

Le défi de la médecine scientifique

Pierre Boitte (CEM)

22 mars 2002- Dans le cadre du cycle de conférences du CEM (Génopole Lille-NPC)

I.- La médecine comme pratique rationnelle

Comme pratique rationnelle, la médecine peut être définie comme marquée par la dominance de l'objectivité. Quelles sont les limites de cette caractéristique?

I.1.- Limites de la pratique rationnelle

Limites du rationalisme

En considérant le savoir biomédical comme un réalisme sous contrôle empirique, on a mis en évidence qu'un tel réalisme impliquait une construction rationnelle du savoir. Cette construction est en même temps portée par une visée d'objectivité, caractérisant chacune des trois méthodes identifiées : anatomo-clinique, expérimentale et clinique.

La clinique, l'expérimentation et la technique ont en effet toutes trois un certain rapport à l'objectivité la méthode clinique cherche à formuler objectivement le champ de la pathologie et à le rapporter à l'inscription des processus de dysfonctionnement dans les tissus et cellules ; la méthode expérimentale vise à décrypter objectivement ces phénomènes en cherchant à les interpréter dans le cadre du savoir jusque-là acquis ou à faire évoluer ce socle de savoir; les méthodes techniques participent elles aussi à la production d'une certaine objectivité en consolidant les capacités de l'expérience et en prolongeant le regard clinique tout en situant la médecine dans un milieu opératoire technique.

Ce faisant, le champ d'action est inévitablement défini comme un objet de connaissance, objet dont les aspects accessibles à la connaissance sont divers : le corps, le psychisme, l'évolution, la démographie, la construction sociale des images de la santé ou de la maladie.

Une telle entreprise d'objectivité implique une prudence : se garder d'une objectivation du sujet alors même que l'on met en oeuvre une objectivation méthodologique d'une des dimensions de ce sujet. C'est souvent cette vigilance qui animera la réflexion éthique à propos de la médecine.

La question du réductionnisme

L'étude des limites du champ de la médecine a mis en évidence la distance qui existe entre l'expérience vécue de la maladie par un sujet et la connaissance de la maladie objectivée, de même qu'il existe une distance entre l'expérience de soi faite par le malade et la construction des représentations sociales de la maladie.

La méthode réductionniste contribue à construire une certaine représentation de l'homme induite par ces méthodes de l'objectivité qui entretiennent avec sa réalité biologique et physiologique un rapport d'"interprétation opératoire" par lequel on comprend en agissant sur ce que l'on cherche à connaître. En même temps, se construit une certaine idée des pouvoirs de l'homme sur lui-même, sur les conditions bio-physiologiques de son existence. Mais il est important de mettre maintenant le savoir médical en relation avec la représentation que l'homme se fait, spontanément et culturellement, de la maladie, pour évaluer la pertinence des ambitions du savoir médical. En effet, il y a une distance

entre, d'une part, la réalité objectivée d'une maladie précise telle que la science médicale cherche à l'identifier et, d'autre part, la maladie telle qu'elle est vécue par le sujet (c'est-à-dire racontée, imaginée, rêvée, ou mise en scène). Quoi de commun par exemple entre la réalité du virus H.I.V. et le syndrome SIDA dont il est responsable et la manière dont H. Guibert raconte dans son premier roman sur le sujet comment, dès qu'il a connu le diagnostic de sa séropositivité, il s'imaginait qu'en le regardant les gens voyaient derrière ses yeux l'état de ses lymphocytes¹ ? Il y a donc une tension entre l'expérience de soi vécue par une personne malade et la représentation construite du rapport de l'homme à la maladie et à la santé.

Dans cette méthode réductionniste, l'une des questions centrales est celle de la causalité et de la maîtrise sur les phénomènes qu'on recherche à travers l'application de ce principe de connaissance. Le risque inhérent à cette méthode est celui de l'oubli de la complexité de la notion même de santé, comme celui de l'ambivalence de la notion de guérison. C'est ici que se pose la question de la responsabilité de l'être humain à l'égard de la santé qui n'est plus seulement un destin qu'il lui faudrait subir.

Ambivalence à l'égard de la médecine

Face à cette dominance de l'objectivité, F. Laplantine remarque que deux attitudes se développent à l'égard de la médecine. En effet, cette dominance risque toujours de conduire à opposer, dans les débats à propos de la médecine moderne, deux figures illusives de la médecine. D'un côté serait le "Docteur Miracle" qui serait une sorte de "Rambo de la médecine", pouvant tout ou presque tout; d'un autre côté, s'annoncerait le Docteur "Frankenstein" dont on se méfierait parce qu'il serait supposé détenir des pouvoirs susceptibles de transformer complètement l'homme. Ces deux figures sont illusives, résultant toutes deux d'une caricature du savoir médical autant que d'un oubli de l'objet réel de ce savoir : développer au mieux les moyens d'aider les hommes à traverser les maladies dont ils souffrent.

Or, l'anthropologie de la médecine met en évidence cette distance entre la maladie objectivée et la maladie vécue, invitant ainsi à une analyse critique des dominantes du savoir biomédical.

F. Laplantine², qui étudie les tensions existant dans notre culture entre les différents modèles de la souffrance qui y circulent, montre qu'à l'époque contemporaine la médecine est soit exaltée (dans les romans qui insistent sur le savoir, le pouvoir et le devoir; dans la littérature produite par des médecins qui valorisent les exploits de la médecine et en soulignent le caractère d'activité visant le bien public), soit dénigrée, comme le fait par exemple I. Illitch³, soulignant le caractère agressif de l'acte médical, se méfiant de la personne du médecin à cause de sa toute-puissance, et considérant la médicalisation comme une entreprise de dépossession sociale et individuelle.

Le risque dans un tel contexte est que se construise un cercle dont chacun des pôles renforcerait l'autre: positivisme médical - justification du scientisme / réaction humaniste - proclamation de l'anti-médecine.

Si l'on veut atteindre à une compréhension critique de la médecine, propose F. Laplantine, il convient de repérer deux postulats épistémologiques majeurs du discours et de la pratique en bi-médecine:

1/ c'est la pensée étiologique (c'est-à-dire qui interprète un phénomène en cherchant à identifier la cause) qui domine et demande à être critiquée;

2/ une certaine rigidification doctrinale et défensive vise à occulter que d'autres approches de la maladie peuvent venir compléter celle de la médecine "*une occultation stratégiquement revendiquée de la relation de la maladie à la société et à la culture dit malade et à Sun thérapeute*"⁴. Un juste rapport au savoir biomédical exige que l'on maintienne la tension entre ces trois pôles: maladie, société, culture, de sorte que place soit réellement donnée à la complexité de l'expérience vécue par un patient de sa maladie.

¹ GUIBERT, H. *A l'ami qui ne m'a pas sauvé la vie*, Gallirnard, Paris, 1989.

² LAPLANTINE, F. *Anthropologie de la maladie*. Payot, Paris, 1986.

³ Dans son livre *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Coll. "Techno-critique", Seuil, Paris, 1975, qui a connu un grand succès.

⁴ LAPLANTINE, F., «Anthropologie de la maladie», *Sciences Humaines*, 1991, n°12 (décembre), p. 26-28.

Mise en question de la rationalité de la cause

Lorsqu'on veut rendre compte de la pratique médicale moderne, on insiste le plus souvent sur la dimension rationnelle du développement des connaissances et des techniques de soin : c'est ainsi que la médecine se revendique comme pratique "scientifique". On peut donc, en un premier temps, s'interroger sur cet aspect de la médecine à la suite d'I. Stengers: «Ce qui m'intéresse n'est pas de savoir "qui" est le médecin, mais "ce que" cela signifie, depuis que notre médecine est moderne, d'être médecin : d'avoir affaire à un "corps souffrant", et d'y avoir affaire dans le cadre d'une pratique qui se veut rationnelle. Bref, que signifie, pour le médecin, le fait de relever d'une pratique rationnelle ? »⁵. Pour répondre à cette question, cet auteur souligne tout d'abord trois particularités de cette pratique rationnelle qu'est la médecine : a) il s'agit d'une pratique immémoriale d'efforts thérapeutiques, transmis sous des formes diverses; b) on est frappé par l'absence de moment déterminé signant le passage à la rationalité en médecine; c) l'enseignement de cette pratique précède de beaucoup l'apparition des sciences modernes.

Causalité et guérison

On pourrait dire, en quelque sorte, qu'on ne peut pas repérer de révolution des paradigmes en médecine, contrairement à d'autres sciences, même si la médecine a bénéficié des mutations du rapport au monde et à la connaissance inauguré par d'autres sciences. Actuellement encore, le médecin cherche toujours à se distinguer du "charlatan", alors que la distinction est établie une fois pour toutes entre, par exemple, l'alchimiste et le chimiste, ou l'astrologue et l'astronome.

I. Stengers indique cette question posée à la rationalité médicale en rappelant un événement de la fin du XVIII^{ème} siècle. Un médecin viennois, Frantz Anton MESMER, prétend qu'un fluide magnétique irradiant d'un baquet d'eau provoque des crises chez des malades réunis autour de lui et les guérit : son hypothèse est que ce fluide inconnu aurait une influence sur les humains et il pense pouvoir fonder ainsi une médecine scientifique sur ce principe (de manière analogique avec le principe de l'attraction universelle de Newton). Une commission d'enquête est chargée de vérifier cette hypothèse (Lavoisier, Benjamin Franklin font partie de cette commission). Malgré des efforts pour purifier les phénomènes, après s'être eux-mêmes soumis au fluide et y avoir exposé d'autres, ils ne peuvent trancher. Ils ont alors recours à un magnétiseur complice qui simule une magnétisation sur un sujet et on observe des résultats analogues à ceux observés autour du baquet. On peut en conclure que "le fluide sans l'imagination est impuissant, alors que l'imagination sans le fluide peut produire les effets que l'on attribue au fluide", et donc que le fluide n'existe pas.

Un tel épisode permet de tirer quelques conclusions utiles pour le propos critique sur la rationalité médicale:

- la guérison ne prouve rien: le but de guérir, poursuivi par la médecine, ne suffit pas à faire la différence entre la médecine rationnelle et le charlatan, ce dernier étant celui qui revendique ses guérisons pour prouver son autorité;

- le charlatan se réfère à un savoir selon le modèle de la vérité scientifique, fonctionnant sur le modèle de la cause. La question pour la médecine est d'opérer une critique de la causalité (cf. les questions posées par l'effet placebo);

- or, face à des phénomènes ou réactions irrationnels, la médecine moderne va considérer que le corps souffrant n'est pas un témoin toujours fiable, puisqu'il peut échapper aux efforts de rationalité que l'on fait à son sujet: face au souci d'objectivité, il faut laisser une place à la dimension subjective de l'expérience et même de l'évolution d'une maladie:

- l'expérimentation est la voie de la rationalité la plus fiable possible, mais on reste dans l'ordre du "pas encore"

- la médecine reste dans le champ de l'empirique, sans qu'on puisse rationaliser toute question: ainsi, par exemple, on n'a pas expliqué ce qu'il en est du "pouvoir de l'imagination" et de son mode

⁵ STENGERS, I.. «Le médecin et le charlatan», in NATHAN, T. ; STENGERS, I., *Médecins et sorciers*, Coll. "Les empêcheurs de penser en rond", Svnthélabo, Paris, 1995, p. 115-161 (116).

d'action sur la réalité d'une maladie.

I.2.- Pratique clinique plutôt que science appliquée

Nous avons jusqu'ici insisté pour montrer que la médecine, comme tout savoir, se définit, en partie au moins, par les méthodes. Il faut ici rappeler ce qu'on appelle un savoir: un socle de connaissances, une pratique, un système de relations avec plusieurs pratiques et d'autres champs d'action qui déterminent un champ de savoir (cf. Foucault). Une méthode est un mode d'approche, un outil logique grâce auquel l'homme entre en contact avec le réel, non seulement pour le connaître, mais pour le maîtriser (*La vérité médicale*, p. 228). Il faut ici souligner que la distinction doit être faite entre le réel (inconnaisable en soi) et la réalité qui est le résultat du regard porté par l'homme sur le réel. Réalité toujours plus complexe, abordée

par plusieurs points de vue différents.

Mais on dira que la médecine est une pratique clinique plutôt qu'une science appliquée, parce que c'est l'expérience clinique qui permet cette double critique du rationalisme et de l'application technique.

La méthode utilisée en clinique est celle de l'observation, mais d'une observation active, qui comprend à la fois l'observation des faits, leur interprétation selon un raisonnement logique, et la confrontation de cette interprétation rationnelle aux faits. C'est bien la différence entre l'empirisme non scientifique et l'empirisme scientifique, celui qui est requis par la méthode expérimentale. Sur cette base, on peut parler de réalisme (attitude ontologique impliquant, comme attitude épistémologique le rationalisme) sous contrôle empirique.

Ces réflexions soulignent que ce que l'on présente comme la réalité, parce qu'il s'agit de notre approche du réel à partir d'un point de vue précis, est toujours de l'ordre du jugement. En médecine, ce point est particulièrement observable lorsqu'on s'intéresse à la classification des maladies. Selon ce qui a été dit de l'approche du réel conduit à proposer de considérer que les maladies sont des constructions, raisonnées et basées sur un certain nombre de connaissances (en particulier, depuis l'usage de la méthode expérimentale, la connaissance des déterminismes physico-chimiques de l'organisme humain), mais constructions toujours révisables. Les classifications sont créées par l'homme à la fois pour ordonner les observations et hypothèses de connaissances acquises et pour se donner des moyens d'efficacité de l'action.

On peut ainsi dire que la clinique est un système d'interprétation méthodique ayant pour but de donner les moyens de déchiffrer le réel et de préparer l'action. Cependant, il faut insister sur quelques points. D'une part, la clinique s'appuie sur les acquis scientifiques fondamentaux. D'autre part, elle envisage la globalité de la personne soignée, à ce titre on peut dire qu'elle est holiste. De plus, ce qui est demandé au clinicien est d'agir pour que la douleur, la maladie, la mort à l'oeuvre cesse : le critère est donc celui de l'action et de son efficacité. Ceci met en place un paradoxe: le malade demande la guérison,

le médecin peut offrir, au mieux, un traitement, résultat de son interprétation de ce qui fait que le malade s'adresse à lui. La question est alors de savoir dans quel registre il va produire cette interprétation. "A la fois dictionnaire et syntaxe de l'ensemble de la pathologie (...), la clinique est une grille d'interprétation de la réalité pathologique, fondée sur l'observation et une certaine connaissance des mécanismes physiopathologiques"⁶. Ce qui définira, finalement, la clinique sera à la fois la syntaxe apprise (il faut apprendre à voir) et l'efficacité de l'action.

Ceci conduit à interroger la pratique même du clinicien qui, s'appuyant sur l'ambition d'une certaine rationalité, n'en développe pas moins une pratique essentiellement déterminée par la recherche d'efficacité, pas toujours fondée sur des connaissances assurées. Pour illustrer cela, on peut retenir ce qui, aujourd'hui, semble aux yeux du sociologue caractériser le "clinicien".

Caractéristiques de la profession de clinicien

Habituellement, la fonction du médecin⁷ est considérée comme "à part" parmi les autres professions. Cette distinction peut en effet se justifier par les deux arguments suivants : il s'agit d'une profession d'abord définie par sa *finalité de service*; ce rôle professionnel est "*socio-centré*" avant d'être "*ego-centré*". De plus, la profession médicale fait partie de ces professions - nous avons montré comment cela était apparu dans l'histoire de la médecine - qui sont *institutionnalisées par une société*. Mais il convient de remarquer que c'est le contenu technique, la compétence, qui fait l'objet de ce contrôle institutionnel de la part d'une société.

Cette affirmation signifie les points suivants:

- . Les médecins sont essentiellement recrutés en fonction de leurs *capacités*.
- . Ils exercent selon ce critère, considéré en *priorité* (c'est d'ailleurs sur ce critère que la société peut leur demander de rendre compte de leur pratique), plutôt que de prendre comme critère d'autres exigences que l'on peut avoir à leur égard (d'humanité, d'écoute, de patience, de sagesse ...).

⁶ LAMBRICHS, L.. *La vérité médicale, op. cit.*, p. 249.

⁷ Les réflexions qui suivent s'appuient sur FREIDSON, E. *La profession médicale*, Payot, Paris, 1984.

. Ces critères premiers sont donc des *critères de scientificité*; notons ici que cette exigence est légitime, et nécessaire, puisque c'est bien dans le domaine de la connaissance et de la pratique de type scientifique que peut et doit d'abord se juger la compétence d'un médecin (outre le fait que l'objectivité de cette évaluation est plus facile à atteindre).

. Ainsi leur travail, tel qu'il est perçu de plus en plus dans le public et parfois par eux-mêmes, est assez facilement limité aux compétences techniques.

. L'exigence de *l'objectivité* ne laisse pas facilement envisager comment prendre en compte dans ce travail les *facteurs émotionnels* qui, inévitablement, marquent aussi la relation de soin qu'ils entretiennent avec les patients.

. Dans l'exercice de cette compétence, il est entendu (le consensus est probablement assez fort, même si l'on peut parfois regretter telle ou telle exception à la règle) que *l'intérêt du patient passe avant le leur propre*.

Définir ainsi le cadre de l'institutionnalisation de la médecine permet de donner les normes générales pour une profession, à partir desquelles peuvent se faire et évoluer les déclarations officielles, les déterminations déontologiques, parfois les orientations éthiques. Mais, si cela précise le cadre social de l'exercice de la médecine, qu'en est-il de l'exercice de cette profession par des individus ? Autrement dit, dans un tel cadre général précisément institué et balisé, comment considérer le fait que les médecins, parfois, à titre individuel, peuvent s'écarter de ces repères ?

Quelles est la nature du travail médical ?

On est souvent frappé par la différence entre : d'une part, les activités professionnelles potentiellement dangereuses (par exemple, la navigation aérienne) qui, pour sauvegarder la sécurité publique, doivent respecter des règles à la lettre, et en rendre compte régulièrement; et, d'autre part, le fait qu'on ne voit aucun contrôle aussi précis s'exercer sur la profession médicale (même s'il existe des exigences déclarées concernant les compétences [songeons, par exemple, à l'exigence de la formation permanente] et l'attitude morale [et c'est le sens du maintien de la tradition du serment d'Hippocrate]). Cette différence doit pouvoir être expliquée.

L'exercice de la médecine met en oeuvre une faculté complexe l'exercice du jugement, avec non seulement la nécessité d'une certaine "prudence" (au sens de la philosophie morale, indiquant le discernement qui précède et informe le choix), mais aussi parfois un réel courage de prendre des risques. Or, le jugement est, au moins en partie, une affaire d'opinion, et la place de l'objectivité se révèle ne pas pouvoir être toute puissante.

Certes, il y a un *savoir scientifique*, au sein duquel fonctionnent des critères de discernement, d'action, de protocoles et de règles, parfois d'urgence dans la décision. Mais il n'en reste pas moins que l'art médical est aussi structuré autour d'une réelle "*incertitude*". Même si on possède le savoir sur telle pathologie dont souffre tel patient, il reste toujours - ceci est illustré par les thèses de G. Canguilhem sur la normalité et la santé - à savoir discerner comment cet épisode pathologique fait partie du processus d'adaptation de ce patient précis.

De ce point de vue, la thèse développée par Freidson est la suivante : le sentiment subjectif d'incertitude et de vulnérabilité, indépendamment de son bien-fondé, appartient au travail de la pratique médicale, et doit faire partie des perspectives du praticien. Il n'est donc en aucun cas le reflet d'une inadéquation scientifique et technologique de la connaissance médicale.

Le travail des praticiens pourrait ainsi être défini il s'agit de *résoudre des problèmes concrets présentés par des individus*. Il lui faut alors trouver comment appliquer à une situation individuelle précise ses connaissances et ses capacités de comprendre la personne humaine et ses expériences. Ce travail, on le voit, se différencie fondamentalement de celui du chercheur qui, au contraire, est animé par le souci d'établir des règles toujours valables dans le cas général. Le praticien doit, lui, inventer la solution pratique adaptée, et si nécessaire décider de ce que peut être son intervention dans cette histoire personnelle.

Le praticien s'occupe donc de problèmes individuels, beaucoup plus que d'ensembles ou d'unités statistiques. Cependant, soulignons que les données statistiques, probabilités, vont servir de guide pour déterminer la nature d'un cas individuel, et chercher à le mettre en connexion avec le système de la connaissance générale. Le problème alors affronté par un praticien est celui du lien à établir entre l'examen personnel et direct de chaque cas individuel, et l'appui sur une base scientifique, nécessairement abstraite et formelle.

Cette particularité entraîne une double valorisation. D'une part, valorisation de la responsabilité personnelle, au détriment d'une responsabilité générale ou collective ceci pourrait expliquer que peu d'efforts soient faits pour faire respecter des normes professionnelles d'efficacité. D'autre part, valorisation de l'expérience clinique directe sur les lois scientifiques ou les règles générales c'est ainsi que l'on peut constater la grande diversité des opinions, et une assez grande résistance (en toute "bonne conscience") à l'autocritique ; chaque cas n'est-il pas si particulier qu'en dernière analyse il ne reste plus qu'à faire confiance aveugle au praticien?

En soulignant cette double valorisation, il est utile de remarquer que et l'insistance sur la responsabilité personnelle, et la référence à l'expérience clinique, sont deux critères qui organisent en grande partie la formation des étudiants en médecine.

L'esprit clinique

Les observations qui viennent d'être exposées, et qui s'appuient sur les travaux de Freidson, conduisent à distinguer clairement l'esprit clinique et l'esprit du théoricien ou du chercheur. Retenons les principales caractéristiques de cet esprit du clinicien, avant d'en mesurer la portée pour une réflexion sur la médecine.

On peut dire de l'esprit clinique que:

. Son but est *l'action, plus que le savoir*. Le praticien est, de ce point de vue, animé par la recherche du succès, même si, en toute hypothèse, il préférera agir plutôt que de ne rien faire. L'action a ici le statut de "fin en soi". On en trouve, par exemple, une illustration dans une certaine complaisance envers la pratique d'ordonnances dont, en toute rigueur scientifique, on peut dire qu'elles sont inutiles.

. Le praticien est porté à *croire à ce qu'il fait*. Cette confiance en son action, notons-le pour y

revenir plus loin, peut parfois jouer la fonction de placebo.

. Le praticien est un *pragmatiste*, plus facilement prêt à se fier aux résultats efficaces qu'à la théorie.

. Il croit de plus, et c'est le fait de l'activité "pratique", qu'il peut se fier à l'accumulation de son *expérience* directe et personnelle, de préférence aux principes abstraits et aux savoirs livresques. Ainsi la porte est-elle ouverte vers un certain subjectivisme.

. Il met volontiers l'accent sur *l'indétermination et l'incertitude* qui marquent précisément cette expérience. Cette attitude, en retour, et en dépit parfois de carences objectives de compétence, souligne et justifie l'importance pragmatique accordée à l'expérience.

. On aura compris, à partir de ces caractéristiques de l'action du clinicien, que le praticien est *plus un "particulariste" qu'un "universaliste"*. Dans une telle attitude, soulignons la grande vulnérabilité de l'homme qui engage ainsi sa responsabilité dans la pratique (dans le domaine de la littérature, cela se traduit par l'opposition fréquente entre la gloire et la ruine dont peut faire l'objet le médecin, sinon dans sa réputation réelle, au moins parfois dans son "estime de soi"⁸). Cette grande place faite à l'expérience personnelle installe de plus le praticien dans un paradoxe où, après avoir acquis une compétence principalement axée sur la dimension objective de la connaissance biomédicale, sa pratique se réfère plus facilement à l'expérience subjective.

. Il faut encore souligner un aspect de l'esprit du clinicien, qui est le fruit du type de relation qu'il est amené à entretenir avec les patients. Comme il est principalement confronté aux problèmes personnels des gens - même lorsque ces problèmes sont très loin du champ de sa propre compétence professionnelle - et qu'il lui sera demandé d'apporter de l'aide, il se considèrera facilement comme un *expert en sagesse*, capable de comprendre la vie et la nature humaine. Cette tendance sera souvent renforcée par le fait que le patient lui fera confiance, surtout lorsqu'il s'adresse à lui en situation de détresse (et donc dans un moment où il ne peut pas toujours faire preuve de toute l'objectivité dont l'homme est capable). Ainsi se produit un processus d'auto-validation et d'auto-confirmation du point de vue théorique, l'on pourrait dire que se trouve déplacée l'administration de la preuve du général vers le particulier.

. Notons avec insistance, enfin, que même si l'on peut décrire la fonction du clinicien essentiellement à partir de tels critères subjectifs, il n'en reste pas moins que s'exerce aussi dans la pratique clinique *une réelle rationalité* : diagnostic, diagnostic différentiel, mise en oeuvre de protocoles thérapeutiques, évaluation de la justesse de l'analyse (vérifiée d'ailleurs par nombre d'examen complémentaires) et de l'efficacité du traitement.

II.- Un modèle critique: la médecine comme pratique de médiation

Jusqu'à présent, on n'a considéré que la médecine en tant que "lecture" du corps de la personne malade (ou plutôt déclarée telle par la médecine). Mais il convient, de plus, de souligner que l'interprétation peut se faire sur d'autres bases, comme par exemple la sociologie. La médecine, en nommant la déviance biologique, nomme aussi la déviance sociale et contribue à créer l'ordre social du pathologique. Ordre à partir duquel les hommes se percevront malades. Il faut ajouter que les représentations profanes de la maladie ne sauraient se réduire à la conception du pathologique par le médical. En particulier, il est important de tenir compte du fait que chaque personne a son propre arrière-fond culturel sur la base duquel il entend le pathologique. Par exemple, on peut repérer que certains sont influencés par des représentations cosmologiques, spirituelles, ou autres encore, de la maladie qui les atteint.

Pour comprendre cette disjonction entre l'ambition de rationalité confrontée à l'incertitude et la réalité d'une pratique visant l'efficacité, il faut rendre compte de ce que la pratique médicale, pour rationnelle qu'elle soit en partie, est aussi une pratique d'interprétation et, à ce titre, de médiation.

II.1- La médecine connue interprétation de la souffrance ou de la demande de guérison

Devant des faits ou phénomènes observés, la démarche de la médecine ne se cantonnera pas, en effet, à une simple description. Elle proposera une interprétation en fonction du paradigme de la

⁸ On peut ici se reporter aux débats intérieurs du médecin de *La Peste*.

connaissance du moment, en particulier en terme de causalité. On dit d'ailleurs, couramment, qu'on interprète une radiographie, un électrocardiogramme,

un examen biologique. Mais ces interprétations s'inscrivent dans un certain nombre de cadres selon lesquels la maladie, d'une part, l'efficacité thérapeutique, d'autre part, sont pensées. C'est ce que F. Laplantine a proposé de modéliser à partir des grandes catégories étiologiques et thérapeutiques selon lesquelles est pensée la maladie.

Sur la base de ces distinctions analytiques, on peut décrire plusieurs types de modèles de la médecine, correspondant à quatre représentations distinctes de la maladie. Id ne s'agit pas d'en faire des absolus mais pour d'indiquer des dominances⁹. Nous en retiendrons, avec F. Laplantine, trois (en soulignant que Laplantine identifie aussi le « modèle littéraire »).

La description de ces modèles s'attache à repérer le fonctionnement de la causalité, le rapport à l'efficacité; chacun des modèles met un accent différent sur la cause précise, le contexte et la dynamique de guérison.

La médecine scientifique

Dans ce modèle, la représentation étiologique de la maladie est plutôt substantielle, exogène, additive et maléfique; l'approche thérapeutique sera, quant à elle, plutôt allogène, combative et sédative.

Une telle description, un peu trop caricaturale, permet alors de construire un discours qui sera tout autant, sinon plus, celui du patient que du médecin (lequel est identifié dans sa compétence, au risque de lui donner la figure du "plombier compétent"). Il s'agit d'un discours tenu sur l'espace corporel, sur le corps ou une partie du corps, ouvrant à la possibilité d'une relation de type "instrumental" au corps appréhendé dans son morcellement. Ceci accentuera d'ailleurs l'idée d'une relation d'extériorité avec la maladie (nous aborderons plus loin les questions qui se posent, du point de vue philosophique et éthique, dès lors qu'on met en oeuvre un tel rapport au corps).

On sait bien sûr que parfois un tel discours aura la fonction d'un discours écran, ou pré-texte, qu'il faudra apprendre à écouter et à interpréter. Mais ce que nous retenons d'abord ici est le lien entre une certaine perception de la maladie et l'image du corps qui à partir de là se construit ou se renforce.

⁹ Nous nous référons à j.-F. Malherbe, *Autonomie et prévention*, Cou. "Catalyses, Fides, Montréal, 1995.

La consultation homéopathique

Tout autre est la consultation homéopathique dans laquelle une très grande importance est accordée au récit (discours) que le patient tient sur son propre état, décrivant avec le maximum de détails possibles l'apparition et l'évolution des troubles dont il souffre ainsi que le terrain personnel sur lequel ces troubles apparaissent. Le praticien essaie alors de comprendre le dynamisme de la maladie, de décrypter ses phases évolutives, et l'état de sa transformation actuelle. A partir de ce travail d'interprétation du récit, il s'agit de mettre en oeuvre les principes de similitude et d'infinitésimalité (Hahnemann) pour chercher à définir une individualisation médicinale adéquate.

On peut signaler trois différences avec la médecine allopathique:

- La maladie est interprétée comme bénéfique plutôt que maléfique, et il s'agit de décrypter une image du corps et de ses processus vitaux fondamentaux.
- L'interprétation du processus de guérison se fait de manière homogène, accompagnante et excitative ; la thérapie proposée visera donc à soutenir les défenses naturelles de l'organisme par des doses infimes des substances mêmes qui sont responsables de la pathologie identifiée.
- Le principe de la guérison tient ainsi en l'identification du mal, et l'effort pour le retourner contre lui-même, en l'utilisant à doses infinitésimales.

Le modèle psychanalytique, ou psychosomatique

Ce modèle cherche à mettre en relation l'expérience subjective actuelle du malade avec sa fantasmatique passée afin d'explorer l'intelligibilité cachée qui est celle d'une continuité, même si celle-ci a été perturbée à un moment donné de l'histoire du sujet. Il y a donc ici une très grande importance accordée à la signification personnelle que le malade donne à sa propre maladie et à son évolution.

Un auteur comme Michaël Balint a insisté sur l'implication psychologique du médecin dans la relation de soin.

Dans ce modèle, contrairement au substantialisme, on ne cherche pas la maladie derrière le malade, mais plutôt à aider le patient à se situer à partir de la maladie, face à l'histoire qu'il lui revient d'écrire. Dans ce processus, il faut noter que se produit un certain renversement des rôles, ou en tout cas de non répartition étanche des statuts respectifs du soignant et du soigné,

le soignant étant tout à la fois souvent soignant et soigné, comme le patient étant à la fois malade et non malade.

Nous aurons à revenir sur ce modèle, en particulier lorsque nous traiterons de l'écoute et de l'interprétation (ce qui souligne qu'il y a interpénétration des différents modèles dans une même pratique médicale). Mais c'est ici déjà le lieu de souligner qu'il peut exister des situations paradoxales où par exemple le malade ne veut pas guérir (parce qu'il trouve dans la maladie des bénéfices supérieurs à ce qu'il trouve lorsqu'il est en santé), et où la médecine risque d'apparaître comme cherchant à le soigner "malgré lui". C'est dire que cette approche psychanalytique cherche non pas un retour à un état antérieur, mais plus spécifiquement à impulser une dynamique pour que le patient crée lui-même une nouvelle configuration psychique à partir de laquelle il puisse entrevoir comment consentir à guérir.

Le modèle littéraire

Dans la littérature, nombreuses sont les représentations de la maladie. Toutes ne relèvent pas des idées "bio-médicales" d'une époque donnée, considérant par exemple plus souvent la maladie dans sa dimension bénéfique. Ce modèle se rapproche beaucoup du modèle psychanalytique, mais marque cependant certaines distinctions : la pathologie est plus souvent considérée comme exogène que comme endogène (pensons par exemple aux frustrations relationnelles mises en scènes dans certaines oeuvres littéraires); le processus d'écriture lui-même fonctionne comme thérapeutique, libérateur des affects et apaisant, alors que la psychanalyse réactive les affects refoulés confrontant ainsi le patient à la violence de leur surgissement.

II.2- Retour sur le modèle dominant de la médecine occidentale moderne

On peut aujourd'hui considérer que dans nos sociétés c'est le modèle épistémologique biomédical¹⁰ qui domine dans la représentation de la maladie¹¹, malgré la diversité anthropologique qui marque nos sociétés. Ceci est en particulier dû au fait que la médecine étant devenue une "science", cela entraîne ce qu'on pourrait désigner comme une "tentation scientiste de la médecine", le scientisme étant l'attitude qui considérerait que la science est détentrice du dernier mot sur toute chose. Ainsi se constitue un modèle dominant dont les caractéristiques seraient les suivantes.

a) Réduction de l'humain à une cybernétique biologique, selon un modèle "mécaniste" de la maladie : le biologique est compris comme système et il s'agit de l'objectiver selon la méthode réductionniste, d'en décrypter ainsi les lois pour pouvoir agir sur lui. Cette attitude a trois conséquences:

Une très nette *distinction entre maladie organique et troubles fonctionnels*, sans que soit réellement pensée l'articulation entre ces deux instances de la dynamique de la personne humaine. Or, cela peut aboutir à la reproduction d'un modèle inadéquat à la connaissance et au traitement d'un grand nombre de maladies. On s'accorde habituellement pour dire que seules 15 à 40 % des consultations correspondent à de "*véritables maladies*", alors que 60 à 85 % relèvent plutôt de troubles "fonctionnels", difficiles à étiqueter. Dans ce contexte, le risque est celui du discrédit de l'intérêt de la seconde catégorie de patients, alors qu'il convient d'entreprendre une analyse précise de la demande formulée, pour éviter de ne proposer qu'une réponse exclusivement technique. Cette considération peut être difficile du fait de la tendance organiciste de la médecine contemporaine, enseignée en milieu hospitalier qui accorde une part importante à l'interprétation de la maladie selon le principe de la causalité.

La seconde conséquence est que la *clinique est établie en position de "vassal" par rapport aux sciences dites fondamentales*~~ qui tendent à construire une représentation objectivante de la maladie. C'est ce qui peut conduire à un "*sophisme de la cause*" qui ne s'en tiendrait

¹⁰ On peut *ici* se référer à la définition du modèle mécaniste de la maladie dans WULFF; ANDUR PEDERSEN ; ROSENBERG, *Invitation à la philosophie de la médecine*, Sauramps Médical, Montpellier, 1993.

¹¹ LAPLANTINE, F., *op. cit.*: 276-287.

qu'à un discours illusoire sur la causalité, cherchant à identifier un agresseur dans une interprétation "ontologique", ou au moins organique, de la maladie (alors que les facteurs de la plupart des maladies sont multiples). On souligne ici le fait que la médecine "mécaniste" est en position de construire en partie son objet, participant ainsi à la production des représentations courantes de la maladie. C'est la raison pour laquelle il faut mettre en évidence les limites de l'exclusivité du modèle biomédical que nous avons décrit plus haut.

Selon le principe d'objectivité, il est habituel de chercher à atteindre la représentation la plus simple possible, c'est-à-dire d'opérer le passage du complexe au simple, et ainsi de développer une représentation mathématique de la maladie, c'est-à-dire de privilégier la réduction quantitative de la maladie et de la santé (soit du point de vue des paramètres biologiques, soit même du point de vue - très actuel aujourd'hui - des paramètres économiques en termes de santé publique).

b) "Forclusion" de la souffrance, attitude par laquelle on s'empêche, inconsciemment, d'atteindre le but visé : le fait, en effet, d'objectiver de manière univoque le corps souffrant sur lequel on cherche à être efficace risque de faire oublier la personne souffrante en ce corps et, par là même, expose à accroître la souffrance de cette personne.

c) Oubli du caractère à la fois individuel et social de la maladie, il ne s'agit pas ici de reprocher à la bio-médecine d'être technique, mais de *mettre en cause une simplification biotechnique trop univoque*. Faute de cela, deux stratégies d'occultation peuvent se développer.

La première occultation est celle du rapport maladie / individu. Il s'agit là de tenir compte non seulement de la dimension psychologique éventuelle d'une maladie, mais du rapport psychologique qu'un individu entretient avec toute pathologie : comment la quête de sens d'une subjectivité particulière se structure-t-elle dans ce rapport?

La seconde occultation touche au rapport maladie / société. La notion de santé étant en partie construite socialement, il est en effet important d'en tenir compte dans l'interprétation d'une pathologie présentée. Ainsi, on ne peut soigner un couple pour une infertilité sans situer la souffrance de ce couple dans l'horizon des représentations sociales de la normalité de fécondité, laquelle variera selon les cultures. De ce point de vue, on peut proposer de considérer la médecine non seulement comme une science, mais aussi comme une pratique sociale.

II.3- Confrontation critique à ce modèle

Face à cette tendance dominante, F. Laplantine identifie *trois attitudes possibles pour les médecins*

a) établir un *clivage presque absolu entre le biologique et le non biologique* , ce qui produit la distinction entre les diverses dimensions de la personne, et rend très difficile une compréhension globale des processus pathologiques (il y a donc impossibilité d'intégrer les troubles d'ordre fonctionnel à l'interprétation de la maladie);

b) opérer une *réduction au biologique* , en même temps que l'on étendrait progressivement le champ de l'interprétation biologique de la maladie de cette manière on peut dire qu'il y a aussi réduction de la globalité de la personne, mais en même temps que l'on accroît la performance de la médecine, on étend aussi son champ d'application;

c) faire éclater le biologique en l'ouvrant au non-biologique , c'est-à-dire à l'approche de la pathologie par les sciences humaines, la sociologie

On voit que le choix global des sociétés occidentales se fait en faveur nettement de la médecine scientifique, et ce au détriment parfois de l'expérience vécue par les patients, expérience à laquelle une place plus grande est faite dans les autres modèles de la médecine. La difficulté réside dans le fait que cela pourrait provoquer un oubli de la souffrance des humains. Mais la difficulté non moins grande est l'impératif que ce choix met en lumière, dès lors que l'on constate que cette option pour la médecine scientifique est non seulement opérée mais encore facteur de progrès non négligeables dans le domaine de la santé individuelle et collective il revient à la médecine d'apprendre comment dans la démarche scientifique elle-même il serait possible de ne pas oublier l'humanité de l'homme et l'expérience que dans son humanité l'homme fait de sa fragilité. C'est bien au sein de cette tension que le clinicien" cherche à déployer son art, préférant une thérapie synergique (avec un sujet) à une thérapie seulement mécaniste (sur un patient). Pour cela, nous avons déjà signalé que le *cerce positivisme / humanisme* est une opposition trop simpliste qui doit être rompue, pour laisser place à la possibilité d'une critique épistémologique rigoureuse et féconde de la science médicale.

II.4- Modèle de la médiation une médecine "ouverte"

Ces remarques nous conduisent à proposer de dépasser le seul modèle techno-scientifique de la médecine (modèle "biomédical"), pour intégrer la réalité plus complexe des formes de maladies et de guérison. Notons cependant qu'il ne s'agit pas ici de dire que la médecine serait trop scientifique pour intégrer cette complexité des modèles de la maladie, mais au contraire qu'elle est appelée à devenir encore "plus" scientifique, ce "plus" correspondant à l'intégration dans le savoir médical de savoirs autres que biologique. C'est souligner la place que doivent tenir les sciences humaines dans la pratique de la bio-médecine. Ce recours aux sciences humaines nous permet de constater que l'homme se construit au fil de l'histoire des représentations différentes de la maladie et de la santé, de même que se modifie son rapport à la souffrance et à la mort qui sont les deux réalités les plus présentes, même si elles sont fréquemment occultées, dans la pratique médicale.

Il s'agit donc de proposer un modèle "critique", au sens où la critique invite à un constant déplacement des certitudes trop assurées. Pour mettre en oeuvre un tel modèle, on pourrait décrire de la manière suivante la démarche médicale:

a) Le point de départ est celui d'une demande de soin adressée à des personnes ou des institutions instaurées comme compétentes par une société. Cette institutionnalisation de la fonction soignante n'empêche pas qu'il puisse y avoir un malentendu, une discordance, entre l'attente du patient et la réponse possible des soignants. De plus, on ne peut éviter que les personnes identifiées comme "thérapeutes" soient investies d'attentes qui dépassent

en fait leurs compétences réelles. C'est la raison pour laquelle il convient d'être très attentif à la dimension interprétative déjà en oeuvre dans la démarche médicale elle-même, interprétation qui permet de désigner la distance entre l'attente et la réponse, de laisser ouvert l'espace symbolique de l'espoir de guérison.

b) La réponse soignante s'appuie en effet sur une interprétation. L'une des bases sera le savoir rationnel acquis et critiqué. Niais, de plus, il s'agira pour les soignants de se donner les moyens de résister à une tendance par trop réductionniste au plan biologique. C'est la raison pour laquelle, selon l'expression de "médecine partagée" proposée par L. Lambrichs, on saura avoir recours à d'autres regards interprétatifs sur la maladie : anthropologie, sociologie, psychologie...

c) La finalité de l'activité soignante serait alors d'instaurer un champ comme lieu de médiation pour l'exercice de l'autonomie du sujet, pour la promotion de sa propre dynamique de santé, que l'on peut, ici encore, interpréter à la suite de G. Canguilhem comme une promotion de la normativité propre du sujet.

d) Dans cette démarche, on tiendra compte du fait que la pratique soignante a toujours un statut institutionnalisé. C'est dire qu'il convient de toujours la situer dans son double horizon socio-politique et culturel. Autrement dit, il convient de tenir compte du fait que la pratique soignante n'est jamais seulement réductible à la seule dimension du colloque singulier, même si ce dernier est le lieu où il s'impose de chercher à rejoindre, pour la promouvoir, l'autonomie du sujet.

III.- Maîtrise et responsabilité : comment se pose la question éthique?

Si l'on accepte de considérer que le savoir médical est à la fois clinique, expérimental et technique, on est conduit à se demander où se situe le "juste milieu" qui permettra de développer les moyens de ce savoir. En effet, les capacités techniques viennent sans nul doute renforcer la puissance opératoire de l'expérimentation dont l'homme est à la fois le sujet et l'objet et, à ce titre, est avec insistance invité à réfléchir à son action et ses conséquences.

Cette ouverture vers la question de la responsabilité montre qu'il est important de l'envisager de deux points de vue complémentaires, celui du discernement de l'action, d'une part, et celui de l'engagement de la personne dans l'action, d'autre part. Trois notions peuvent animer cette réflexion.

L'action

L'action doit être située entre deux tensions:

. Celle établie *entre le vécu et le construit*. Le vécu est celui de l'expérience, de ce qui s'éprouve et constitue en quelque sorte une connaissance subjective. Le construit est le produit opératoire, l'artifice et la transformation, constituant une connaissance objective. Entre ces deux pôles se trouve une certaine indétermination, maintenant la non adéquation de ces deux modes de connaissance, distance dans laquelle l'homme cherchera à se dire à lui-même ce qu'il pense de lui-même. Le risque de l'existence humaine, dès lors qu'elle se déploie dans un univers de part en part traversé par la technique qui construit un milieu nouveau, serait de remplacer complètement le vécu (de l'ordre de l'expérience, de ce qui s'éprouve et se célèbre) par le "construit". Le "construit" serait le produit du pouvoir de maîtrise, fondé sur la connaissance des structures et de leurs lois de fonctionnement, résultat du projet de maîtrise qui est finalement l'aboutissement de la métaphysique de la représentation.

. La seconde tension est celle qui concerne précisément *la manière dont l'homme s'éprouve lui-même* et s'établit entre le soi et le soi, entre l'être tel qu'il est donné dans le présent, et l'être tel qu'il s'apparaît à lui-même comme être à venir, et dont il découvre qu'il peut participer activement à ce devenir. L'action se situe dans ce contexte de tension dans laquelle se fait entendre une exigence l'être à venir n'est pas extérieur à l'être présent, mais il est présent au titre d'une exigence à laquelle l'homme cherchera à ordonner

son action. Il convient donc de souligner que l'action de l'homme, dans sa logique, n'est pas seulement de l'ordre du lien cause / effet. En effet, là où il y a action de l'homme, il y a aussi une part d'indétermination, et c'est le lieu où se pose la question éthique. L'action de l'homme est ce par quoi l'homme peut diminuer la distance qui s'instaure entre le vécu et le construit.

La maîtrise

Face à la puissance de la technique qui s'inscrit dans cette action, on en vient à se demander comment il serait possible de maîtriser cette capacité de maîtrise. Mais l'interrogation a changé d'horizon en effet, si l'on pouvait pendant longtemps identifier la différence entre les socs et les épées, fruit d'une même technique distincts par leurs finalités et leurs usages, on se trouve aujourd'hui devant des socs parfois aussi dangereux que des épées (ce serait l'exemple, classique, de l'énergie nucléaire ; mais c'est aussi l'exemple de l'accroissement considérable des thérapeutiques). S'interrogeant sur la puissance de son action, dont l'objet est la vulnérabilité de la nature et de l'avenir à la puissance technique, l'homme en vient à affronter la question de sa responsabilité.

La responsabilité

Avec J. Ladrière, on peut alors essayer de proposer une première approche de la définition de la responsabilité "n y a donc, semble-t-il, dans l'être humain, une tension intérieure fondamentale entre l'être tel qu'il est donné dans le présent à lui-même et l'être tel qu'il s'apparaît à lui-même comme être à venir. Ce qui est caractéristique de cette tension, c'est que l'être à venir n'est pas, par rapport à l'être présent, un être extérieur, mais qu'il est d'une certaine manière déjà dans le présent, qu'il est en quelque sorte enveloppé dans l'être présent. L'être à venir est présent dans l'être actuel au titre d'une exigence. Or c'est précisément ce qui fonde la responsabilité : s'éprouver comme responsable de soi-même, c'est éprouver en soi-même l'exigence de l'être à venir. [...] sentiment de responsabilité [...] ce dont on a à répondre, c'est de ce que l'on fait de soi-même"¹².

Il faut ici indiquer déjà que le fondement de la question éthique tient précisément en ce fait que l'homme lui-même est fragile, en ce sens qu'il découvre n'avoir pas toujours la réponse aux questions que le déploiement de sa propre puissance technique lui fait se poser à lui-même.

L'efficacité en médecine est, aujourd'hui, en grande partie liée à l'instrumentation technique. Compte tenu des réflexions qui précèdent, on comprendra que les questions ne sont pas seulement de savoir comment bien utiliser un instrument, mais aussi et surtout, quelles sont les représentations de l'humain et de son bien qui sont construites par la technique. C'est dans cet horizon qu'il conviendrait d'envisager le questionnement éthique à propos des développements de la médecine.

¹² LADRIERE J., *op. cit.*