, le porte en lui : dans médecin il y a *med*, qui signifie à la fois méditer et remédier.

Dans le judaïsme, il est dit que tout acte médical sur la reproduction ne doit jamais priver l'homme de visage et d'histoire. Ce visage dont nous parlions, autour duquel la nouvelle médecine tourne, hésite, cherche. Cette médecine personnalisée, personnalisée de personnifiée, de *prosopopée*, de visage, de figure cherchés. Elle ne retrouvera en son cœur le visage au sens que lui donne le philosophe Emmanuel Levinas, ce visage sur lequel repose la dignité du sujet : Sans le temps offert à l'élaboration de la conscience, sans la mélodie de l'inconscient ancrée sur la confiance. Sans la question de la religion, le soin porté à l'estime de soi, sans l'attention à entendre en humanité sans compassion, sans pitié. Sans l'attention à considérer le patient dans la génération, porteur d'une histoire et engageant, avec lui, ses parents et au-delà ses grand-parents. Ses enfants. Sans l'attention à ne jamais enfermer une histoire dans un destin. Sans la philosophie, et l'éthique, *a posteriori*.

Notre héritage aux nouvelles générations de soignants sera de leur confier la médecine de la personne qu'il faudra pratiquer avec la médecine personnalisée, sans jamais laisser de côté ni l'éthique, ni la philosophie. C'est ainsi, cher François-Bernard Michel, que nous continuerons à dire, en accord avec Saint-John Perse, c'est bien de l'homme qu'il s'agit !



*Salle des séances de l'Académie de Nîmes*



*Bibliothèque de l'Académie de Nîmes*

# SINGULARITÉ EN GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE

Pierre MARÈS

## L'état des lieux

La médecine est désormais confrontée à de multiples contraintes technologiques (génomique, intelligence artificielle, *Home Test*, réseau de télémédecine, e-santé...) sans oublier la nécessité de répondre à des contraintes économiques de plus en plus fortes rendant ainsi la prise en charge médicale particulièrement complexe. Simultanément, les revendications exprimées par les usagers des systèmes de soins évoquent de plus en plus fréquemment les difficultés d'accès à un praticien, le manque d'écoute, d'attention, de disponibilité... Comment peut-on répondre aujourd'hui face à ces exigences apparemment contradictoires ? Il n'est pas possible d'envisager l'ensemble des questions soulevées, et nous allons essayer d'aborder quelques réponses susceptibles d'être proposées à travers la démarche de la consultation en gynécologie-obstétrique.

On peut considérer que le projet du médecin est de respecter d'une part, les recommandations de l'*evidence-based medicine* (EBM) afin d'obtenir le résultat thérapeutique le meilleur possible grâce à ces approches standardisées de la prescription et, d'autre part, l'attente de l'utilisateur et utilisatrice pour avoir un traitement adapté à son attente. Cet enjeu paraît particulièrement important puisque

les recommandations thérapeutiques données par les médecins sont malheureusement souvent peu ou mal respectées : on considère que, pour les patientes ayant un problème d'incontinence d'urine, 20% d'entre elles suivent leur traitement pendant un an seulement ! Et l'on sait par ailleurs que l'inobservance thérapeutique est une source de surcoût financier très important.

### **La pratique médicale**

La maladie est un moment de rupture. Elle met en rupture aussi bien la personne par rapport à son corps que par rapport à son image, à son environnement mais aussi par rapport à son histoire et au temps qui s'écoule. Comment le médecin, par ses mots et par son attitude, peut-il rétablir ce lien rompu ? Ou est-ce seulement le rôle du traitement ? Comment la pratique médicale peut-elle conduire à la restructuration de la personne et rétablir le lien rompu avec elle-même et la société ? De plus, on se trouve devant une nouvelle répartition des responsabilités avec une patiente, actrice de sa prise en charge et un médecin qui reste certainement le conseiller mais aussi et surtout le prescripteur et l'opérateur tout en assurant un accompagnement du suivi thérapeutique.

Ainsi réapparaît une notion, très ancienne mais indispensable : l'écoute. Écouter les symptômes, comprendre leurs sens pour faire un choix thérapeutique adapté et accepté par la patiente devient « paradoxalement » incontournable. Cette démarche permettra d'avoir une adhésion thérapeutique meilleure en luttant contre l'inobservance... Le médecin se trouve donc devant un challenge particulier qui est de permettre d'éveiller les questions que la patiente n'ose pas aborder de prime abord et ce, même en l'absence de réponse thérapeutique.

À ce stade, c'est-à-dire quand les mots ne peuvent plus être exprimés le médecin doit être attentif à l'écoute du corps, ce qui demande une attitude qui redonne confiance à la patiente. Cette écoute est une écoute active et dynamique qui va aller à la découverte de la question non dite et pourtant indispensable. À ceci s'ajoute l'effort de traduction des mots utilisés par les patientes en vocabulaire médical. La qualité des mots, l'attention à une nécessaire réinterprétation des phrases sont indispensables pour éviter les mots qui « tuent ou dévalorisent » définitivement. Cette approche ouvre la démarche de la communication non verbale qui met en jeu la qualité de l'environnement mais aussi le regard qui traduit l'importance que représente le patient pour le médecin voire le geste qui exprime une attention, un respect, tout ceci manifestant à la patiente l'intérêt qu'il lui porte et la valeur qu'elle représente en tant que personne.

***Peut-on avoir une parole crédible sans une communication non verbale sécurisante ?***

On mesure ainsi le challenge de la médecine moderne qui est de maîtriser l'ensemble des outils techniques mis à disposition et cette dimension personnelle et relationnelle pour apporter des réponses adaptées en fonction de chaque personne et surtout de la perception de chacune d'entre elles. Ceci implique à la fois un travail d'équipe, car on ne peut plus tout savoir, et la nécessité d'une relation personnelle et singulière pour une réponse spécifique...

***La haute technologie rejoint le travail en équipe et la relation personnelle***

Les nouvelles technologies peuvent être un obstacle, un leurre. En effet, l'échec de la médecine serait de se cantonner d'un côté

ou de l'autre, la technologie sans humanité ou le relationnel sans compétence médicale. Cette nouvelle façon de procéder devient indispensable car on est confronté à des pathologies de plus en plus complexes avec des découvertes de plus en plus rapides. Ceci implique un parcours patient avec des suivis qui doivent rester personnalisés et dans lequel le rôle du médecin coordonnateur sera d'éviter le morcellement du processus décisionnel entre les différents acteurs qui génère systématiquement du stress, de l'inquiétude et parfois un abandon thérapeutique par le patient.

Par ailleurs, une nouvelle notion est à prendre en compte qui est celle de l'élaboration du temps décisionnel. Avec les nouveaux outils de communication, les informations indispensables à un choix thérapeutique peuvent être acquises de façon très rapide et conduire à des décisions proposées dans un délai très court. Si ceci peut apparaître parfois comme un gain évitant de laisser les patients dans l'incertitude, il peut s'agir aussi d'une annonce vécue brutalement même si elle est faite avec attention car elle implique une rupture de la notion espace-temps. Chacun d'entre nous a besoin, face à une situation aussi spécifique que la maladie, d'un temps d'élaboration décisionnel variable auquel nous devons être très attentifs.

### **Quelques propositions**

Face à ces situations nouvelles, complexes, d'évolution rapide, quels sont les outils dont disposent les acteurs du monde médical pour répondre ?

**1. L'éducation et la formation au cours des études médicales** : L'école de Montpellier comme d'autres écoles ont toujours développé une tradition humaniste. Ceci a permis à côté de l'approche des techniques les plus innovantes de sensibiliser les étudiants, dont j'ai fait partie, à cette dimension relationnelle qui est tout l'intérêt de notre métier. En effet, chaque consultation devient non pas l'application *stricto sensu* d'une règle médicale mais la création, l'invention d'un schéma thérapeutique, certes appuyé sur les bases du savoir reconnu, mais adapté à la spécificité, à la particularité du patient. Ceci souligne l'importance de la singularité des deux acteurs dans cette situation dont chacun se doit d'être conscient : « Sans doute la formation universitaire (ou autre) fournit-elle les moyens conceptuels de s'expliquer sur ce qui se passe, sur les conséquences de son acte ; elle est incapable, par définition, de transmettre au clinicien ce qui fait sa propre singularité, avec laquelle il opère<sup>1</sup>. »

**2. Les techniques de simulation** : Celles-ci ont été développées pour permettre de préparer les acteurs du système de soins (infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes, médecins...) à cette attention particulière en évitant que leur part émotionnelle impacte de façon trop nette les choix thérapeutiques qu'ils pourraient proposer.

---

1. Sauret, Marie-Jean, « Singularité, indétermination : un enjeu éthique », *Le Journal des psychologues*, 2008/2, n° 255, p. 54-58.

**3. La mise en situation avec des professionnels du monde des arts :** Elle permet d'aider à améliorer une attitude d'accueil et des paroles adaptées à chaque situation.

Tout ceci reprend, redynamise la démarche classique qui est celle du compagnonnage auprès du médecin senior lors des consultations ou de la visite médicale dans les structures hospitalières ou les cliniques privées. Les plus jeunes pouvaient, côte à côte, avec un ancien se former progressivement à ces démarches d'écoute, de contact : prendre la main d'un patient ou d'une patiente, s'asseoir au pied du lit et prendre le temps de discuter... Toutes les simulations ne remplaceront jamais la réalité de cette rencontre qui ne peut pas faire l'économie de la dimension émotionnelle qu'elle peut induire aussi bien chez le patient que chez l'acteur de santé.

### **Les pistes de réflexion**

Les acteurs de santé sont actuellement en difficulté entre, d'une part, les contraintes des tutelles ou des structures qui veulent un rendement de plus en plus important. Ce qui impose des consultations de plus en plus ciblées avec, comme soubassement conceptuel, que les outils informatiques permettront à partir de mots-clés de donner à la fois la solution thérapeutique et la prescription efficace. Si ces outils permettront certainement d'éviter des erreurs diagnostiques et de cadrer de façon plus rapide les espaces thérapeutiques possibles pour nos prescriptions, ils ne pourront jamais gérer la part relationnelle, émotionnelle qui sera

toujours variable d'une personne à l'autre et d'un moment à l'autre entre l'acteur thérapeutique et le patient ou la patiente.

En effet, même l'utilisation des *big data* les plus sophistiqués, couplés à de l'intelligence artificielle, ne permettront pas de faire d'une médecine qui peut se dire personnalisée, une médecine de la personne. En effet, la médecine s'appuyant sur les biomarqueurs peut être personnalisée mais elle n'a aucun lien avec la médecine de la personne dans sa globalité qui ne peut s'exprimer qu'après que la propre perception du patient ou de la patiente aura été entendue. C'est ce qui rend la médecine toujours passionnante car elle doit être inventive lors de chaque rencontre en s'appuyant sur toutes ces informations. Il serait illusoire de croire que l'outil informatique pourra gérer des situations qui sont toujours en déplacement par rapport à ce qui a servi à en définir le contenu : comme l'exprime Didier Sicard, « le marché biotechnologique se nourrit d'une recherche prometteuse offrant un avenir radieux à l'être humain, mais paradoxalement finit par oublier la personne qui est l'objet de cette prédiction<sup>2</sup> ». Le danger de ces démarches, poussées à l'extrême, conduit souvent à un refus de l'utilisation des techniques (cf. les remarques sur les vaccins, la contraception...), incitant à une croissance de l'irrationnel qui procède très certainement d'une attitude trop exclusivement rationnelle.

Ainsi les progrès techniques peuvent-ils être abordés comme un risque, un défi mais aussi comme une chance de remettre la personne au centre de la prise en charge pour une thérapeutique adaptée et efficiente car utilisée par la patiente ou le patient. Ce qui en soit n'est qu'une étape dans ce que proposait Claude Lévi-Strauss : « Chaque progrès donne un nouvel espoir, suspendu à la solution d'une nouvelle difficulté. Le dossier n'est jamais clos. »

---

2. Sicard, Didier, « Médecine prédictive et examen des caractéristiques génétiques », *Le Quotidien du Médecin*, 2 octobre 2008.

Ainsi l'avenir de la santé ne se joue pas dans la peur des aspects économiques et juridiques même si « l'économie, la judiciarisation, la médiatisation des actions de santé sont devenues des moteurs incontournables de la transformation des pratiques<sup>3</sup> ».

Il est urgent de développer une intelligence éthique permettant d'aborder la complexification des données mises à notre disposition tout en mesurant les limites du savoir au moment où nous sommes. Car le fil conducteur de la prise en charge médicale reste de faire émerger, dans toute consultation, ce qui apporte de l'humanité même si certains annoncent la remise en cause de la notion d'identité humaine prévoyant qu'« en 2050 on parlera de quelques humains a-mortels<sup>4</sup> ». Cette réflexion sera toujours permanente, car « on ne peut accrocher l'humanité comme dignité d'être à respecter absolument un critère physiologique donné », comme l'écrivait la théologienne France Quéré.

## Conclusion

L'acte médical aura toujours à réinventer la place de la personne et des personnes, car peut-on parler de preuves scientifiques sans ajouter le mot incertitude et remise en question car, d'une époque à l'autre, les découvertes se succèdent. Peut-on imaginer que ces connaissances pourraient supplanter le savoir, l'expérience et le jugement qui se constituent à travers l'accueil, le regard, la parole, le geste, le temps, les rencontres...

Le vrai danger est peut-être « l'intégration des normes avant tout médicales et biologiques et l'affirmation des demandes de type

---

3. 2<sup>ème</sup> Journée des espaces éthiques, Marseille, Septembre 2005.

4. Harari, Yuval Noah, *Sapiens, une brève histoire de l'humanité*, Paris, éd. Albin Michel, 2015.

consoméristes concernant la santé, la procréation, la vie et la mort, en oubliant la dimension humaine<sup>5</sup> ». L'acte médical reste donc un subtil mélange entre le domaine scientifique et le savoir faire relationnel. Ainsi on peut considérer que la première démarche thérapeutique au-delà de toutes les évolutions techniques restera celle d'une attitude, d'un regard, d'une attention partagés faisant comprendre au vis-à-vis qu'il a de l'importance... aux yeux du soignant et de la société. « Ce qui spécifie l'humanité, c'est que chacun de ceux qui la compose vaut par sa différence avec tous les autres<sup>6</sup>. »

---

5. Citation extraite de Gavarini, Laurence, « Experts et législateurs de la normalité de l'être humain : vers un eugénisme discret », in J. Testart (dir.), *Le magasin des enfants*, Paris, François Bourin éd., p. 157-180. Laurence Gavarini est D<sup>e</sup> en lettres et sciences humaines, et psychanalyste.

6. Sauret, Marie-Jean, *op. cit.*

**RENCONTRES AVEC LA MÉDECINE  
ET LES MÉDECINS**  
**Histoires de face, de dos et de profil,  
dans le désordre**

**Micheline POUJOLAT**

Quand le professeur Marès et le professeur Michel m'ont demandé de participer à cette journée, j'ai accepté sans hésiter. C'était une chance unique pour moi d'intervenir dans une rencontre sur la médecine. Mes rêves les plus échevelés ne m'avait jamais conduite jusque là ! Mes enfants ont pensé à une erreur, et l'un d'eux a demandé si leur père serait chargé de la traduction en espagnol : Parce que c'est lui qui est médecin, et moi je sais un peu d'espagnol.

C'est sûr, je ne connais rien à la médecine. Le professeur Michel m'a dit que cette journée de réflexion portait sur les médecins, profession mal-aimée. Alors là, je suis compétente, très compétente même. Je sais ce que c'est que d'appartenir à une profession mal-aimée. J'ai été professeur pendant plus de trente ans, avouez que c'est une référence.

Et en plus, depuis bien plus de trente ans, j'ai participé à un nombre impressionnant de dîners entre amis. Nous avons des amis charmants, agréables, amusants, intelligents, de vrais amis, la plupart sont médecins d'ailleurs. Et vous savez ce que font deux médecins réunis ? Ils parlent de médecine. Que font

quatre médecins ? Quatre médecins, c'est la moyenne basse de nos dîners, quatre médecins réunis parlent encore de médecine, et sont toujours d'accord sur un point, et c'est dur, c'est presque un miracle, de trouver un point sur lequel plusieurs médecins sont d'accord, n'est-ce pas ?

Là, ils sont toujours d'accord, ils disent et répètent à l'envi, que parmi tous leurs patients, les pires loin devant tous les autres ce sont... les professeurs. Les professeurs sont les gagnants sans aucune contestation possible, d'ailleurs je n'ose jamais contester. J'ai entendu cela tellement souvent que j'aurais presque fini par y croire, mais je résiste encore un peu et ce n'est pas le sujet d'aujourd'hui.

Le sujet d'aujourd'hui, ce sont les médecins. Je fais une petite parenthèse, je garderai pendant ces quelques minutes le mot médecin, je ne dirai pas soignant. Médecin est un nom et ce nom dit une identité. Et c'est une identité tellement forte que même, une fois que vous êtes à la retraite, on continue à vous appeler « docteur ». La mode du moment nous fait dire les enseignants, les apprenants, les soignants, les accompagnants, les aidants. Pourquoi s'arrêter en si bon chemin ? Est-ce que bientôt les clients des magasins seront des achetants, et ceux des restaurants des mangeants ?

Je me demande si ce nouveau langage qui abuse des adjectifs verbaux et réduit les personnes à ce qu'elles font, au lieu de dire qui elles sont, ne contribue pas à leur enlever un peu de dignité. Il y aurait beaucoup à dire, ce sera pour une autre fois.

Je vous l'ai déjà dit, je ne connais rien à la médecine, mais je connais la vie de médecin, j'ai connu les gardes de mon mari, avant le téléphone mobile. Nous ne pouvions même pas quitter la maison. Je sais les exsanguino-transfusions qui duraient toute la

nuit. Je sais l'inquiétude pour les petits patients. Je pourrais faire une belle liste de sorties annulées au dernier moment. Je connais la vie des médecins et j'ai appris très tôt à les respecter.

J'ai vécu mon enfance dans un petit village de Gascogne, c'était il y a longtemps, je vous l'accorde, mais enfin c'était au XX<sup>e</sup> siècle. Parfois sur la route, on voyait une voiture arrêtée devant une maison. Avoir une voiture était même quand j'étais enfant, chose courante. La voiture dont je parle était toujours mal garée, ou pas garée du tout d'ailleurs, cela me perturbait. Je me demandais comment les gendarmes toléraient une chose pareille et je m'attendais à les voir arriver. Je m'attendais à ce que mes parents s'indignent, mais maman n'avait pas la même inquiétude que moi, elle disait : « Ah il y en a un de malade dans cette maison, c'est la voiture du docteur ! »

Le docteur était celui de tout le village et sa voiture était connue de tout le canton. Pas un habitant ne se serait offusqué de la voir mal garée, pas un gendarme ne se serait avisé de faire une remarque au propriétaire, ne parlons pas de PV. Un PV au docteur Montastruc, qui aurait osé ? Le scandale aurait été énorme, on en aurait parlé jusqu'à Toulouse, place du Capitole et dans les couloirs de Purpan, j'en suis sûre. Le docteur avait l'estime de tous et s'il n'avait pas tous les droits, il donnait assez de son temps à chacun pour ne pas en perdre à bien garer sa voiture.

Donc j'aime beaucoup les médecins, surtout l'un d'entre eux, et j'ai appris très jeune à les respecter. Pensez donc, quelqu'un qui en impose aux gendarmes, cela impressionne une enfant. Encore aujourd'hui, je vénère la mémoire du docteur Montastruc. Et maintenant je vais vous raconter des histoires d'aujourd'hui et je m'abstiendrai de toute précision médicale, pour deux raisons : ce n'est pas ma spécialité, je ne choisis jamais le bon mot, mon mari

vous le dirait, et ça tombe bien, ce n'est pas mon propos. Voici des histoires et voici le titre :

### **Histoires de face, de dos et de profil, dans le désordre**

Un jour en sortant du cabinet d'un médecin, un ami, j'étais un peu déçue, tout s'était fort bien passé, mais je ne l'avais vu que de profil, ses yeux étaient restés rivés sur l'écran de son ordinateur pendant toute la consultation. C'était il y a longtemps, il devait être tellement heureux de sa nouvelle acquisition, qu'elle occupait tous ses regards. Je ne lui en ai pas voulu, tout nouveau, tout beau, ce n'était pas trop grave, mais ce jour-là, j'ai eu l'impression qu'un troisième larron, l'écran, s'était interposé entre lui et moi et que quelque chose avait changé dans le monde de la médecine.

\*

Un autre jour, je suis allée passer une échographie. Le médecin, une jeune femme manifestement passionnée par sa spécialité, regardait l'écran et moi allongée, je regardais le visage du médecin, que faire d'autre ? Tout à coup son visage s'éclaire, elle est contente, elle cherche, elle est de plus en plus contente, elle a vu quelque chose, je ne la quitte pas des yeux, elle ne me regarde pas, elle regarde l'écran, plus elle est contente, plus je m'inquiète. Enfin elle parle, elle dit, ravie : « Je crois qu'il y a quelque chose, il faudra revenir », et elle me reconduit. Je sors, et sur le trottoir, je fonds en larmes.

Je suis privilégiée, un ami a refait l'examen. Il n'y avait rien. Tout le monde peut se tromper et deux vérifications valent mieux qu'une, mais l'air ravi était-il nécessaire, et si elle m'avait

regardée, au moins une fois, aurait-elle vu que j'étais moins ravie qu'elle ?

\*

Une autre histoire : Après avoir souffert toute la nuit et réveillé deux fois le généraliste, j'arrive un matin aux urgences. J'ai de la chance, je n'attends pas. Le médecin arrive vite, s'approche, me dépasse, je me lève et je commence à parler, mais j'entends : « Ce n'est pas la peine, j'ai vu votre dossier. » Toute une nuit à souffrir et je ne pouvais même pas raconter ! Avouez que c'est frustrant. J'étais frustrée mais obéissante. J'ai suivi, sans un mot, le dos d'une blouse blanche, tout en me demandant si je ne ferais pas mieux de rentrer chez moi et de laisser le médecin s'occuper en paix de mon dossier. J'exagère un peu et vous imaginez bien que je suis restée.

\*

Et puis, un jour, notre fils a été malade, c'était sérieux, deux interventions lourdes en moins de deux mois, et il en fallait une troisième, on nous avait dit : « Ce ne sera pas long, c'est une histoire de vingt minutes. » Nous avons attendu dans le hall de la clinique, une demi-heure, une heure. Les infirmières passaient, nous demandaient pourquoi nous étions toujours là, puis au fil du temps, elles passaient mais ne nous demandaient plus rien. Enfin le chirurgien paraît au fond du hall, en quelques pas, il est devant nous : « Je vais vous expliquer, dit-il, suivez-moi. » Il nous tourne le dos, nous le suivons jusqu'au fond du hall, ce hall fait des kilomètres, le trajet est interminable, nous voici assis en face de lui, il dit : « Votre fils va bien, tout est en ordre. » Et il explique. Il a

réalisé une prouesse technique, c'était plus compliqué que prévu. Il détaille l'intervention pas à pas, mon mari et lui se comprennent, moi aussi je comprends, je comprends qu'il a besoin de raconter, il a raison d'être satisfait et même fier de son travail, je lui en suis reconnaissante à ce moment-là et encore aujourd'hui. Mais si, par chance, il avait pensé d'abord à dire « votre fils va bien » et à dire après « je vais vous expliquer », je crois que j'aurais eu moins d'angoisse et je crois que le hall de la clinique aurait eu des dimensions normales. Qu'en pensez-vous ?

\*

Une autre histoire, si vous n'en avez pas assez. Maman était malade, hospitalisée à Paris, moi je travaillais à Nîmes. Je lui téléphonais tous les jours et suivant les cas, je la trouvais plus ou moins bien. Un jour, elle était très bien, elle était ravie, elle me dit : « Figure-toi que le docteur Varlet est passé, il s'est assis sur mon lit et il m'a dit : "Qu'avez-vous compris de ce que je vous ai dit ?" ». Ce jour-là, le médecin avait pris le temps, il avait même pris des libertés, s'asseoir sur le lit d'un malade, cela ne se fait pas, mais maman ne s'en est pas offusquée, au contraire. Elle était heureuse, elle avait eu une vraie visite, on l'avait écoutée, on avait même accepté qu'elle n'ait pas bien compris, elle pouvait le dire et on allait l'aider à comprendre. Cela n'a pas suffi à la guérir, mais elle s'est sentie bien soignée.

\*

Alors après toutes ces petites histoires qui m'ont aidée à réfléchir, du moins moi, vous je ne sais pas, c'est à vous de voir et, pour finir, que dire ? Je suis dans l'admiration devant les progrès

quotidiens de la médecine, devant tous les chercheurs et tous ceux qui trouvent et devant tous ceux qui guérissent aujourd'hui des maladies que l'on renonçait à soigner il y a cinquante ans. Je suis en admiration devant le dévouement de tant et tant de personnes dans les cabinets en ville, les cliniques, les hôpitaux. Les médecins scrutent les résultats d'analyse, les tumeurs, les radios, les dossiers, les myélogrammes, les gaz du sang, que sais-je encore ? Je n'ai pas de conseils à donner, mais il ne faudrait pas qu'avec tout cela les médecins en oublient de regarder les visages de leurs patients.

\*

Non les médecins ne sont pas mal-aimés, ils sont des techniciens admirables et ils ont tous les droits ou presque : mal garer sa voiture, ne pas la garer du tout, s'asseoir sur le lit des malades. Ce sont des exemples, vous l'avez bien compris. Ils ont tous les droits ou presque à condition de ne pas oublier que la médecine est aussi un art. Et si c'est un art, c'est aussi un art de la rencontre.

Quand mon mari était à l'hôpital, il faisait la visite le matin et, le soir, la contre-visite : Visite, contre-visite ! Ces mots sont magnifiques, est-ce que nous pensons à quel point la réalité qu'ils recouvrent est belle ? Rendre visite à un malade, j'espère que les médecins le font toujours et pas seulement en paroles. Une consultation, un examen, c'est toujours une visite. Peut-on se rendre visite sans se regarder en face ?

Faudrait il, pour être moderne, que la médecine coure après le temps à ne pas perdre, l'argent à gagner, les installations à rentabiliser au point d'en oublier de passer un peu de temps à regarder ou à écouter le patient ? Il y a, bien sûr, un risque, le risque de voir l'angoisse, la détresse, l'incompréhension, le risque de ne

pas savoir comment faire et de se sentir impuissant et ce n'est pas facile mais ce temps passé peut aussi contribuer à soigner.

\*

Est-ce que je peux lire un dernier texte ? L'examen n'est pas très agréable mais il n'y a pas d'inquiétude à avoir sur les résultats, un petit moment à passer sans plus ! L'infirmière et l'aide-soignante font de leur mieux pour rendre la chose supportable et même conviviale. Arrive le médecin, une femme, elle dit bonjour et se dirige sans tarder vers mon dossier qu'elle consulte tout en me posant des questions. C'est à peine si j'ai vu son visage quand elle m'a saluée, elle n'a pas de temps à perdre et depuis qu'elle consulte mon dossier, elle me tourne le dos. L'examen terminé, nous changeons de lieu, elle devant, moi derrière dans les couloirs, elle continue à me parler, je vois son dos. Dans le bureau, je vois enfin son visage, elle ne voit pas le mien, elle regarde l'écran de son ordinateur. Puis vient le moment de nous séparer, quand elle m'a dit au revoir, elle a souri, elle avait un très beau sourire, dire que j'ai failli le rater !

# L'ART À L'ÉPREUVE DE LA TECHNIQUE

Serge VELAY

Je remercie nos hôtes, la Ville et l'Académie de Nîmes, le président Audisio et les membres du comité d'organisation. Mes remerciements vont tout particulièrement à nos amis Nicole Lafont et François-Bernard Michel, qui ont dû déployer des prodiges de persuasion pour me convaincre de participer à cette journée de réflexion. À vos propos documentés et autorisés, j'ajouterai donc les considérations du profane.

Du profane parce que mon regard sur la médecine, c'est le regard subjectif, le regard partiel et partial du patient, du simple patient. Né au milieu du siècle dernier, j'ai été témoin de l'évolution de la médecine que vous décrivez. Il me suffit de dire que, étant enfant, notre médecin de famille ne répugnait pas à ausculter et à palper les corps, à goûter les urines et à poser des ventouses, avant de causer chasse ou pêche avec mon père, autour d'un pastis. À l'évidence, ce modeste praticien doué d'empathie avait fait sienne la recommandation de William Osler : « Écoutez votre malade, il vous donne le diagnostic. »

Mais du profane aussi, parce que l'épistémologie n'est pas mon domaine philosophique de prédilection et que l'analyse critique des sciences et des connaissances scientifiques n'éveille chez moi que de lointains souvenirs. Je risquerai tout de même une

remarque à propos des interrogations suscitées par l'importance croissante de la technique.

Il ne m'a pas échappé que l'argument de notre réunion se conclut sur ce pléonasme : « la médecine humaniste ». C'est dire que les lignes ont bougé, à tel point que les progrès de la technique et de la technologie pourraient mettre à mal cette conception de la médecine dont vous vous réclamez : « un art de la médecine » dont le trait principal consiste dans le respect du patient et dans la prise en compte des singularités.

Or le problème, parce que problème il y a, c'est que le singulier n'est pas, qu'il ne peut pas être l'objet de la technique. Parce qu'« il est privé de toute généralité et qu'il se rapporte à l'individu » – c'est-à-dire à « ce qui ne ressemble à rien ou à personne, et, métaphoriquement, à ce qui est seul de son espèce » –, le concept de singulier est par définition étranger à la technique. C'est pourquoi, à la différence de « la médecine humaniste », cette médecine nouvelle, que nous pourrions qualifier de « médecine technicienne » pour la commodité de la démonstration, a vocation à traiter des cas plutôt que des patients ; et c'est pourquoi, aussi, elle ambitionne légitimement de solutionner à terme même les cas les plus rares puisque pour la science, ce qui est rare ne relève pas de la catégorie du singulier.

Bien qu'elles ne se situent pas sur le même plan et qu'elles ne participent pas de la même logique, parce qu'elles poursuivent l'une et l'autre les mêmes fins, je ne crois pas que « la médecine technicienne » ait sonné la disparition de « la médecine humaniste ». À condition de dépasser la fausse opposition entre abstraction et singularités ; et de dissiper la rivalité stérile entre deux approches de la médecine, réputées incompatibles, pour tirer avantage de leur complémentarité.

\*

La lecture attentive de l'argument de notre réunion m'ayant amené à changer mon fusil d'épaule, il sera peu question dans mon intervention des singularités de Baudelaire et de Rimbaud. J'ai intitulé mon propos : *L'Art à l'épreuve de la Technique*. J'essaierai de montrer que la naissance du capitalisme industriel est allée de pair avec un processus de dés-individuation et d'effacement des singularités ; et comment, grâce au développement sans précédent de la technique, le capitalisme s'est emparé de la question du Beau et a mis l'esthétique au service de la production industrielle. Certes, comparaison n'est pas raison ; cependant, parce que l'avenir de la médecine est indissociable des progrès techniques, il m'a semblé que l'examen des mobiles, des circonstances et des conséquences de cette « guerre esthétique » était susceptible d'éclairer votre réflexion. Je précise que ma thèse, qui s'inscrit dans le sillage des écrits de Guy Debord et des situationnistes, emprunte aux travaux des tenants de la critique de la valeur.

\*

Apparu au XIX<sup>e</sup> siècle, le concept d'Art a entraîné à sa suite plusieurs questions : Qu'est-ce que l'art ? Qu'est-ce qui fonde l'unité de l'art ? Qu'est-ce qu'un artiste ? En quoi l'œuvre d'art se distingue-t-elle de l'œuvre artisanale ? Etc. Ces questions sont toujours au cœur de la réflexion des artistes mais il se trouve qu'on se les pose aussi ailleurs, hors de la sphère de l'art, parce que la question du Beau a été annexée par la production industrielle. À preuve, lorsque notre choix se porte sur tel téléphone cellulaire ou sur tel article de mode siglé, c'est parce que, *esthétiquement*, les

conditions ont été réunies pour séduire et emporter l'adhésion du consommateur que nous sommes.

Depuis Lascaux jusqu'à la révolution industrielle, la sphère symbolique, dont l'esthétique n'est pas la moindre dimension, est le domaine réservé des clercs : lettrés, religieux et artistes, leur rôle consiste à « raffiner l'œil » des princes et des pontifes. L'art, selon l'expression de Georges Bataille, a « une fonction somptuaire » : il est un surplus, quelque chose *pour rien* ; qui représente Dieu, le sacré ou ce qui est *au-delà*.

De même dans les sociétés magiques qui manifestent une réalité artistique à travers la confection d'objets profanes ou usuels à forte charge symbolique. En effet, si le chasseur primitif consacre plus de temps à ciseler sa flèche ou le manche de son harpon qu'à en façonner la pointe, c'est pour faire à l'antilope ou au phoque l'offrande d'un geste somptuaire. De son geste artistique le chasseur tire, non pas sa subsistance, mais son existence : par son offrande, il affirme ainsi sa présence au monde, et il le magnifie.

Qu'est-ce que la technologie ? C'est la technique qui produit des objets industriels à partir de modèles formels issus de la science. Alors que l'industrie manufacturière fait encore appel au travail de la main, au savoir-faire individuel et donc à la singularité du facteur, avec l'apparition de « l'usine du prolétaire », l'ouvrier devient le servent de la machine. Les traces de l'ouvrier s'effacent de l'objet, et l'objet devient le produit de la machine. Comme on voit, la révolution industrielle se traduit par la déqualification esthétique de l'ouvrier et par la standardisation des objets fabriqués ; mais encore par l'apparition d'une esthétique d'un type nouveau : l'esthétique industrielle.

Cette révolution n'a pas été sans conséquences aux plans philosophique, idéologique et social. La mort de Dieu, annoncée

par Hegel, Marx puis Nietzsche, inaugure « le devenir profane » du monde et elle précipite la naissance du socialisme et du matérialisme. Industrialisation galopante et développement tentaculaire des villes, apparition du prolétariat et des foules anonymes, tel est le monde désenchanté mais fascinant, qui donne naissance à l'Homme nouveau ; et à l'artiste moderne, aussi. Car c'est peu de dire qu'entre temps le statut et le rôle de l'artiste ont changé. L'art étant devenu pour la bourgeoisie un substitut de la religion, l'artiste aspire à œuvrer en son propre nom et pour son propre compte ; au surplus, il revendique un pouvoir séculier, ce que Walter Benjamin appelle son « pouvoir fétichiste ».

Aujourd'hui encore, le petit monde des clercs auquel j'appartiens se réclame volontiers de cette figure héroïque de l'artiste, héritée de la révolution industrielle et du romantisme tardif. À savoir : un créateur dont l'appétit de nouveau et l'attachement au sacré se combinent avec la haine du bourgeois et la nostalgie d'un temps révolu ; un « rebelle » qui, pour exister à ses propres yeux et pour ne pas déchoir, dresse le complexe de ses contradictions et le scandale de sa singularité contre un ordre violent qui l'accable, et qu'il faut changer. C'est pourquoi Courbet, Manet ou Cézanne, Baudelaire, Flaubert ou Rimbaud, sont les figures tutélaires des tenants de l'esthétique moderne et de la valeur somptuaire de l'Art.

Je suis de ceux qui, comme Pierre Michon, soutiennent que « la littérature est une forme déchue de la louange, de la prière ». Reste que se réclamer de ce credo relève du déni ; parce qu'en dépit des tentatives pour *re-somptuariser* l'Art (Dada, futurisme, surréalisme, Bauhaus ou encore Cobra), les « industries culturelles », selon la formule des philosophes de l'École de Frankfort, c'est-à-dire « les industries créatives » nées

des nouvelles technologies (photographie, enregistrement sonore, cinéma, etc.) ont proclamé la fin des avant-gardes artistiques et l'obsolescence de l'esthétique héritée de l'Europe chrétienne.

Force est de constater que, depuis lors, on magnifie les chefs-d'œuvre du passé et l'on contigent les artistes dans les musées, tandis que le marché de l'art spéculé sur les œuvres – « l'industrie muséale » étant le dernier avatar de ce processus (cf. Louvre d'Abu Dhabi). Autrement dit : pour les très fortunés, le privilège du somptuaire ; et pour les masses et les consommateurs, les séductions de l'esthétique industrielle, les grandes marques et les grandes surfaces, la publicité et le marketing.

Ce que les artistes de la première moitié du xx<sup>e</sup> siècle n'ont pas aperçu, c'est que l'esthétique serait le cheval de Troie du capitalisme industriel. Comme Freud l'avait pourtant montré, l'esthétique est la sublimation d'une fonction érotique et de reproduction qui ruse avec les interdits. En sorte qu'en s'appropriant la question du Beau, l'industrie a confisqué à son profit toute « l'énergie du libidinal » pour étendre son empire à tous les domaines de la société. Les mêmes causes produisant les mêmes effets, il n'est donc pas surprenant que la logique qui a entraîné la mort de l'Art, attende aujourd'hui à la vie même.

Les ravages de la violence esthétique généralisée sont trop nombreux pour en dresser ici le tableau complet. Je ferai néanmoins deux remarques : la première concerne la personne, le sujet ; et la deuxième, le langage, les mots.

Désormais, nous sommes privés du droit et du devoir de dire ce qui nous plaît et nous convient. Or, les blessures infligées par la violence esthétique au narcissisme de chacun sont autant de coups portés contre le « narcissisme primaire » et contre « l'estime de soi », qui, selon Freud, sont au fondement de l'ego et conditionnent

son équilibre. Je tiens que, paranoïa ou schizophrénie, le nombre croissant des psychoses et des passages à l'acte sont aujourd'hui la rançon de la violence esthétique généralisée ; et qu'en construisant une société d'« hommes blessés », d'individus frustrés, le système a construit rien moins qu'une société de candidats au suicide et de potentiels criminels en série.

Ma deuxième remarque concerne ce que nous appelons pudiquement « la crise du langage ». Sur ce plan-là aussi, je crains que nous nous perdions en conjectures aussi longtemps que nous refuserons d'admettre que, par son instrumentalisation, la violence esthétique attende aussi au langage. La perversion des mots et le processus de *dé-nomination* auxquels nous assistons, défigurent le réel et en occultent la complexité ; en sorte que nous sommes privés des moyens nécessaires pour distinguer le vrai du faux, le juste de l'injuste et le beau du laid. « Nous sommes une époque de basses-eaux », ironisait Gilles Deleuze. Pour le dire autrement : À pauvre époque, pauvres paroles ; et à pauvres paroles, pauvres existences et pauvres pensées.

\*

Sommes-nous pour autant condamnés à « vivre et penser comme des porcs », pour reprendre la formule de Gilles Châtelet ? Je ne crois pas. Mais alors, que faire ? Et que doit-on ne pas faire ? Une première erreur serait de nier cette réalité, une autre d'en appeler pour la conjurer à de vieilles recettes. Je ne bénis pas le capitalisme, ce système sans projet pour lequel « bonheur » n'est qu'un terme abstrait. Quant au messianisme révolutionnaire et au xx<sup>e</sup> siècle, qui fut le siècle de fer que l'on sait, c'est peu de dire qu'ils auront été avarés de lendemains qui chantent.

Face au « désenchantement du monde », et en raison de la conscience aiguë et douloureuse que nous en avons, la tentation est forte de pencher vers le négatif. À l'évidence, dénoncer le système, nous dresser contre l'industrie et contre la technique serait une impasse. Au demeurant, la beauté des machines n'est pas une insulte à la beauté du monde et de la nature. C'est pourquoi notre responsabilité est d'accompagner le devenir, de l'affirmer et le porter, au lieu de le nier, afin de transformer le devenir en avenir.

Nous devons pour cela repenser la question de la technique, en nous faisant les héritiers de la question radicale de l'esthétique et de la longue histoire de l'art et des idées. Cette responsabilité est d'abord la responsabilité de l'artiste ; c'est aussi celle du philosophe qui, sommé de repenser la question de *la vie bonne*, doit revisiter à nouveaux frais les catégories canoniques de la philosophie pour s'affranchir des vieux dualismes devenus caduques. Inventer des modalités nouvelles du « penser », telle est la tâche du philosophe après la catastrophe. Que peut la philosophie ? « Elle apprend, écrivait Ernest Renan, à ne pas vivre en aveugle au milieu de merveilles et des singularités qui nous environnent de toutes parts. »

J'émetts l'hypothèse que cette ambition et cette méthode valent aussi pour votre domaine. Comme François-Bernard Michel l'a montré dans *Le Professeur Marcel Proust*, ceux des médecins qui ont su appréhender Proust en tant que sujet complexe et singulier n'étaient pas en rupture avec la doctrine ni avec leur discipline ; ils s'en étaient simplement écartés à la faveur d'un pas de côté : rien qu'un pas de côté qui, en « désorientant la loi », rendit audible la parole et le corps souffrant de Marcel.

Sur les intuitions de l'Amateur, qui peuvent se révéler aussi pertinentes que le savoir du spécialiste, Roland Barthes fondait

justement son éloge : « L'Amateur, écrivait-il, est celui qui simule l'Artiste », pour ajouter que « l'Artiste devrait bien, de temps en temps, simuler l'Amateur ». Esquissant une « utopie de civilisation » à travers le personnage conceptuel de l'Amateur, Barthes ambitionnait alors de jeter les bases d'un nouvel « art de vivre ». Comprendre : un art de vivre *désaliéné* car faisant droit aux singularités. C'est-à-dire, tout bien considéré, rien moins qu'une invite à revivifier la tradition philosophique selon laquelle « il y a une indétermination rationnelle de ce qui fait la singularité irréductible d'un sujet » : ce que les Grecs appelaient son « charisme », les Latins, sa « grâce », et Vladimir Jankélévitch, « *ce-je-ne-sais-quoi* ».

Le projet est certes ambitieux, et les résultats plus qu'incertains. Cependant, renoncer à relever ce défi reviendrait à abandonner l'avenir aux aléas du devenir, à subordonner l'avenir à la violence d'un ordre qui, non content de nous avoir privés des mystères et du Beau, menace de nous faire sortir de la paix, de la liberté et de l'amitié. « Souvenons-nous de l'avenir ! », recommandait déjà Aragon. À quoi il convient aujourd'hui d'ajouter : « Ayons aussi des idées esthétiques ! »

# ÉVOLUTION DE LA PENSÉE MÉDICALE EN OCCIDENT

## Brève histoire

Étienne CUENANT

Dans l'Histoire en général et dans celle de la médecine en particulier, il n'y a pas de génération spontanée. Tout ce que nous faisons et la manière dont nous l'accomplissons vient de ceux qui nous ont précédés. Découvrir n'est pas inventer. Pour comprendre cette évolution de la pensée médicale, il faut avoir à l'esprit deux questions essentielles, toujours d'actualité :

- Le corps et l'esprit. Si l'holisme règne déjà chez les présocratiques et si les neurosciences tendent aujourd'hui aussi à l'unicité, la question de la dualité a longtemps prévalu au cours de l'histoire.
- L'effet et sa cause. Plus l'étiogénèse progresse, plus les causes deviennent des effets. Le problème de la causalité est loin d'être réglé, surtout si l'on sait combien il est parfois difficile de faire la distinction entre corrélation et causalité.

On peut distinguer par commodité trois périodes :

- De l'Antiquité à la Renaissance jusqu'à Montaigne, *où vivre c'est apprendre à mourir.*

- De la Renaissance à la révolution bernardienne *où vivre c'est découvrir la vie au sens biologique du terme.*
- Une dernière période plus contemporaine qui part du xx<sup>e</sup> siècle ou plus précisément depuis 1950, *où vivre c'est reculer la mort.*

### **1. La période d'Hippocrate (-460 à -370)**

La médecine hippocratique s'inscrit dans l'harmonie du monde et sa préservation :

- L'homme est un tout dans son milieu naturel et culturel, ce qui signifie : avant tout ne pas nuire, apporter du bien-être (physique et mental).
- Elle rompt avec le divinatoire et ouvre la porte à la rationalité.
- Elle énonce que les maladies sont somatiques et que tout ce qui se produit a une cause.
- L'approche du malade est complète : Interrogatoire, observation, examen physique. D'où l'on comprend que :
  - C'est une médecine expectante. Personne, pas même le médecin, ne peut avoir la prétention de changer le cours des choses, de la maladie. D'où l'importance du diagnostic pour étayer un pronostic.
  - C'est une médecine du bien-être et donc préventive. Les Régimes, l'exercice – dont celui sexuel –, la gymnastique tiennent une place de choix.
  - Mais cette médecine se fait hors du champ de l'anatomie, elle est donc conceptuelle et spéculative.

Différents mouvements de pensée apparaissent d'Hippocrate à Galien, notamment dans les écoles de Cnide et d'Alexandrie. Pour illustration :

- Les méthodistes ont le souci, à partir des observations diverses, d'isoler des communautés apparentes et de les classer. Ce qui deviendra la taxonomie puis la nosologie.
- Les empiristes pour lesquels la cause existe bien, mais elle est cachée, donc s'en tenir aux effets.
- Les dogmatiques pensent que seule la spéculation peut faire avancer la médecine.

Mais tout ceci reste sans effet sur le traitement. Heureusement il y a la pathologie externe pour passer du conceptuel au pragmatisme :

- Une luxation s'observe avant de choisir la manœuvre de réduction.
- Une strangurie (rétention urinaire) se palpe avant que la sonde ne soulage.

Avec Galien (130-210), la médecine progresse sans renoncer à ses bases hippocratiques. Galien est le chantre de la théorie des humeurs : sang, lymphe, bile (jaune) et atrabile (bile noire). L'équilibre des humeurs régit la santé et le déséquilibre la maladie. Ce système d'apparence désuet est plus intelligent qu'il n'y paraît, puisque l'individu seul est seul responsable de son état. Ces humeurs nous ont laissé les tempéraments que nous utilisons encore aujourd'hui lorsque l'on dit de quelqu'un qu'il est sanguin, lymphatique, bilieux, mélancolique (atrabilaire).

Galien énonce aussi que *la médecine possède deux jambes : l'expérience et le raisonnement*. Galien est déjà anatomiste

et commente certaines de ses expériences : section des nerfs, ligatures des artères et des veines, des uretères. Il existe quatre organes principaux en fonction de leur vertu :

- Le cerveau, pour la vertu psychique ;
- le cœur, pour la vertu vitale (se rappeler le thermocardiocentrisme d’Aristote) ;
- le foie, pour la vertu naturelle ;
- le testicule, pour la vertu générationnelle.

Au total, c’est une médecine qui met en place tous les fondamentaux utilisés de nos jours : observation, rationalité, causalité ; un début de recherche anatomique pour l’élaboration physiologique ; donc, on peut dire un excellent départ. Hélas, tout ceci reste en rade jusqu’à la Renaissance. Tout se joue ici entre la théorie (médecine) et savoir-faire (médecin).

La critique de cette médecine est évoquée par Montaigne qui la juge inefficace en raison de la dispersion de son pragmatisme et de sa rationalité. Comment s’y retrouver dans tout ce capharnaüm ? Il dit : « Hérophile loge la *cause* des maladies aux humeurs, Erasistrate au sang des artères, Asclépiade aux arômes invisibles, Alcméon aux variations des forces corporelles, Dioclès dans l’intégralité des forces corporelles et de l’air respiré, Strato dans la crudité et la coction des aliments ingérés, Hippocrate la loge aux esprits. » Il faut, selon lui, être son propre médecin, et affirmer que sa santé est sa propre volupté.

## 2. De la Renaissance à l'époque bernardienne

a) La Renaissance – qui, au sens vrai, correspond à un retour aux valeurs de l'antique –, c'est le triomphe du corps. Si Hippocrate avait détaché la médecine du divinatoire, la Renaissance va détacher le corps, l'homme du religieux. Le corps est parfait, à l'image de l'allégorie du corps parfait de la statuaire grecque (avec pour modèle *le Torse du Belvédère* d'Apollonios d'Athènes). L'homme est au centre du monde, du microcosme comme du macrocosme.

b) Ce corps parfait, c'est le corps de l'anatomie ; ce corps fouillé, exploré, exposé dans la *Fabrica* de Vésale (1550). Celui-ci montre le corps comme une architecture achevée, absolue. (On peut remarquer qu'entre 1550 et 1570 sont publiés trois autres traités d'anatomie d'envergure : Charles Estienne, Juan Valverde, Ambroise Paré.)

L'approche anatomique est la grande révolution de la médecine (que continue d'explorer aujourd'hui une imagerie de plus en plus performante). De l'anatomie des organes on passera à celle des tissus (de Bichat) puis à celle des cellules (de Virchow). Mais quand on a demandé à Vésale s'il avait vu l'âme, il a répondu que non et revoilà le corps séparé de l'esprit.

Voilà donc le corps démonté comme un puzzle, observé maintenant de plus près depuis la découverte du microscope par Leeuwenhoek, par Morgagni. Cette dimension de l'exploration anatomique associée à un début de pragmatisme expérimental ouvre la voie à la physiologie, alors que survient, dans ce contexte, cette autre découverte fondamentale, celle de la double circulation cardiaque (cœur-poumon) de Harvey en 1628. Cette découverte est aussi révolutionnaire que la découverte de l'héliocentrisme.

Dès lors, l'ancien monde s'effondre :

- Les solidistes l'emportent sur les humoristes, puisque ce sont les organes qui prévalent (pour illustrer : Bohr montre que l'urine vient de la séparation du plasma par le rein et n'est donc plus l'émonctoire des coctions).

- Le thermocardiocentrisme d'Aristote s'effondre lui aussi, puisque le cœur n'est qu'un muscle et la température du corps la même partout dans les vaisseaux.

Pour autant les problèmes fondamentaux ne sont pas résolus et réapparaissent les deux éternelles questions :

- Comment est régie la vie au sens biologique du terme ?  
L'homme est-il un tout ou la juxtaposition de ses parties, de ses systèmes ?
- Comment s'organisent la maladie et la réaction de l'individu à celle-ci ?

Autrement dit, *quid* de l'effet et de ses causes ?

c) Comment fonctionne l'individu ? La tentation de vouloir animer le puzzle selon les modèles mécaniques, chimiques est grande pour montrer que l'homme n'est que mécanique et/ou chimie :

- La iatrochimie (de *iatro* : médecine) prétend que tout est réaction chimique :
  - Paracelce (1483-1541) remplace les humeurs par le sel, le soufre et le mercure.
  - Wöhler (1828) fait la synthèse in vitro de l'urée, 1 ammoniac et 4 CO<sub>2</sub> : « le rein ne fait pas mieux ».
- Les iatomécaniciens énoncent que l'homme n'est qu'une machine et que le corps n'est que matière, rien que matière. À la différence de l'animal, selon Descartes,

l'homme possède bien une *res cogitans*. Plus encore, selon La Mettrie, la pensée n'est qu'un aspect de cette organisation mécanique complexe.

Baglavi en 1696 énonce tout ceci parfaitement : « Le corps humain considéré au point de vue de ses actes physiques, n'est au fond qu'un ensemble de mouvements empruntés à la mécanique ou à la chimie, quoique déterminée par des lois d'un ordre purement mathématique. » On remarquera qu'on est en plein dans cette médecine avec : son robot, ses algorithmes et l'intelligence artificielle.

Mais que tirent en pratique les médecins de cet ordre nouveau du matérialisme et du mécanisme : peu de choses. On commence à penser que c'est insuffisant et Stahl (1659-1734) énonce qu'« aucune intelligence de cet ordre n'est tutélaire au fonctionnement des organes ».

C'est dans ce contexte que naît le vitalisme de Barthez (1734-1806) qui énonce que l'homme n'est pas réductible à ses propriétés, ou à des lois physicochimiques et qu'il existe « un principe vital, simple faculté du corps humain, qui nous est inconnue dans son essence mais qui est douée de forces motrices et sensibles ». Barthez ne ferme pas la porte, le principe qui ne représente en rien une force surnaturelle ou transcendantale et que l'on peut nommer X, Y ou Z sera sans doute découvert un jour. Barthez, et c'est important, ne s'intéresse donc qu'à la question biologique et il dit clairement au médecin : ne vous occupez pas des causes, observez vos malades et traitez les au mieux.

d) Car la relation de l'effet à sa cause n'est toujours pas établie. La clinique a fait de gros progrès dans la description des signes, des symptômes, et le regroupement en maladies et ce grâce à l'Anglais Sydenham (1624-1689) et au Montpelliérain Boissier de Sauvages (1706-1767), auteur de la *Nosologie méthodique*, qui affirme que « l'art de décrire est le suprême art en médecine, tout pâlit devant lui ».

Mais ce raffinement de la clinique tourne sur lui même. Et comme l'explique très bien Michel Foucault dans *Naissance de la clinique* : la clinique poussée à ce niveau, c'est l'ère de l'histoire, il manquait quelque chose, il manquait la géographie que l'on découvre en ouvrant les cadavres et c'est l'avènement de l'anatomo-clinique.

À Montpellier, Raymond Vieussens (1641-1715), chirurgien à l'Hôtel-Dieu aurait ouvert près de 500 cadavres et Thomas Goulard (1697-1784), en ouverture de son *Traité sur les maladies de l'urètre* dit : « Persuadé que le meilleur des livres ne saurait nous instruire aussi solidement que l'ouverture des cadavres, je n'ai point négligé d'en ouvrir. »

Cet engouement pour l'anatomo-clinique est immense. Le revers de la médaille est que la maladie (et donc le malade) n'est reconnue que si on lui attribue une lésion organique. D'autre part, il ne faut pas confondre corrélation et causalité, ce qui a été à l'origine de nombreuses erreurs de jugement (et l'est encore aujourd'hui). Lorsque que Laennec (1781-1826) énonce que c'est la lésion de l'organe qui fait la maladie, rien n'est moins sûr, car la maladie peut aussi faire la lésion de l'organe. C'est déjà plus juste lorsque Bichat (1771-1802) dit que la lésion tissulaire détermine l'apparition des symptômes. Mais quand Broussais (1772-1838) affirme que « les phénomènes de la maladie et de la santé ne

différent que par l'intensité », il confond à l'évidence la cause et l'effet.

Pour autant, cette avancée scientifique, conceptuelle, n'apporte pas grand-chose aux malades et l'approche vitaliste qui s'occupe plus de traiter le malade que de fouiller dans ses organes garde de la pertinence.

### **3. C'est dans cette ambiance que Claude Bernard va tenter de fixer la causalité**

Il le fait en étudiant la physiologie qui est la base de la médecine expérimentale, laquelle est simplement la vérification expérimentale d'une hypothèse scientifique. Il fixe les bases encore utilisées de nos jours que je rappelle ici. Pour une expérience, il faut trois choses :

- Une idée préconçue ou préméditée ;
- décrire les conditions de l'expérience et la qualité de la méthodologie est essentiel ;
- puis il faut décrire les faits observés de façon impartiale.

Il y a deux formes possibles :

- La forme interrogative ou investigatrice : c'est celle où l'on ne sait pas et où l'on cherche à s'instruire.
- La forme démonstrative de celui qui sait et qui souhaite en convaincre un autre scientifiquement.

Enfin il y a deux façons de raisonner, de considérer un fait :

- celui qui est subjectif, c'est-à-dire conscient et certain (ce que Descartes nomme le fait *a priori*) ;

- celui qui est objectif (c'est-à-dire représenté dans l'esprit, conceptuel), donc inconscient et qui est expérimental (*a posteriori*).

Mais à cette réflexion implacable il y a toutefois deux biais importants :

- Claude Bernard n'a pas cru dans la loi du nombre et a ignoré la statistique ;
- et ce, en raison du déterminisme auquel il est très attaché : dans les conditions de l'expérimentation, de l'examen, un fait apparaît ou n'apparaît pas, ce qui, bien sûr, n'est pas juste.

Cet engagement dans la rationalité est un tournant dans l'histoire de la pensée médicale qu'elle dépasse largement puisque le naturalisme littéraire, celui de Zola en particulier vient exactement de là.

#### **4. Notre époque contemporaine**

Depuis 1950 avec l'arrivée des antibiotiques, de l'anesthésie profonde et maîtrisée, de la réanimation par l'alimentation parentérale, la médecine bénéficie d'un progrès asymptotique. Toutefois, rappelons ici la très grande importance de l'hygiène collective, particulière et médicale élaborée fin XIX<sup>e</sup> et début XX<sup>e</sup> qui a une part capitale dans ce progrès. Notre époque est marquée par plusieurs faits dont je retiens :

- Le retour du malade par le développement de l'éthique médicale avec, pour corollaire, l'émergence de groupes de malades qui vont prendre de l'importance et devenir de vrais relais à nos pratiques si elles vont bien dans le sens du malade (ce qui ne va pas forcément de soi).

- Le passage de l'aigu au chronique. Il y encore cinquante ans, tout l'enseignement et toute l'idée de l'engagement du médecin étaient basés sur la notion de l'aigu. Il suffit de se reporter aux questions d'internat des années 60-80 où tout était aigu : l'appendicite, le diabète, l'insuffisance rénale, le cancer etc. Il fallait toujours faire vite. Le progrès a phagocyté l'aigu et l'a chronicisé.
- Le corollaire est que nous passons d'une médecine verticale cloisonnée (dans laquelle est née l'hyperspécialisation) à une médecine horizontale transdisciplinaire où il faut que nous changions nos modes d'approches pour les autonomiser, quitte à être moins performants silo par silo. La verticalité et son chacun pour soi aboutit aujourd'hui à des malades qui prennent 20 molécules différentes par jour, ce qui n'a aucun sens ni aucun bénéfice.
- Enfin à côté de la Médecine s'est installée la Santé, ce qui a permis à l'Administration de s'immiscer dans les stratégies médicales en inventant d'ailleurs le concept fallacieux de soignant indirect. Malheureusement, en l'absence de réflexion philosophique sur sa mission et tenant les médecins à l'écart de celle-ci, elle s'est trompée. La Sécurité sociale comme l'administration hospitalière n'a pas su nommer ses « clients ».
- La Sécurité sociale : vendeur et acheteur de soins unique (ce qui est inique dans un monde ouvert). Au lieu de s'occuper de ses clients, c'est-à-dire des malades, elle s'en est tenue au contrôle médical et à la stratégie d'exercice du métier de médecin, de sa rémunération, sans se soucier nullement d'évaluer ces pratiques. Résultat, plus le temps avance plus le système se complexifie et moins les malades sont pris en charge. C'est à ce moment précis qu'au lieu

de se remettre en question, elle pense sa présence plus indispensable que jamais. On ne peut pas s'attendre à rien tant que le politique ne reprendra pas l'autorité en main et ne sépare le vendeur de l'acheteur de soins.

- L'hôpital, en voulant appliquer des méthodes de gestions managériales industrielles, a lui aussi tout confondu. Les clients de l'hôpital ne sont pas les malades mais les médecins qui sont les apporteurs d'affaires (le secteur libéral l'a mieux intégré). Au lieu de les considérer comme tels, on a organisé des sectorisations, des comités pour avoir la main sur les médecins. Tout le monde perd du temps au détriment du malade. La cerise sur le gâteau : l'administration s'est personnellement occupée de la gestion des urgences pour capter les malades et remplir les services avec les résultats désastreux connus désormais nationalement. La démotivation gagne tout le monde et la fuite des élites s'installe.

Il faut donc remettre le patient au cœur de la Sécurité sociale, non pas en se cachant derrière des filières mais en allant sur le terrain au quotidien. Il faut remettre le médecin au cœur de l'hôpital public. C'est au médecin d'élaborer les stratégies avec une administration pour les exécuter et non l'inverse : le fiasco se dessine quotidiennement.

Pour terminer sur une note plus médicale et pour bien montrer l'importance de l'histoire de la médecine, il est admis aujourd'hui par toutes les sociétés savantes qu'il n'y a que trois facteurs sur

lesquels on puisse agir pour freiner significativement l'incidence des maladies chroniques (toutes confondues) : 1) l'alimentation ; 2) l'addiction ; 3) la sédentarité.

C'est exactement ce que dit Hippocrate dans ses Régimes. On aurait pu le lire, l'écouter, le prendre au sérieux et le budget de notre santé s'en serait trouvé plus aise. On serait aussi bien inspiré de le suivre quand il énonce que l'approche du malade est complète : interrogatoire, observation, examen physique. La disparition progressive de l'interrogatoire et de l'examen clinique au profit d'un arsenal biologique et d'imagerie certes très performants, induit des errances diagnostiquées de plus en plus nombreuses et inadmissibles.

Longue vie à Hippocrate !

# RÉFLEXIONS CONCLUSIVES

**Jean-François MATTEI**

Le colloque singulier décrit par Hippocrate est le fondement de la médecine en lien direct avec le patient. Cette notion s'est peu à peu perdue au fil des avancées scientifiques. Je voudrais mettre l'accent sur deux réflexions à propos des deux faces de la médecine.

## **Première réflexion**

*C'est bien le rôle de la médecine de soigner et, si possible, de guérir, mais pas au prix de l'oubli de la personne dans sa globalité.*

Pour ce faire, la médecine a totalement investi le *CORPS*, au point qu'il est devenu, à la fois, le faire-valoir et le serviteur de la médecine. Au fil de la découverte des nouvelles technologies de la biologie et de l'imagerie, elle a créé son propre espace autonome, imposant peu à peu à l'humain son mode de pensée et ses contraintes au nom d'une bienfaisance annoncée et d'une efficacité parfois spectaculaire.

Le temps est aussi venu de la prévention au travers de recommandations en forme de nouveaux commandements :  
« Jamais ne fumeras, peu d'alcool tu boiras, chaque jour 30

minutes d'exercice physique tu feras, etc... ». À quoi s'ajoutent vaccinations, dépistages et autres mesures en tous genres, obligatoires ou recommandés.

En somme, à tout âge, tout au long de la vie, au nom de la finalité thérapeutique, le médecin a réduit la personne à un corps dont elle a fait son objet ! L'imagerie a fait des progrès prodigieux et a rendu inutile une certaine clinique symbolisée par la palpation. De même, la biologie moléculaire est à l'origine d'une nouvelle médecine dite *personnalisée* qui va bientôt permettre d'adapter les traitements aux caractéristiques génomiques des patients. Mais pour autant, il faut éviter le contresens : cette médecine « personnalisée » d'essence biologique n'est pas la « médecine de la personne » au sens plein du terme.

Pour résumer, « Mon cholestérol, Mon échographie, Ma coloscopie, Ma mammographie, Mon ADN,... voilà ce que je suis ! ». Autrement dit, ce qui surgit dans l'espace du réel, ce n'est plus le corps dans sa violence relationnelle, son dépouillement, sa misère, ce sont des chiffres et des images numérisées... Ces images qui parlent du corps en le censurant parfois puisque la plainte n'est plus recevable dès lors qu'elle n'a pas de traduction technologique objective : « Vous avez mal ? Mais ce n'est rien puisque tout est normal... ».

Or, ce transfert identitaire vers le corps est d'autant plus étrange qu'il s'accompagne de la plainte croissante des patients de ne pas être reconnus en tant que « personne » et de ne pas être entendus comme « personne » à part entière, chacune dans sa singularité, si différente de toutes les autres. Comme si la personne devenait jalouse de son corps, objet de toutes les attentions !

C'est cette personne qui revendique d'être considérée dans sa globalité et demande à avoir le dernier mot. Le mode d'exercice

de la médecine et son enseignement sont désormais fondés sur une connaissance objective dont le sujet en tant que personne est absent, d'où la nécessité de le faire réapparaître sauf à se perdre.

## **Deuxième réflexion**

*La personne doit reprendre sa place dans le colloque singulier.*

C'est la raison pour laquelle la loi du 4 mars 2002 sur le Droit des patients a été adoptée afin de replacer la personne au centre du combat qui la concerne contre sa souffrance et sa maladie. Cette loi redonne à la personne le droit sur son corps. Elle lui rend son autonomie et lui permet de reprendre toute sa place dans cette médecine technologique fondée sur des preuves.

L'*Evidence-Based Medicine* (EBM) est issue du positivisme et conduit à des résultats irréprochables parce qu'obtenus de façon scientifique. Mais attention à ne pas oublier la différence qui existe entre les grandes études où l'on raisonne sur des cohortes en comparant des groupes de « patients moyens », c'est-à-dire des êtres sans visage et, d'autre part, la vraie vie où le médecin soigne un patient assis en face de lui qui a un visage, son visage. C'est à ce moment que se produit la rencontre des visages que décrit si bien le philosophe Emmanuel Levinas.

Cela nous ramène à la médecine de la personne « singulière », fruit de la nouvelle relation thérapeutique dans laquelle la décision médicale est partagée au terme d'une triangulation entre les faits objectifs, l'expérience clinique du praticien, et les souhaits du patient. Pour une médecine singulière, il faut, à l'évidence, compléter les « *Guidelines* » par les « *Mindlines* ». Si l'EBM dit

« vous devez savoir que... », il faut apprendre à s'en dégager pour devenir plus expérimenté.

Dans un article sur *La simplicité et la complexité en médecine*, j'ai retenu une phrase très forte : « Lorsque j'ai vu la panique monter dans ses yeux, l'EBM est sortie par la porte et le confort était ce dont on avait besoin. Alors, je lui ai pris la main et lui ai dit que tout allait bien et que cela irait mieux dans quelque temps ».

À cet égard, il est intéressant de remarquer que deux prix Nobel d'économie ont été attribués en 2002 et 2017 à des chercheurs qui ont mis en évidence l'existence des biais cognitifs dans les raisonnements humains. À l'occasion de la remise du prix en 2017, on pouvait s'interroger sur ce choix au moment du triomphe apparent de l'intelligence artificielle. Il est sans doute un signal fort visant à réaffirmer que même face à l'émergence de l'intelligence artificielle, celle des humains est et restera la meilleure source de décision.

En somme, apparaît un nouveau paradigme : une médecine fondée sur la personne marque le début de la fin des recommandations qui se contenteraient de proposer une seule décision de nature algorithmique (à une question, il n'y a qu'une réponse). Il ne peut, et même il ne doit s'agir que d'une aide à la décision. Le praticien est désormais invité à mettre en œuvre la richesse de sa réflexion car la personnalisation du traitement est la pierre angulaire du succès.

Améliorer les pratiques médicales ne signifie pas les imposer aux patients. Le médecin ne doit pas céder à la tentation de s'imposer par ses connaissances, il doit gagner la confiance des patients et accepter leurs choix. On a pu dire que l'autonomie du patient implique le droit à l'erreur, aux regrets, aux choix déraisonnables...

Ce retour aux sources a déjà été formulé par Osler lorsqu'il dit : « Ne demandez pas quelle maladie a la personne, mais plutôt quelle personne a la maladie ». On se trouve ainsi devant un des dilemmes éthiques majeurs face aux progrès de la science.

D'ailleurs, Aristote dans son ouvrage *Métaphysique* écrivait déjà : « Quiconque acquiert la connaissance universelle, mais ignore le singulier contenu dans l'universel, se trompera souvent de traitement car ce que l'on soigne est singulier. »

Achévé d'imprimer  
sur les presses  
de l'imprimerie

MONDIAL *Livre*

www.mondial-livre.com  
04 66 29 70 86



Fabriqué en France

Pour le compte de l'Académie de Nîmes  
16, rue Dorée - 30000 Nîmes

Ouvrage publié avec l'aide de la ville de Nîmes  
et du Conseil Général du Gard



Dépot Légal : 3<sup>e</sup> trimestre 2018  
le gérant de la publication :  
Alain AVENTURIER  
Secrétaire Perpétuel